



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

YEME TUTUMU VE MİZAÇ İLİŞKİSİ

Sezin SIRMACI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

YEME TUTUMU VE MİZAÇ İLİŞKİSİ

Sezin SIRMACI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İSTANBUL-2023

ABSTRACT

Eating Disorders are chronic and progressive psychiatric disorders characterized by abnormal eating patterns and cognitive distortions generally related to food and body weight and shape. During the course of the disease, negative outcomes such as nutritional status, deterioration in health status and functions, and medical complications are observed (American Dietetic Association [ADA], 2001).

In this master's thesis, the Relationship between Eating Attitudes and Temperament has been examined. The aim of the study is to find out whether there is a relationship between eating attitude and temperament in individuals aged 18-65 and whether temperament has an effect on negative eating attitudes. Socio-Demographic Information Form, Eating Attitude Test Short Form (EAT-26) and Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) were applied to 214 individuals who voluntarily participated in the research. The results of the study show that there is a positive relationship between the total score of EAT-26 and Anxious Temperament, and also between the sub-dimensions of EAT-26, "Diet" score and Depressive Temperament, Cyclothymic Temperament, Irritable Temperament, and Anxious Temperament. YTT-26 total score and "Diet" and "Oral Control" scores were found to be higher in women compared to men. Anxious Temperament was found to be higher in women than in men. Distorted Eating Attitudes were detected in 15.8% of the participants, and Anxious Temperament was found to be higher in these participants. Due to the limited number of studies conducted with Akiskal's affective temperament model, it is thought that the use of this model in studies on Eating Disorders will contribute to the literature.

Key Words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, affective temperament

ÖZET

Yeme Bozuklukları genellikle gıda ve beden ağırlığı ve şekli ile ilgili anormal yeme kalıpları ve bilişsel çarpıtmalarla karakterize, kronik ve ilerleyen psikiyatrik bozukluklardır. Hastalık seyrince beslenme durumu, sağlık durumu ve fonksiyonlarında bozulma, tıbbi komplikasyonlar gibi olumsuz sonuçlar gözlemlenir (American Dietetic Association [ADA], 2001).

Bu yüksek lisans tezinde Yeme Tutumu ve Mizaç Tiplerinin İlişkisi incelenmiştir. Araştırmanın amacı 18-65 yaş arası bireylerde yeme tutumu ve mizacın ilişkili olup olmadığı ve mizacın olumsuz yeme tutumu üzerinde etkisinin olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Gönüllü olarak araştırmaya katılan 214 bireye Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26) ve Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) Mizaç Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları YTT-26 toplam puanı ile Anksiyöz Mizaç, ayrıca YTT-26 alt boyutlarından “Diyet” puanı ile Depresif Mizaç, Siklotimik Mizaç, İrritabl Mizaç ve Anksiyöz Mizaç arasında da pozitif ilişkisi olduğunu göstermektedir. YTT-26 toplam puanının ve “Diyet” ve “Oral Kontrol” puanlarının erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anksiyöz Mizaç kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %15,8’inde Bozulmuş Yeme Tutumu tespit edilmiştir, bu katılımcılarda Anksiyöz Mizaç daha yüksek bulunmuştur. Akiskal’ın afektif mizaç modeli ile yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması sebebiyle bu modelin Yeme Bozuklukları ile ilgili çalışmalarda kullanılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, afektif mizaç

TEŞEKKÜR

İlk olarak desteklerini, sevgilerini ve saygılarını hiçbir zaman esirgememiş, her koşulda yanı başımda olan, varlıklarıyla motivasyon kaynağı ve umut olan, gelecek güzel günlere inancımı besleyen sevgili aileme, benim ben olmamı sağlayan ve desteklerini her koşulda hissettiğim canım annem ve babama, bu hayattaki en büyük şansım kardeşime çok teşekkür ederim. Siz olmadan bu noktaya gelemezdim.

Tez danışmanım, tecrübesinden ve birikiminden faydalanmama imkan tanıyan Prof. Dr. Sermin Kesebir'e önemli desteğiyle bu çalışmayı tamamlamama olanak sağladığı, tez sürecim boyunca kritik dönemlerde eksik etmediği hoşgörüsü, emeği ve katkıları için teşekkür ederim.

Eğitim ve öğrenim hayatımda bana yol gösteren, üzerimde emeği olan, değerli katkıları sayesinde mesleğime duyduğum heyecanın ve ilginin canlılığına canlılık katan bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



İÇİNDEKİLER

ABSTRACT.....	i
ÖZET	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
BÖLÜM 1: GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yeme Bozuklukları	2
Yeme Bozuklukları Etiyolojisi	3
Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi	6
Riskli Gruplar	7
Anoreksiya Nervoza	8
Bulimiya Nervoza	14
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	19
Yeme Bozuklukları Seyir.....	23
Yeme Bozuklukları Tıbbi Komplikasyonlar.....	23
Yeme Bozukluklarında Özkıyım	26
Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri	27
Yeme Bozuklukları Komorbidite.....	29
Tarama	32
Müdahale	33
2.2. Yeme Tutumu.....	34
Bozulmuş Yeme Tutumu	35
2.3. Mizaç	35
Afektif Mizaç Somatik ve Psikiyatrik Patoloji	36
BÖLÜM 3: GEREKÇE VE YÖNTEM	44

3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	44
3.2. Çalışma Grubu.....	45
3.3. Veri Toplama Araçları	45
Sosyo-Demografik Bilgi Formu	45
Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)	46
TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire).....	47
3.4. İşlem	47
3.5. Veri Analizleri	48
BÖLÜM 4: BULGULAR	49
BÖLÜM 5: TARTIŞMA	76
BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKÇA.....	82

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=214).....	49
Tablo 2. Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=214) 50	
Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları (n=214).....	51
Tablo 4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	53
Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması	55
Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	58
Tablo 7. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BKİ Açısından Karşılaştırılması	60
Tablo 8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	61
Tablo 9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	63
Tablo 10. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması.....	65
Tablo 11. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kilo Değerlendirme Açısından Karşılaştırılması.....	68
Tablo 12. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Bedensel Görünüştten Memnuniyet Açısından Karşılaştırılması	70
Tablo 13. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Beden Ağırlığı Nedeniyle Diyetisyene Başvurma Açısından Karşılaştırılması	71
Tablo 14. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması.....	73
Tablo 15. Katılımcıların TEMPSA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	74
Tablo 16. TEMPSA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Ölçeğini yordamasına ilişkin Lineer regresyon analizi sonuçları.....	74

KISALTMALAR LİSTESİ

ADA: Amerikan Diyetetik Birliği

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Follicle Stimulating Hormone

LH: Luteinizan Hormone

TNF- α : Tumor necrosis factor-alpha

TEMPS-A Mizaç Ölçeği: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego
Autoquestionnaire Mizaç Ölçeği

T3: Triiodothyronine

YTT-26: Yeme Tutum Testi Kısa Formu

5HTTLPR: Serotonin-Transporter-Linked Promoter Region

BÖLÜM 1: GİRİŞ

Yeme Bozuklukları genel olarak gıda ve vücut ağırlığı ve biçimi ile ilgili anormal yeme kalıpları ve bilişsel çarpıtmalarla karakterize, kronik ve ilerleyen, tıbbi komplikasyonlara sebep olabilen psikiyatrik bozukluklardır. Yeme Bozukluklarının etiyolojisini tam anlamıyla anlamak oldukça zordur. Spesifik gruplar arasında yaygınlığın daha yüksek olması, diyet sınırlamasının gerektiği ileri sürülen veya vücut ağırlığının kontrol altında tutulmasının öneminin yüksek olduğu şartlarda Yeme Bozukluğu riskin arttığına dair inancı destekler. Kilo verme amacıyla diyet uygulayan veya gıda alımını kısıtlayan bireylerin yalnızca ufak bir kısmı Yeme Bozukluğu deneyimler. Yeme Bozukluğu için tek bir neden bahsetmek mümkün değildir, birden çok nedenin bir arada bulunması ve birbirleriyle etkileşiminden meydana gelir. Biyolojik, emosyonel ve toplumsal koşullar ile psikolojik ve kültürel baskıların Yeme Bozukluğu gelişiminde çoğu durumda bir arada var olması gerektiği ifade edilmektedir (American Dietetic Association [ADA], 2001). Yeme Bozukluğu tek bir faktörün varlığından ziyade birden fazla faktörün meydana getirdiği bir tablodur. Sosyal, biyolojik ve psikolojik birçok etkenin önemli rol üstlendiği ileri sürülmektedir. Bozulmuş yeme davranışları ve tutumları, Yeme Bozukluğu sürecinin bir parçasını oluşturur. Anormal yeme tutumları, yiyecek ve kalori hakkında takıntılı bir şekilde düşünmeyi, psikolojik olumsuzlukları telafi etmek amaçlı yiyeceğe yönelmeyi, yemek yeme ve kilo hakkında gerçek olmayan mit ve inançları içermektedir (ADA, 2006).

Mizaç, karakter ve kişilik, bir kişinin temel doğasına atıfta bulunan, örtüşen yapılarıdır. (Vahip ve ark, 2005). Hem kalıtsal hem de çevresel faktörlerin mizacı bebeklikten itibaren etkilediği bilinmektedir; mizaç özellikleri üzerindeki yeni genetik tesirler gelişimin ilerleyen dönemlerinde meydana gelir. (Shiner ve ark, 2012). Akiskal ve Akiskal (2005) beş ana afektif mizacın olduğunu belirtmiştir. Bunlar “*hipertimik*”, “*depresif*”, “*siklotimik*”, “*irritabl*” ve “*anksiyöz*” mizaçlardır. Afektif mizaçların yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı beslenme alışkanlıklarının temelindedir. Yeme Bozuklukları, psikolojik ve fizyolojik problemler doğuran, adolesan dönemde daha sık gözlenen ve ölüme götürebilen sonuçlarıyla göze çarpan yeme davranışı bozukluklarıdır (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Temel karakteristik özellikleri arasında beden algısında bozulma, sağlıklı belirlenen – olması gerekenden düşük ağırlıkta olduğu halde kendisini şişman algılama ve değerlendirme, kilo almaya dair aşırı endişe ve korku, daha zayıf olmaya karşı obsesyona dönüşmüş bir arzuya sahip olmaları sayılabilir (Özenoğlu ve ark, 2008). Bozulmuş beden algısı Yeme Bozukluğu vakalarında sıklıkla karşılaşılan bir durum olsa da her vakada rastlanması zorunlu değildir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Kısıtlanmış besin alımı, otantik ritüeller içeren yeme davranışları, obsesyonlar, gizli yemek yeme, sürekli tartılma gibi bazı özellikler tüm Yeme Bozukluklarında farklı düzey ve şiddetlerde gözlemlenen karakteristik özelliklerdendir (Öncü ve Sakarya, 2013). DSM-V’te (American Psychiatry Association [APA], 2013)

DSM-V tanı kriterlerine göre, Beslenme ve Yeme Bozuklukları sınıfı adı altında, Anoreksiya Nervosa (Kısıtlayıcı Tip ve Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Tipi olmak üzere iki alt tip ile), Bulimiya Nervosa, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu yer alır (American Psychiatry Association [APA], 2013). Günümüzde en yaygın karşılaştığımız Yeme Bozuklukları Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa’dır (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Mevcut araştırma kapsamında Yeme Bozuklukları başlığında Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğundan bahsedilmektedir.

DSM V – BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

1. Pika
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme)
3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervosa
5. Bulimiya Nervosa
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Yeme Bozuklukları Etiyolojisi

Yeme davranışı bebeklikten itibaren, bakım verenlerin davranış ve tutumları, motor beceriler, duyuşsal ve emosyonel beceriler, deneyimlenen sosyal çevre, ödöl ve/veya ceza davranış ve tutumları, dinsel unsurlar ve kültürel öğeler başta olmak üzere birçok değişkenin etken oluşuyla gelişmektedir (Gönerir Erbay ve Seçkin, 2016). Geçtiğimiz yıllarda yürütölen çalışmalara bakıldığında Yeme Bozukluklarının etiyolojisinde psikolojik, biyolojik, sosyal ve ailesel unsurların önemli etkenler olduğu bilinmektedir. Kişinin diyet yapmaya genelde aile üyeleri, çevredeki bireyler, arkadaşlar veya medyadan etkilenerek başladığı ileri sürölür (Arıca ve ark 2011). Patojenezde birçok etkenin rol oynaması hastalığın çok faktörlü olduğunu düşündürtmektedir. Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda, santral serotonin sistemindeki bozuklukların etkili olduğu düşünölmektedir. Yeme Bozukluklarının epidemiyolojik risk unsurları arasında yaş, cinsiyet, kişilik rolü, ailedeki psikiyatrik hastalıklar, ailenin yaşam tarzı, kültürel özellikler, cinsel yönelim, genetik, meslek ve tıbbi komorbidite yer alır. Bahsedilen faktörlerin başta Anoreksiya Nervoza'nın oluşumunda oldukça etkili olduğu ifade edilmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Kültüre bağılı bir sendrom olarak belirtilip Batı toplumlarında daha sık karşılaşıldığı öne sürölse de epidemiyolojik çalışmalar bozukluğun yalnızca bir kültüre veya sosyo-ekonomik seviyeye özgü olmadığını göstermektedir (Gönerir Erbay ve Seçkin, 2016).

Yeme Bozukluklarının yaygınlaşmasında “incelik-zayıflık” kavramının öneminin değişmesi, ancak zayıf olununca çekici olunacağına dair algı ve artan estetik kaygıların etkisinin fazla olduğu düşünölmektedir. Bu koşulların başta genç kızlar olmak üzere bireyi etkilediğı ve zayıf bir bedene sahip olmaya dair güçlü bir isteğın doğmasına neden olduğu ileri sürölünmektedir (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Yeme Bozukluğu etiyolojisi değeriendirildiğinde sosyokültürel etmenler arasında en belirgin değeriendirilen etmenler arasında, kadınların cinsiyet rollerinde fiziksel görünüşün paydasının vurgulanması, ‘ideal’ beden olarak ifade edilenin aşırı zayıflık olması ve kadınların toplumsal başarısı için görünüşlerinin öneminin yadsınamayacak olduğuna odaklanılması sayılabilir. Bu baskılar en çok medya tarafından topluma yansıtılır, medyanın toplum üzerinde zayıflık

ve estetik ölçüler algısını yaratma ve yönlendirmede oldukça geniş payı vardır (Aslan, 2001). Diyet ve Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza arasında birbiriyle ilişkili kognitif yapılar vardır. Kadınlarda Yeme Bozukluğu yaygınlığının daha yüksek olması, kadınların kilo vermeye yönelik daha sık diyet yaptığı düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir.

Türkiye’de yürütülen 15-17 yaş aralığını hedef almış bir araştırma ideal vücut kütle indeksi grubunda değerlendirilmiş kızların %33,6’sının, erkeklerin ise %6,3 ‘ünün yoğun bir şekilde diyet uyguladığını saptamıştır. Ek olarak bu gruptaki kızların %43’ünün daha zayıf olmaya yönelik arzuları olduğu, erkeklerde ise bu oranın %18,3 olduğu tespit edilmiştir (Arıca ve ark, 2011). Rahatsız edici duygularla mücadele yolu olarak yemek yemenin tercih edilmesi, aşırı talepkar ve mükemmeliyetçi, baskıcı ebeveynler ve travmatik yaşantılar Yeme Bozukluklarının etiyolojisinde rolü olduğu düşünülen sosyo-kültürel etmenlerden birkaçıdır (Varlık Özsoy, 2017). Yapılan araştırmalar, sosyal biliş kapasitesindeki bozulmaların Yeme Bozukluklarının oluşumu ve gelişimi üzerinde etkileri olduğunu ifade etmektedir (Perçinel ve ark, 2015). Kilosu hakkında kişiyle daha önceden dalga geçilmiş olması ve fiziksel görünüşü hakkında kıyaslamalara maruz kalmak Yeme Bozukluğu gelişmesi riskini arttıran sosyokültürel etkenlerden sayılır (Önal Sönmez, 2017).

Yeme Bozukluklarının oluşumu ve ilerleyişinde kalıtsal unsurlar hem direkt hem dolaylı bir şekilde önem arz eder. Yapılan ikiz araştırmaları Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza için yaklaşık %50-80 genetik yatkınlık olduğunu belirtmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Kalıtsal olarak belirlenen Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları, kişilik özellikleri, Hipotalamik Disfonksiyon ve benzeri etkenlerin Yeme Bozukluğu gelişme ihtimalini arttırdığı belirtilmektedir (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Akrabalarında Yeme Bozukluğu geçmişi olan bireylerin, olmayanlara kıyasla 7-12 kat daha fazla Yeme Bozukluğu geliştirmesi açısından risk altında olduğu öne sürülmektedir (Önal Sönmez, 2017). Etkisi olduğu düşünülen birçok genle ilişkili araştırmalar yürütülmüş, olası problemlili genler olarak, 1, 2, 4 ve 13 bulunmuştur, kromozom 1 ile ilişkisinin daha yaygın olduğu ileri sürülmektedir (Önal Sönmez, 2017).

Yeme Bozukluğun oluşumu ve gelişimi tetikleyici ve hızlandırıcı etkenlerin miktarı ve yoğunluklarıyla ilgilidir. Yeme Bozukluklarının sürmesinde en çok etkisi olan durumun dışsal, sosyal pekiştireçler ve içsel, biyolojik ve psikolojik pekiştireçlerin birlikteliği sonucu olduğu bilinmektedir. Başta aile içi yaşam, bireyin ebeveynle

bağlanma tipleri, kişilik özellikleri ve ailede kiloya karşı yaklaşım ve tutumlar da değerlendirilmesi gereken önemli etkenlerdendir. Aile içi tartışma ve sıkıntıların daha sık yaşanması Yeme Bozukluklarının gelişmesinde risk faktörü olarak görülmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Yeme Bozukluğu gelişmesinde aile öyküsü oldukça önemlidir, Anksiyete veya Madde Kötüye Kullanım Bozuklukları gibi zemin hazırlayan faktörler de risk faktörlerindendir. Bir ailedeki Yeme Bozukluğu ve/veya obezite öyküsü ve aile bireyleri arasındaki dinamik ve zayıf olmaya dair toplumsal baskılar gibi hızlandırıcı faktörler de ek risk faktörleri olarak sayılabilir (Ozier ve ark, 2011). Anne-bebek, anne-çocuk bağlanmasının güvensiz olması ve çocuğun diğerlerine kıyasla daha fazla strese maruz kalmasının da etken olduğu ileri sürülmektedir (Siyez, 2006). Yakın akrabalarında alkolizm, Duygudurum Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar'ın daha sık görüldüğü bilinmektedir. Aile yapılarının kısıtlı olduğu, aile bireylerine hareket özgürlüğü tanınmayan, aile dinamikleri açısından yeterli doyum sağlanmamış ilişkiler içinde olan kişinin Anoreksiye Nervoza'ya daha yatkın olduğu ileri sürülmektedir (Arıca ve ark, 2011). Yeme Bozukluğu hastalarının ailelerinin gözlemlendiği araştırmalardan elde edilen veriler, hastaların ebeveynlerinin daha az empati kabiliyetine sahip, çocuklarına daha az destek veren ve daha sorunlu hayatlar yaşamış kişiler olduğunu göstermektedir (ADA, 2001). Yapılan araştırmalar Anoreksiya Nervozanın çoğunlukla, yaşam boyu ebeveynlerinden onay ve takdir bekleyen, ailesini memnun etme çabasında olan ve çoğunlukla akademik olarak başarılı olan kızlarda görüldüğünü göstermektedir. Stres faktörlerinin yoğun olduğu ortamlarda büyüyen çocuklarda, 2 kat daha fazla görülmektedir (Arıca ve ark, 2011).

Yeme Bozukluğu hastalarında Yeme Bozukluğu öncesinde yaşanmış bir istismar veya travma öyküsünün olabileceği düşünülmektedir (ADA, 2001). Çocukluk döneminde cinsel istismara uğramanın Yeme Bozuklukları etiyolojisinde mühim bir risk etkeni oluşturduğu belirtilmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). Yapılan bir çalışmada Yeme Bozukluğu hastalarının %30'unda çocukluk çağı cinsel istismarı saptanmıştır (Connors ve Morse, 1993). 2002 yılında 1996 çocukla yürütülmüş bir çalışmanın verileri, erkeklerde yeme bozukluğu oluşumunda kontrolcü ebeveyn tutumları ve cinsel istismar dahil travmatik yaşam olaylarının, kızlarda ise cinsel istismara uğramanın en hayati risk unsuru olduğunu göstermektedir (Arıca ve ark, 2011). Bulimiya Nervoza hastaları ve sağlıklı gruba yürütülen bir araştırmada ise Bulimiya Nervoza hastalarının sağlıklı gruba kıyasla çocukluk çağında daha fazla fiziksel, duygusal veya cinsel istismara maruz

kalındığı sonucuna varılmıştır. Bulimiya Nervoza hastalarının %30'unun çocukluk çağında cinsel istismara, %50'sinin ise fiziksel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Kilo konuşmaları, kadınların genellikle olumsuz olacak şekilde bedenlerinin şekli ve ölçüsü hakkında karşılıklı yaptığı yorumlar, konuşmalar ve davranışlardır. Bireyin kendini nesneleştirilmesi ve eleştirmesini, ince olma arzusuyla ilintili endişelerini içerir. Yapılan araştırmalar kadınların kilo konuşmaları yapımlarıyla, Yeme Bozukluğu gelişimi ihtimalinin, bedeninden memnun olmama ve depresif semptomlar arasında pozitif ilişki olduğunu öne sürmektedir. Vücut ölçülerinin kadınların kiloya dair algı ve konuşmalarında bir değişiklik yaratmadığı hatta aksine zayıf veya normal beden kitle indeksi olan kadınların bu konuda yaptıkları sohbetlerin daha sık olduğunu gösteren araştırma mevcuttur (Baykara ve Karaköse, 2017).

Yeme Bozukluğu olan bireyler gözlemlendiğinde hissedilen açlığın çoğunlukla duygusal açlık kaynaklı olduğu ifade edilmiştir. Yeme Bozukluğunda karakterize edilen bazı özellikleri Varlık Özsoy (2017) onaylanmaya yönelik gereksinim, benliğe dair saygının düşük olması, duygulanımın depresif olması ve kaygı olarak belirtmiştir.

Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi

Birçok araştırma yürütülmüş olsa da prevelansı ve insidansı hakkında kesin bir şey söylemenin pek mümkün olmadığı ileri sürülmektedir. Özellikle 1950'lerden beri giderek daha da yaygınlaştığı bilinmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Türkiye'de yapılan araştırmalara göre üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluğu sıklığı %2-3 arasındadır (Deveci ve ark, 2016). Ön ergenlik zamanında (10 ila 14 yaşları arasında) görülme yaygınlığı düşük olsa da kişinin olumsuz yeme tutumları geliştirmesinde bu dönemin etkilerinin çok yüksek olduğu düşünülmektedir (Önal Sönmez, 2017). Ergenlik döneminde boy ve kilo artış zamanlaması, oranı ve miktarı bireyler arasında geniş bir farklılık gösterir. Erken ergenlikte regl döneminin olmaması, menarş sonrası kısa bir periyot boyunca regllerin kesin ve net olmaması gibi durumlar ergenlerde tanı kriterlerinin uyumunu kısıtlayabilir (ADA, 2001). Meydana gelen hormonal değişiklikler, yaşam olaylarının daha stresli hale gelmesi ve değişen sosyal roller gibi önemli hayatsal deneyimler açısından adolesan dönem Yeme Bozukluğu açısından daha hassas ve dolayısıyla kritik bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016).

Ergenler ve genç erişkin kızlar Yeme Bozukluğu açısından en riskli değerlendirilen gruplardır; 14-18 yaş aralığında gözlenme yaygınlığı daha yüksektir ve Yeme Bozukluğu gelişmesine karşın önlem alınabilmesi için bu yaş aralığına daha çok önem verilmesi ifade edilmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Yeme Bozuklukları, ergenlik çağında kadınlarda en sık rastlanan üçüncü kronik hastalık olarak sıralanabilir ve %5 insidansa sahiptir (ADA, 2001). 15-19 yaş aralığı en sık Yeme Bozukluğu vakalarıyla karşılaşılan yaş aralığıdır. Anoreksiya Nervoza'nın yaşam boyu prevalansının %0,6, Bulimiya. Nervoza'nın ise %1,5 olduğu bilinmektedir (Öncü ve Sakarya, 2013). Yeme Bozukluklarına ergenlik çağında erkeklere oranla kadınlarda daha sık rastlanılmasının sebepleri incelendiğinde, kadınlarda özellikle ergenlik döneminde kalça ve göğüslerde olgunlaşma, vücut yağ yüzdesinin artması ve artan kilo gibi fizyolojik değişimlerin deneyimlenmesinin, kişinin kendisini toplumun belirlediği 'estetik' ideal ölçülerden uzaklaşmış şekilde değerlendirmesine dair bir algıyı güçlendirmesinin etkisi düşünülebilir (Arıca ve ark, 2011).

Türkiye'de yürütülmüş bir araştırmadan elde edilen bulgular Yeme Bozukluğuna, ergenlik döneminde kızlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla, yetişkinlikte ise kızlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazla rastlanıldığını belirtmektedir (Önal Sönmez, 2017). 2015-2016 yılları süresince yürütülmüş ergenlerde yeme bozukluğu sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya göre, bozulmuş yeme tutumu sıklığı 16 yaş ve üzeri bireylerde 15 yaş ve altı olan bireylere göre 2,23 kat, kızlarda ise erkeklere göre 3,21 kat daha yüksektir (Çam, 2017). Türkiye'deki üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalara göre, üniversite öğrencileri arasında Yeme Bozukluğu vakalarına sıklıkla rastlanılmaktadır, çalışmalar bu oranın %2-3 arasında olduğunu ifade etmektedir (Deveci ve ark, 2016). Yapılan araştırmalar incelendiğinde kadınlarda daha sık rastlanılmasının yanı sıra genç erkeklerde karşılaşılma sıklığının da gün geçtikçe arttığı görülmektedir (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016).

Riskli Gruplar

Herhangi bir hastalık sebebiyle gıda alımı kısıtlaması gerekebilecek genç yaşta insanlar ve sporcular, modeller, mutfak profesyonelleri gibi gıda veya incelik üzerine odaklanan ve/veya vücut ağırlığının kısıtlanmasını gerektiren spesifik meslek grupları, Yeme Bozukluğu açısından risk taşırlar. Bu grupların yakından takip edilmesi gerekmektedir (Ozier ve ark, 2011).

Erkeklerde resmi olarak teşhis edilmiş Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza prevalansının Yeme Bozukluğu olan bireylerin %5-10'unu olduğu belirtilmiştir (ADA, 2001). Anoreksiya Nervoza hastası erkekler çoğunlukla kilo kaybının vurgulandığı alt gruplara (sporcular, modeller, dansçılar gibi) dahil olan kimselerdir. Erkek Anoreksiya Nervoza vakalarının semptomlar başlamadan önce obez olmaları daha olasıdır. Kişinin diyetle, geçmişte kilosu ile ilgili alay edilmesi ve eleştirilere maruz kalmış olmasından dolayı başlamış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca diyet ve spor arasındaki ilişki erkeklerde daha güçlüdür (ADA, 2001).

Sporcular, daha yüksek performans için daha düşük vücut ağırlığı elde etmek için yemeyi kısıtlayabilir. Bu diyetler tam anlamıyla gelişmiş Yeme Bozukluğundan önce gelir. Bu atletizm, güreş, dans ve jimnastik gibi kiloya dikkat edilmesi gereken zayıf bir fiziği teşvik eden sporlarda daha sık görülme eğilimindedir (Sundgot-Borgen, 1994). Erkek sporcu hastaların vücut imajı ve performansına özel vurgu yaparak hem diyet hem egzersiz öyküsü alınmalıdır. Ayrıca androjenik steroid kullanımı için taranmalıdır (ADA, 2001)

Yapılan 34 farklı araştırmanın analizinde atlet ve dansçıların toplumdaki diğer kişilere kıyasla Yeme Bozukluğu açısından daha yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir. Atletizm, bale gibi sporlarda zayıf olmaya dair yapılan daimi vurgular ve atfedilen önem Yeme Bozukluğu gelişmesi olasılıklarını arttırmaktadır (Siyez, 2006). Yaptıkları spor veya sahip oldukları meslek, vücut ağırlığının kısıtlanması gereken bir spor veya meslekse bu kişilerin yakından takip edilmesi önemlidir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza, yaşamı tehdit edebilecek sonuçlar doğurabilen, besin alımının ekstrem şekilde sınırlandırıldığı ve aşırı derecede zayıf olmayla nitelenen, hastalığın tedavi sürecinde hastaların oldukça dirençli olduğu bir Yeme Bozukluğudur. Hastalarında ileri derecede beden algısı bozukluğu vardır. Kısıtlanan besin alımının yanı sıra aldıkları kalorilerden kurtulmak için kendilerini kusturabilir, aşırı egzersiz yapabilir veya laksatif, diüretik kullanabilirler (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Anoreksiya Nervoza, kişinin vücut ağırlığı ve şeklini algılamasında bir bozuklukla birlikte kilo almaya karşı yoğun bir korku duymayı ve/veya düşük kiloda olmanın ve hormonal sapmaların (kadın hastalarda amenore gibi) ciddiyetini inkar etmeyi içerir (ADA, 2006).

Anoreksiya Nervoz hastaları olması gereken vücut ağırlığından daha düşük ağırlıkta olmalarına rağmen kilo almaya dair aşırı direnime göstermektedir ve kilo kazanımından korkmaktadırlar. Yaş ve boy uzunluğu bakımından sağlıklı değerlendirilen en düşük veya daha fazla kiloda olmayı kabul etmemekte, vücut ağırlığının düşüklüğünün sebep olabileceği fizyolojik sonuçların ciddiyetini anlayamamakta ve kendilerini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimi açısından algısal bozukluk yaşamaktadırlar (Öyekçin ve Şahin, 2011). Tanılamak, bariz dış görünümüleri sebebiyle Bulimiya Nervozanın tanılanmasından daha meşakkatsizdir. Anoreksiya Nervoz hastaları kaşektik bir görünüme sahiptir. Hastalar vücut ağırlığının %20-30'unu yitirmiştir, prognoz daha ağır olduğu olgularda bu oranın daha yüksek olduğu bilinmektedir. İkincil cinsiyet karakterlerinin gelişiminin durması sebebiyle yaşlılarına kıyasla çocuksu bir görünüme sahiptirler ayrıca ciltleri daha solgundur, saçlar normal yoğunluğuna göre azalmıştır, son derece kurumuş bir derileri vardır (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2011).

Hastalığın fizyolojik komplikasyonları kaynaklı ölüm kişilerin %6-9'unda gözlenmektedir, özkıyım ise kişilerin %2-5'inde karşımıza çıkan bir ölüm nedenidir (Öncü ve Sakarya, 2013). Anoreksiya Nervoz hastaları yemek yemeden durabilmeyi ve kilo kaybını kendilerine güvenlerini ve benlik saygılarını arttırmaya faydalı bir araç olarak görmektedir. Kilo alındığında başarısızlık, güçsüzlük ve yetersizlik hissedilir. Ergenlik dönemindeki kızlarda Anoreksiya Nervoz görülme sıklığı %0.48-1.7'dir (Önal Sönmez, 2017).

DSM-V Anoreksiya Nervoz Tanı Kriterleri

- A. İhtiyaçlara göre enerji alımını sınırlamaktadır. Kişinin cinsiyeti, yaşı, gelişimsel olarak takip edilen yol ve vücut sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir kiloda olmasına yol açmaktadır.
- B. Beden ağırlığının artmasından ya da şişmanlamaktan aşırı korkma ve bariz bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmaya karşı vücut ağırlığında artmayı güçleştiren kısıtlama, arınma ya da telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini algılamasında bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken kilosuna ve vücut şekline uygun olmayan bir önem yükler, o sıradaki düşük vücut ağırlığının ciddiyetini hiçbir zaman kavrayamaz.

1. Kısıtlayıcı Tip: Bu alt tür, çoğunlukla diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da aşırı egzersiz yaparak kilo kaybedildiği görünümünü tanımlamaktadır.

2. Tıkınırcasına Yiyen/Çıkarıcı Tip: Son üç ay içerisinde tekrarlayan tıkınırcasına yeme ya da arınma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanımı) periyotları bulunmaktadır.

Anoreksiya Nervosa yaygınlığının günümüzde ergen ve yetişkinlerde %4 olduğu bilinmektedir. Alt Eşik Anoreksiya Nervosa (tam oluşmuş sendromun kesin bir ölçütünün eksik olması) toplumda daha yaygındır (Bulik ve ark, 2006). 55 yıl süren 1935-1989 yılları arasında yürütülmüş bir araştırma hastalığın en çok karşılaşılan başlangıç yaşlarının, 15-19 yaşları olduğunu ileri sürmektedir. 1950 sonrası her on yılda bir 10-14 yaşındaki kadınlar arasında insidanda bir artış kaydedilmiştir. (Lucas ve ark, 1999). En bariz belirteci kilo almaktan yoğun bir şekilde korkulmasıdır. Hastalar, sağlığını riske atacak ölçüde zayıf olsa bile kendilerini fazla kilolu görürler ve sürekli olarak zayıflamaya çabalamaktadır (Arıca ve ark, 2011). Benlik değerlendirmeleri, fiziki görünüşlerine bağlıdır. Bu sebeple diğer kişilere göre kendilik değerlerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Toplumsal normlara uygun olmayan görünümü olduğu dair algıları nedeniyle kendilerini değersiz hisseder ve kilo vermelerinin değerlerini arttıracığına inanırlar (Siyez, 2006). Anoreksiya Nervosa hastalarının sosyal biliş işlevlerinin araştırıldığı çalışmalar, çoğunlukla olgularda duygusal ve sosyal bozulmalar tespit edildiği neticisine ulaşılmış ve sağlanmaktadır (Perçinel ve ark, 2015). Hastalarda ısrarcılık, başarısızlığa karşı aşırı duygusal hassasiyet ve inatçılık sıklıkla karşılaşılan özelliklerdir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Başlangıcında hasta, kilo almaktan korkan herhangi bir adolesanla benzer şekilde olarak diyet yapmaktadır. Önce yüksek kalorili gıdalar diyetten çıkarılır, tatlı ve hamur işleri gibi, karbonhidrat alımı kısıtlanır, ilerleyen dönemlerde şişmanlamaya dair duyulan aşırı kaygı kişiyi yediği her besinin kalorisini hesaplamaya yönlendirir (Arıca ve ark, 2011). Ayrıca Anoreksiya Nervosa hastalarının kalori alımlarını öğün başına yaklaşık 460 kcal kadar daha yüksek değerlendirmeleri, normal kiloda katılımcıların ise öğün tüketimlerini yaklaşık 60 kcal kadar daha az varsaymalarıyla kıyaslayınca önemli ölçüde fazla tahmin etmelerine dair bir fark karşımıza çıkmaktadır (Sysko ve ark, 2005). Hasta yalnızca kalori hesaplamayla yetinmez, üstelik sürdürdüğü sınırlı diyet ek olarak laksatif ve diüretik kullanımına yönelir. Anoreksiya Nervozaya sahip bireylerin kilosu ve vücut

şekilleriyle ilgili zihinsel uğraşları da oldukça yoğundur. Sık sık tartılır ve aynada kendilerini incelerler (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Yemekleri diğer kişilerle kıyaslandığında oldukça az tüketmelerine karşın yemeği pişirme ve hazırlama süreçleriyle takıntılı bir şekilde ilgilenirler. Yemek yemeleri bir merasim şeklinde gerçekleşir. Yemek zamanlarında tabaklarında bulunan yiyecekleri ufak parçalara ayırarak, yedikleri yemeğe dair yoğun bir uğraşın içerisine girerler. Bu durum etraftakiler açısından adeta yemeği yiyormuş gibi görünmelerine yol açar ve böylelikle kişinin içerisinde bulunduğu bozukluğun etrafındakiler tarafından anlaşılma sürecinin uzamasına neden olur (Norman, 1992). Hastalık hissettirmeden ilerlemektedir, yeme tutumlarındaki aşırılık çevresindeki kişiler tarafından anlaşılmadıkça seyrine devam etmektedir. Hasta kilo verişini sürdürdükçe zayıf olmaya yönelik düşünce de bir takıntıya evrilir (Arıca ve ark, 2011). Anoreksiya Nervozada, açlık durumunun karakteristik biçimde kişileri etkilediği öne sürülür. Kendilerini diğer bireylerden ayırma, gizlilik, inziva ve aile üyelerine yabancılaşma sıklıkla görülür (Siyez, 2006). Uykusuzluk, sinirlilik, kendilik saygısında düşüş, “ya hep ya hiç” formundaki hatalı bilişler, hastanın kendi içine dönmesi, karşı cinsle iletişim kurmaktan kaçınma ve dalgalanan duygudurum, etkileşim kurmaktan kaçınma gibi durumlar dikkat çekicidir (Arıca ve ark, 2011).

Anoreksiya Nervozada hastalarının yaklaşık yarısında Kısıtlayıcı Alt Tip görülür. Kusma davranışı olan hastalar medikal komplikasyonlar açısından daha yüksek risk taşımaktadırlar (ADA, 2006). Ayrıca Bulimiya Nervozada hastalarıyla daha sık ilişkili olmasına rağmen, Anoreksiya Nervozada hastalarının bir kilo kontrol önlemi olarak laksatif kullanması, bu hastalarda daha ağır hastalıkla ilişkilendirilmiştir (Kovacs ve Palmer, 2004).

Genetikle ilişkilendirilebilecek önemli risk düzeyi (%56) olması, biyolojinin Anoreksiya Nervozada oynadığı önemli rolü ifade etmektedir (Bulik ve ark, 2006). Bazı kişiler zayıflık için çevresel baskılara daha duyarlı olabilirler ve aile öyküsü sayesinde Anoreksiya Nervozada için erken teşhis önemli engellerle karşılaşabilir (Kaya ve Çilli, 1997). Anoreksiya Nervozanın çoğunlukla kendi yaşamı üzerinde denetim sahibi olmayı başaramayan kişilerde gözlemlendiği tespit edilmiştir. Bu durum kişilerin hayatı üzerinde denetim sağlayamadığını hissettiğinde kontrol edebilecekleri bir alan olarak beden ağırlıklarını ve bedenini kontrol etmeyi seçmeleriyle açıklanabilir. Kontrol edebilmeye karşı duyulan bu haz, başlangıçta kişiyi fazlasıyla tatmin etmektedir, zayıfladıkça tatmin

duygusu artar. Fakat zamanla bir amaca dönüşen ‘kilo verme’ durumu değiştirmektedir (Siyez, 2006).

Dinamik yaklaşım, cinselliği kabul edememe durumunun hastanın hamile kalmayı kabul etmemesiyle kendi kendini aç bırakmasına yol açtığını ileri sürmektedir. Anne-çocuk ilişkisi bağlamında yorumlayanlar da bireyselleşme ve ayrışma süreçleriyle ilgili deneyimlenen çatışmalarla baş edemeyen kişilerde Anoreksiya Nervoza oluştuğunu belirtmektedir (Kaya ve Çilli, 1997).

Anoreksiya Nervoza hastaları değerlendirildiğinde mükemmeliyetçi ve obsesif olmaları en dikkat çekici özellikleri olduğu vurgulanmaktadır. Ek olarak stresli ve endişeli, değersizlik hislerini yoğun bir şekilde yaşayan, zarardan kaçınan ve içe dönük kişilik özellikleri taşıdıkları gözlenmektedir (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Depresyon komorbid olarak en sıklıkla karşımıza çıkan psikiyatrik bozukluktur. Ancak ek olarak Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu, Anksiyete, Hipokondriyazis ve Histriyonik özellikler de çoğu hastada eşlik eden rahatsızlıklar olarak gözlemlenir (Norman, 1992).

Erkek Anoreksiya Nervoza hastalarının geçmiş öyküleri incelendiğinde semptomların başlamasından önce obez olmaları daha çok karşılaşılan bir durum olarak tespit edilmiştir. Kişinin diyetle, geçmişte kilosu ile ilgili alay konusu olmaya ve eleştirilere maruz kalması gibi etkenlerden dolayı sonradan başlamış olabildiği ifade edilmektedir (Ozier ve ark, 2011).

Yapılan araştırmalar Anoreksiya Nervoza kadın hastaların duygusal durumları tanımlama, başka bireylerle ilişkileri ve iletişimleri yorumlama kapasitesinde, sağlıklı bireylere kıyasla belirgin eksiklikler olduğunu saptamıştır. Bu hastaların daha az empati yapabildikleri, sosyal hayatlarındaki sorunlara çözüm bulma konusunda başarılı olamadıkları ve sosyal fobileri olduğu belirtilmiştir. Anoreksiya Nervoza hastalarının bozukluğun öncesinde, bozukluk süresince ve sonrasında sosyal hayatlarında çeşitli sorunlar deneyimlediğini yansıtan bulgular sağlanmış çalışmalar mevcuttur (Perçinel ve ark, 2015).

Anoreksiya Nervoza hastalarında tedaviye karşı bir direnç görülmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Tedavinin etkili olabilmesi, hastayla efektif ve devamlı işbirliği sağlanabilmesine bağlıdır (Perçinel ve ark, 2015). Bu sebeple tedavinin tüm disiplinlerden elemanlarının birlikte çalışması hastalığın tedavisinde oldukça kritiktir (Varlık Özsoy, 2017). Hastaların %40’ı tam olarak iyileşirken, %30’unda kısmi bir

iyileşmekte gözlenmektedir. Ve ciddi bir oranla hastaların %30'u ise kronik bir durumun içine girmektedir (Kaya ve Çilli, 1997). Tedavinin amacı kilo alması sağlanarak vücut ağırlığının sağlıklı aralığa döndürülmesi ve kilo vermeye dair takıntılı davranışlarının söndürülmesi, özsaygı ve kendine güveninin inşasında destek olmak, özerkliğin kazanılmasıdır. İkincil amaçları ise yaşanan fizyolojik komplikasyonların ve komorbid psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve relapsların önlenmesidir (Kaya ve Çilli, 1997). Anoreksiya Nervoza tedavisinde psikoterapinin devamıyla bilişsel şemalar sağlıklı hale getirilmeli ayrıca relapslar engellenmelidir (Arıca ve ark, 2011).

Birçok hasta ayakta tedaviye yanıt verse de bazıları veremeyebilir. Düşük kiloda olmak malnutrisyon indekslerinden biridir. Ancak yatarak tedavi için tek kriter olmamalıdır. Anoreksiya Nervoza hastalarının büyük bir kısmı ekstrem su/sıvı yüklemesi gibi yollarla ağırlıklarını çarpıtmayı düşünecek kadar bilgi sahibidir. Eğer kliniğe yatış kriteri olarak yalnızca kilo kriteri değerlendiriliyorsa, davranışlar serum sodyum değerlerinin düşmesi veya riskli seviyede ağırlık kaybına yol açabilir. Kabul için tüm kriterler dikkate alınmalıdır (Kreipe ve Birndorf, 2000). Yatarak tedavi kabulü için kriterler şunları içerir (ADA, 2001);

Şiddetli malnutrisyon (ağırlık <%75 beklenen ağırlık/boy)

Elektrolit bozuklukları

Dehidrasyon

Fizyolojik dengesizlik

Düşük vücut ısı (<36°C)

Şiddetli düşük kalp atış hızı (<45/dak)

Nabız ve kan basıncında değişiklikler

Düşük tansiyon

Kardiyak ritmik bozukluklar (uzamış QT dahil)

Ayaktan tedavi başarısızlığı

Büyüme ve gelişmede durma

Akut gıda reddi

Kontrol edilemeyen tıknırcasına yeme ve arınma

Malnutrisyon ile ilgili akut tıbbi komplikasyonlar (örneğin; nöbetler, kan akımının beyinde azalması sonuçlu bayılmalar, kalp yetmezliği, pankreas iltihabı vb.)

Akut psikiyatrik hastalıklar (örneğin; akut psikozlar ve intihar düşüncesi)

Yeme Bozukluğu Tedavisine müdahale eden komorbid tanılar (örneğin; Obsesif Kompulsif Bozukluk, Şiddetli Depresyon, ağır aile disfonksiyonu)

Bulimiya Nervosa

Bulimiya Nervosa Anoreksiya Nervozaya benzer şekilde kiloyu denetleme amaçlı yapılan davranış ve tutumların tanımlayıcı olarak gözlendiği bir Yeme Bozukluğudur. Ancak Anoreksiya Nervosa hastalarından ayırıcı olarak, Bulimiya Nervosa hastalarında kilo normal aralıkta hatta çoğunlukla normalin üzerindedir. Önüne geçilemeyen tıknıma atakları deneyimlenir, atak sırasında birey oldukça dar bir zaman diliminde kalori içeriği çok yüksek yiyecekler tüketir (Gönenir ve Seçkin, 2016). Kişiden kişiye bu atakların süresi ve sıklığı farklılık gösterebilmektedir, haftada bir gözlenebildiği gibi günde birkaç kez de gözlenebilir, atak kısa bir zaman dilimini de kapsayabilir, saatlerce devam edebilir (Arıca ve ark, 2011). Kişinin kendini kaygılı ve sıkıntıda hissettiği zamanlarda ataklar meydana gelebilir. Sürecin başında bu atak kişiye ihtiyaç duyduğu rahatlamayı sağlayabilir fakat takiben hissedilen pişmanlık ve suçluluk, şişmanlamaya karşı endişe, alınan kalorilerden arınabilmek adına kendini kusturma veya laksatif kullanımı benzeri telafi edici davranışlara yönlendirir (Gönenir ve Seçkin, 2016).

Yaygınlığının %1, kızlarda ise erkeklere kıyasla 10 kat daha sık olduğu bilinmektedir (Arıca ve ark, 2011). Bulimiya Nervosa için olası risk etmenleri arasında negatif özdeğerlendirme, beden ağırlığı hakkındaki olumlu olumsuz eleştiriler de dahil olmak üzere ebeveyn etkileri, ebeveyn obezitesi, çocukluk obezitesi, kaçış ve inkar başa çıkma mekanizmalarının yüksek düzeyde kullanılması ve düşük algılanan sosyal destek sayılabilir (ADA, 2006).

Bulimiya Nervosa hastaları ne yenilmesi gerektiğine ne kadar yenilmesi gerektiğine ve nelerin iyi ve kötü yiyecekler olduğuna ilişkin kurallar hastanın gününün büyük bir bölümünde düşünce sürecini işgal etmesine rağmen genellikle kaotik bir yeme modeline sahiptir. Çoğunlukla tıknıma/arınma davranışına odaklanılsa da hasta çoğu

zaman diyetini kısıtlamaktadır. Bu kısıtlama daha sonra deneyimlenen tıkinma atağının biyolojik veya psikolojik meydana getiricisi olabilir. hedeflenenden başka veya miktar olarak çok bir yiyecek tüketilerek kuralların çiğnenmesi, tıkinırcasına yeme davranışını tetikleyebilir. (ADA, 2001). Bulimiya Nervoza hastalarının yeme ile ilgili değişkenlerine ve bu hastalar tarafından tanımlanan ilişkili problemlere odaklanan bir araştırmanın sonuçları hastaların arınma yöntemi olarak kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretikleri kötüye kullanma, aşırı egzersiz yapma, diyet hapları kullanma veya kilo vermek için saunalarda uzun süre kalma gibi davranışlarda bulunduklarını göstermektedir. Yiyecekleri çiğneyip tükürmek davranışı da bu araştırma öncesinde literatürde çok az ilgi görse de bulimik hastalarda oldukça yaygın olan bir davranış olarak dikkat çekmiştir. Arındıktan sonra hasta biraz rahatlama hissedebilir, ancak bu genellikle suçluluk duygusu ile takip edilir. Ayrıca veriler, hastaların yeme kalıplarının minimum veya az gıda alımı dönemleri arasına serpiştirilmiş tıkinırcasına yeme ataklarına indirgendiğini ve normal öğünlerin nadir olduğunu ifade etmektedir (Mitchell ve ark, 1985). Normal beslenmeyi sürdürmek çoğunlukla şişkinlik, konstipasyon ve mide gazı gibi gastrointestinal şikayetlere yol açabilir. Bu fiziksel rahatsızlığa ek olarak tıkinma davranışı sonucu meydana gelen suçluluk, genellikle hasta bir kez daha sınırlandırmayla yoluna devam etmek için çaba gösterirken çıkmaza giren bir modele dönüşür (ADA, 2001). Odak gıda üzerinde olarak görünse de tıkinma ve arınma davranışları çoğunlukla kişinin duygu regülasyonu sağlaması ve psikolojik huzurluğu, acıyı iyileştirebilmesi için aracı roldedir.

Bulimiya Nervoza hastalarıyla yürütölmüş bir çalışma, bu hastaların sağlıklı gruba kıyasla çocukluk çağında daha fazla fiziksel, duygusal veya cinsel istismara maruz kaldığını saptamıştır. Bu çalışmaların bulguları Bulimiya Nervoza hastalarının %30'unun çocukluk çağında cinsel istismara, %50'sinin ise fiziksel istismara uğradığını göstermektedir. 2010 yılında yapılmış bir araştırma, Bulimiya Nervoza vakalarında Bcl-1 (glukokortikoid reseptör polimorfizm geni) alelinin sağlıklı bireylerle kıyaslandığında daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Çocuklukta cinsel veya fiziksel istismara uğramış olmanın kişide yaratacağı stresin bu düşük polimorfizm sebebiyle Bulimiya Nervoza etiyolojisinde önemli bir temel mekanizma olabileceği ileri sürölmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

DSM-V Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri olmaktadır. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisini de kapsar:

1. Benzer şartlarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla gıdayı, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik zamanda) yeme.

2. Bu atak süresince yemek yemeye ilgili kontrolün kalktığına dair duyum olması (örn. bireyin yemek yemeyi sonlandıramadığı duygusu, ne ya da ne kadar yediğini kontrol edemediği duygusu).

B. Kilosunda artış olmaması için, kendini kusturma, diüretik, laksatif veya diğer ilaçların kötüye kullanılması, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.

C. Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de yaklaşık üç ay içerisinde bir haftada en az bir kez olmuş olmalıdır.

D. Kendilik değerlendirmesi, beden biçimden ve ağırlığından uygunsuz bir şekilde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk, Anoreksiya Nervosa sürecinde meydana gelmemelidir.

Anoreksiya Nervoz ve Bulimiya Nervosa arasındaki en bariz ayrımlardan biri olarak bulimik kişilerin bazı şeylerin yanlış gittiğine dair bir farkındalıkları bulunması söylenebilir, ancak Anoreksiya Nervosa hastaları davranışlarının anormal olduğuna dair bir farkındalık göstermez ve kabul etmezler. Bir diğer mühim ayrım ise Anoreksiya Nervosa hastaları kalorileri ve beden ağırlığını denetlemekten haz alır ve bu denetime sahip olmaktan gurur duyarken, Bulimiya Nervosa hastaları sergiledikleri davranıştan utanmaktadırlar (Siyez, 2006).

Fizyolojik ve psikolojik etkileşimler bir arada vücut şekli yemek ve beden ağırlığı hakkındaki bilişlerin çarpıtılmasına yol açabilir ve kişinin hayatında denetimi eline alabilmesine dair çok yoğun ve baskıcı bir gereksinimi tetikler (ADA, 2006). Kişi için ‘diyet’ özellikle zayıflık odaklı bir toplumda, bu kontrolü elde etmek için bir olanak sunmaktadır. Hangi yiyeceklerin “iyi” ve “kötü” olduğuna dair kısıtlamalar ve katı çizgiler, ulaşılması pek mümkün olmayan bir diyet sistemi oluşturur. İronik olarak kişinin hayatında kontrolü ele geçirme çabası varken, Bulimiya Nervosa hastalarında kontrol eksikliği hissi vardır. Tıknırcasına yeme belki de duygudurumu rahatlatarak bir kurtulma

olanağı sağlar. Odak gıdada görünse de tıkınma/arınma davranışı genellikle kişinin duyguları düzenlemesi ve yönetmesi ve stres gibi olumsuz etkilerle baş etmesi için bir araçtır (Stice, 2002). Buna ek olarak, tıkınma atağını takiben negatif duygulanım deneyimlenir ve telafi edici arınma davranışları hem alınan kaloriyi vücuttan uzaklaştırmanın hem de işlenen suçtan uzaklaşmanın bir seçeneği olarak değerlendirilir (ADA, 2006).

Bulimiya Nervosa'nın döngüsel doğası, olumsuz etkiler ve temel inançlar tarafından sürdürülmektedir. Olumsuz etkiler, tıkınarak yemeyi de içerecek şekilde bulimik davranışları etkileyen öncül olarak kabul edilir (Stice, 2002). Hastalarda tipik dürtüsellik ve özellikle yeme bağlamında "hepsi ya da hiçbiri" bilişsel kalıbı sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Besin kısıtlamaları hesaplanamaz kurallardan meydana gelir. Bu kurallara uyulmadığında tıkınırcasına yeme davranışıyla sonuçlanabilir. Nesnel ya da öznel midenin dolu olması hissi hastayı arınma davranışına yönlendirebilir (ADA, 2006).

Tükürük bezlerin şişmesi sebebiyle yüzün şişmesi, kendi kendini kusturma nedeniyle ağız içinde yaraların meydana gelmesi, dişlerin çürük olması, ellerin parmaklarının derisinde kalınlaşma ve sertleşme ayrıca yaraların olması Bulimiya Nervozada hastaların en tipik fiziksel özelliklerindendir (Arıca ve ark, 2011).

Bulimiya Nervozayla ilişkili ölüm, Anoreksiya Nervozaya kıyasla çok daha düşüktür, ayrıca aksine hastalıktan kaynaklanan olağan bir komplikasyon değildir. Bulimia Nervosa hastalarının ilk değerlendirmesinde arınma davranışından kaynaklı tıbbi komplikasyonların değerlendirilmesi kritiktir. Hastaların beslenme anormallikleri, tıkınırcasına yeme atağının yaşanmadığı dönem sürecindeki kısıtlama miktarına bağlıdır. Arınma davranışları, tıkınma atağında alınan kalorilerin kullanımını tamamen engellemez; çeşitli boyutlarda ve içeriklerde ortalama 1.200 kcal'lik bir tutulma meydana gelir (Kaye ve ark, 1993) ve laksatifler enerji emilimini en aza indirmede etkisizdir, ancak su kayıplarını önemli ölçüde artırır. Kendi kendini kusturmak için kronik İpecac kullanımı ek tıbbi bir endişe kaynağıdır çünkü bunun ciddi tıbbi sonuçları olduğu ve özellikle kalp kasına zarar verdiği gösterilmiştir (Rock, 1999).

Arınma davranışı sebepli elektrolit dengesi ileri düzeyde bozulmuş olabilir ve bu instabilite kalbin durmasıyla sonuçlanabilir, elektrolitler mutlaka izlenmelidir. Mallory-Weiss yırtıkları kusmaya bağlı olarak gözlenebilir ve yemek borusu inflamasyonu

oluşabilir. Laksatiflerin ekstrem kullanılması kaynaklı bağırsak hareketliliği dengesizleşir ve konstipasyon ve ishal atakları görülebilir. Akut pankreas iltihabı tıkanma atakları süresince meydana gelebilir. Kişinin kendi kendini kusturmaya çabalaması, zorlanma sebepli göğüs kafesi içerisindeki basıncın artmış olması gözlerde konjunktival kanamalara sebep olabilir (Arıca ve ark, 2011).

Bulimik hastalar anoreksik hastalardan farklı olarak kendilerine karşı cezalandırıcı ve acımasızdır. Anoreksiya Nervozada disiplinli olmak göze çarparken, Bulimiya da daha ziyade anlık, sorumsuz ve dürtüsüler davranışlar kendilerini göstermektedir. Hastaların neredeyse yarısında komorbid olarak Kişilik Bozuklukları ve Dürtü Bozuklukları tespit edilmiştir. Dürtüsel olarak çalma, madde kullanımı, alkol kullanımı ve/veya özkıyım girişimleri gözlenebilir (Arıca ve ark, 2011). Yaklaşık %15’inde dürtü denetim sorunları görülmektedir, kontrolsüzce para harcama ve rastgele cinsel ilişki kurma gibi davranışlar sıkça karşılaşılan davranışlara örnektir. Bulimiya Nervozada hastaları genellikle başta Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olmakla birlikte diğer Kişilik Bozuklukları ve İki Uçlu Bozukluğun kriterlerini de sağlayabilir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Kişilerarası Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi Bulimiya Nervozada tedavisinde umut vermektedir. Hastaların %30’u bilişsel davranışçı terapi ile psikoeğitimsel yaklaşım tedavisinden pozitif dönütler deneyimler, ancak komorbid olarak Kişilik Bozukluğuna olan hastalarda pozitif sonuçlar gözlenebilmesi, tedavinin uzun süre sürmesine ek olarak destekleyici olmasını gerektirir (Arıca ve ark, 2011).

Hastaların çoğunluğu ayaktan veya kısmi yatış tedavisiyle olumlu dönüş alır. Ayaktan tedaviye yanıt vermeyen ağır engelleyici semptomlar, yaşamsal belirtilerde farklılaşma, kontrolsüz kusma, ciddi laksatif kötüye kullanımı, metabolik anormallikler, intihar eğilimi ya da eş zamanlı şiddetli madde kötüye kullanımı gibi ek tıbbi sorunlar hastaneye yatışı gerektirebilir. Hastaların yarısının relaps deneyimlemeden toparlama gösterdiği, %30’unda kısmi sendromlar gözlemlendiği bilinmektedir. İyileşenler için kilo ve beden şeklini aşırı önemseme, diyet kısıtlaması yapma eğilimi, olumsuz olay ve duygularla baş etmede aşırı yemeye yatkınlık ve özgüven düşüklüğü kalıcı olabilir (ADA, 2001).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, kişinin belli bir süre içerisinde yiyebileceğinden bir hayli fazla porsiyonda yiyeceği çok daha az bir zaman diliminde tükettiği, bu davranışı denetleyemediği ve aşırı yeme davranışının tekrardan oluştuğu bir Yeme Bozukluğudur. Bulimiya Nervozanın aksine bu hastaların tıkinma davranışını telafi edebilmek amacıyla kendi kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma, laksatif ve/veya diüretik kullanma, hemen ardından kısıtlı diyetle girmek, kalorileri sınırlandırma gibi arınma davranışları olmaması, Bulimiya Nervozadan ayırıcı ve tipik özellikleridir (Turan ve ark, 2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda hastalar yemek yemeyi hiçbir koşulda önleyemeyecekleri hissindedirler. Yemeyi sınırlandırmalarını sağlayabilecek bir kısıt yoktur ve kendi kendilerini özdenetlemeleri yoktur. Tüketimleri sırasında neyi, ne kadar ve ne sürede yediklerini algılayamazlar (Topçuoğlu, 2013). Aşırı yeme davranışında bulunmaktan utandıkları için genellikle yalnızken yemek yemeyi tercih eder ve sıkıntılı hissetmektedirler. Kilo memnuniyetsizliği ve yeme davranışlarını beğenmemelerinden ötürü, kendilerinden iğrenebilir, nefret edebilirler, görünüşlerinden memnun değildirler ve kişiler arası etkileşim kurmak ve sürdürmek onlar için zor olabilir. Hastaların beden ağırlığı ve yeme davranışı, sosyal ilişkilerini ve iş hayatını negatif olarak etkileyebilmektedir (Herzog ve Eddy, 2007).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu yetişkinlerde en yaygın gözlenen Yeme Bozukluğudur. Yürütülmüş epidemiyolojik çalışmalar, nüfus içerisindeki sıklığını %0,67-6,6 ve prevalansını %3 olarak saptamıştır. 20'li yaşların başı çoğunlukla en yaygın görüldüğü başlangıç yaşıdır (Turan ve ark, 2015). Türkiye'de adolesanlar ile yürütülmüş Yeme Bozukluğu yaygınlığını saptamayı amaçlayan bir çalışmaya göre, Anoreksiya Nervozanın sıklığı %0,034 ve Bulimiya Nervozanın sıklığı %0,79'dur. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun ise oranı en yüksek olarak yaygınlığı %0,99'dir. Bu çalışma ek olarak erkeklerde en yaygın saptanan Yeme Bozukluğunun Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olduğunu göstermiştir (Vardar ve Erzengin, 2011).

Anoreksiya Nervozası ve Bulimiya Nervozada olduğu gibi Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu da erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda 1,75 kat daha yaygındır. Fakat Anoreksiya Nervozası ve Bulimiya Nervozadan erkeklerde daha yaygın karşılaşılmamasıyla ayrılmaktadır (Hudson ve ark, 2007). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu oluşumu erkeklerde ve kadınlarda çok farklılaşmamaktadır. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu obez

kişilerde daha yaygındır. Bu oranın %8 olduğu var sayılmaktadır. Zayıflama amaçlı danışan bireylerin %25-30'unda ve bariatrik cerrahi hastalarının %50'sinde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun görüldüğü ileri sürülmektedir (Turan ve ark, 2015).

2004 yılında yapılan bir ikiz çalışması tıkınırcasına yeme davranışının %41 oranında genetik payı olduğunu saptamıştır. 2010 yılında yapılmış farklı bir çalışma ise erkek bireylerde %74, kadın bireylerde ise %70 genetik pay olduğunu belirtmektedir (Turan ve ark, 2005). 209 katılımcıyla yürütülmüş bir gen araştırması Leu72Met ghrelin gen varyantının Tıkınırcasına Yeme Bozukluğuna yatkınlaştırıcı etkisi olabileceğini ileri sürmektedir (Monteleone ve ark, 2007). Monteleone ve arkadaşlarının (2006) yürüttüğü bir başka çalışmanın sonuçları ise serotonin transporter gen polimorfizminin (5HTTLPR) yatkınlaştırıcı olabileceğini göstermektedir. Ayrıca Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun etiyolojisinde paydası olan fizyolojik unsurlar incelendiğinde, beyinin ödülle ilişkili bölgelerinde dopamin, opioid ya da asetilkolin sistemlerinde değişikliklerin meydana gelmesiyle tıkınırcasına yeme davranışının arttığı belirlenmiştir. Ödüllendirme ve yemek yeme arasında bulunan sinirsel döngülerin, duygular ve fiziksel reaksiyonlar arasındaki bağlantıyı kuran limbik sistem başta olmak üzere, hipotalamus ve talamus gibi pek çok beyin bölgesiyle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Turan ve ark, 2005).

Psikanalitik görüş, yeme davranışının kişinin bedenini denetim altında tutmanın en primitif yolu olduğunu ileri sürmektedir. Bağımlılık ve dürtüsellik ve benzeri özelliklerin Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda yaygın olduğu saptanmıştır (Gürdal Küey, 2013). Çocukluk döneminde obezite veya aile üyelerinde obez birey olması, beden ve fiziksel görünüşü hakkında olumsuz eleştirilerle karşı karşıya kalma, depresyon, olumsuz öz-değerlendirme, mükemmelliyetçilik ve özgüven eksikliği gibi faktörlerin Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu etiyolojisinde rol alan önemli etkenler olduğu saptanmıştır (Fairburn ve ark, 1998). Bilişsel Davranışçı görüşlere göre ise, tıkınırcasına yeme davranışının duygusal rahatlama sağladığını hissedenden bireylerde bu davranışın sürekli tekrarlanması ve alışkanlık haline gelmesi ihtimali daha yüksektir (Maner, 2013). Ayrıca düşük benlik saygısı, yüksek estetik vücut kaygısı düzeyi, kaçış ve inkar başa çıkma mekanizmalarının fazla kullanımı ve düşük algılanan sosyal destek seviyeleri Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda sıklıkla karşımıza çıkar (Ghaderi ve Scott, 2001).

DSM-V Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme nöbetleri olmaktadır. Bir tıkınırcasına yeme nöbeti aşağıdakilerden her ikisini de içermelidir:

1. Emsal şartlarda ve zamanda, çoğu kişinin yiyebileceğinden bariz bir biçimde çok daha fazla miktarda gıdayı, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir zaman diliminde) yeme.

2. Bu nöbet süresince yemek yemeyle ilgili kontrolün kaybolduğu hissinin olması (örn. kişinin yemeyi sonlandıramadığı hissi, ne ya da ne denli yediğini kontrol edemediği hissi).

B. Tıkınırcasına yeme nöbetlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik etmelidir:

1. Standarttan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlığa sebep olacak seviyede tokluk hissedene kadar yeme.
3. Fizyolojik açlık durumu yokken aşırı miktarda yeme.
4. Ne kadar yediğinden utanç duyduğu için yalnızken yeme.
5. Sonrasında kendinden iğrenme, çökkünlük deneyimleme ya da aşırı suçluluk duygusunun var olması

C. Birey tıkınırcasına yemeye dair belirgin bir sıkıntı duymaktadır.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, yaklaşık üç ay içinde, bir haftada en az bir kez deneyimlenmelidir.

E. Tıkınırcasına yeme ataklarına, Bulimiya Nervozadan farklı olarak tekrarlayan uygun olmayan telafi edici davranışların birlikte görülüyor olması ve tıkınırcasına yeme atağının Bulimiya Nervozaya veya Anoreksiya Nervozaya süresince meydana gelmiyor olması gerekmektedir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ile eştanılı olarak en sık karşımıza çıkan psikiyatrik rahatsızlıklar arasında Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları sayılır (Herzog ve Eddy, 2007). Hastalarda çoğunlukla aldığı eştanı ise %45-51'inin aldığı Majör Depresyon tanısıdır. En yaygın gözlenen Kişilik Bozuklukları ise, Kaçınan, Sınırdan ve Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluklarıdır (Turan ve ark, 2015).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda da Bulimiya Nervozaya benzer şekilde, tıkınırcasına yeme atağı süresince duygudurumunun normal yemek yeme sırasındaki

duygudurumla kıyaslandığında daha sıkıntılı ve problemlili olduğu saptanmıştır. Berg, tıknırcasına yeme davranışlarının olumsuz duygulanımı dzenleme amacıyla ortaya çıktığını öne sürmektedir. Tıknırcasına yeme davranışı olan kişilerin, normal ve aşırı kilolu kişilerle kıyaslandığında emosyonel olarak daha sık problem deneyimledikleri belirtilmiştir. Çocuklar da depresyona ek olarak dürtüsellikte artmanın da tıknırcasına yeme davranışıyla alakalı olabileceği söylenmektedir (Deveci ve ark, 2016).

Bulimiya Nervoza ve Tıknırcasına Yeme Bozukluğunun farklarının gözleendiği bir araştırmada elde edilen bulgular, Bulimiya Nervoza hastalarının tıknırcasına yeme atağı sırasında daha çok, yüksek kalorisi olan tatlıları, Tıknırcasına Yeme Bozukluğu hastalarının ise farklı çeşitlerde yiyecekleri tükettiğini göstermektedir (Topçuoğlu, 2013). Konu üzerinde yürütölmüş bir başka çalışma ise tıknırcasına yeme atağı yaşanmayan dönemlerde Bulimiya Nervoza hastalarının Tıknırcasına Yeme Bozukluğu hastalarına göre katı diyetler uygulamaya ve kalori kısıtlamaya daha eğilimli olduğu sonucunu sunmaktadır (Wilfey ve ark, 2003).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu hastalarının hayatları olumsuz yönde pek çok açıdan etkilenebilir, düşen hayat kalitesi, bireyin toplumsal yaşama, iş hayatına adapte olurken sorun yaşaması gibi gündelik hayat sınırlamalarına ek olarak obeziteye ikincil gelişen tıbbi komplikasyonlardan Tip 2 Diyabet, kalp damar hastalıkları, safra kesesi hastalığı, belirli kanser türleri gibi birçok hastalıkla sıklıkla karşılaşabilir (Rieger ve ark, 2005).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu tedavisinin öncelikli amaçları, tıknırcasına yeme ataklarının oluşunun engellenmesi ve yerine sağlıklı yeme davranışı kazandırılmasına ek olarak obeziteye bağlı gelişmiş olabilecek komplikasyonların tedavi edilmesi ve psikiyatrik hastalıkların tedavi edilmesi, ideal vücut ağırlığına ulaşılması ve kişinin bu kiloda kalmasının sağlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşma yolunda ilaç tedavileri, Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası Psikoterapi, Motivasyonel Terapi, Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi, Kendi Kendine Yardım Terapisi gibi psikoterapi şekilleri ve bariatrik cerrahi gibi yöntemlerle ilerleme kaydedilebilmektedir (Turan ve ark, 2015). Farkındalıkla beslenmeyi öğreten ve duygu dzenlemeyi hedefleyen Diyalektik Davranış Terapisinin de tıknırcasına yeme davranışının azaltmakta faydalı olduğu bilinmektedir (ADA, 2006).

Yeme Bozuklukları Seyir

Yeme Bozukluklarını erken tanıma ve müdahale son derece mühimdir. Etkili bir tedavi sağlanabilmesi için multidisipliner ekip yaklaşımı şarttır (Yalnızoğlu Çaka ve ark, 2018). Yeme Bozukluğu kilo ve vücut şekili bağlamında bilişsel bozukluklar ve normal olmayan yeme davranışlarıyla belirtilir. Fizyolojik yan etkilere, sağlık ve beslenme durumunda negatif neticelere yol açar (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Yeme Bozukluğu hastalarının durumdan utanç duymaları sebepli semptomları gizlemeye çalışmaları sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur (Öyekçin ve Şahin, 2011). Ayrıca Anoreksiya Nervoza hastalarında laboratuvar değerleri genellikle hastanın ileri dönemlerine kadar normal kabul edilen seviyelerde kalır, asıl laboratuvar seviyeleri kronik dehidrasyon ile gizlenebilir. Diyetle ihtiyaca göre alım yetersizliğine rağmen vitamin ve mineral eksiklikleri çok sık karşılaşılan bir tablo değildir. Bu durum, katabolik durumda mikro besinlerin azaltılmış metabolik ihtiyacına atfedilir. Ayrıca çoğu hasta, asıl vitamin mineral noksanlıklarını maskeleyebilen takviyeler kullanmaktadır. Bu ve benzeri sebepler de göz önünde bulundurulunca tanı koymak için derinlemesine izlem ve özel çalışmaların gerekebildiği ifade edilmektedir (ADA, 2001).

Yeme Bozukluğu olan hastalarla yapılmış 30 ay süren bir çalışmada hastaların %42'sinde tam olarak belirtilerin sona ermesi, %72'sinde kısmi belirti sonlanması yaşandığı gözlemlenmiştir. Yeme Bozukluklarında tedavinin sonucunda psikiyatrik komorbiditenin payı oldukça yüksektir (Hellerskov ve ark, 2010). Başarılı olmuş bir tedavinin sonrasındaki 12 ay hastalığın tekrar etmesi olasılığı açısından en riskli olunan dönemdir (Fichter ve ark, 2006).

Anoreksiya Nervoza hastalık süreci genellikle tedavi süreci uzun süren bir Yeme Bozukluğudur ve iyileşme oranı düşüktür. Hastalığın tıbbi riskleri ile de ilgili olarak bakım alanların yarısının iyileşmesi beklenebilirken, geri kalanları tedaviye yalnızca orta düzeyde bir yanıt (%21) veya kötü bir yanıt (%26) verebilir, genel ölüm oranı %9,8'dir (Mehler ve Krantz, 2003).

Yeme Bozuklukları Tıbbi Komplikasyonlar

Yeme Bozukluğu vakalarının neredeyse %98'inde fonksiyonel sindirim problemleri gözlenmektedir. Başta Huzursuz Bağırsak Sendromu ve fibromiyalji Bulimiya Nervozada yaygın bir şekilde karşımıza çıkmaktadır (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Fiziksel Anoreksiya Nervoza belirtileri, lanugo saçlardan yaşamı riske atan kalp ritim bozukluklarına kadar değişkenlik gösteren bir yelpazedir. Fiziksel karakteristikler arasında beden ve yüzde lanugo tüyleri, çabuk kırılan saç telleri, el ve ayaklarda doku renginin mavimsi-mor bir renge dönüşmesi ve kurumuş cilt bulunur. Kalp ve kan damarlarıyla ilişkili değişiklikler düşük kalp atış hızı, hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyonu içerir (Becker ve ark, 1999). Hasta çoğu gibi kimi sağlık sağlayıcılar, düşük bradikardi ve hipotansiyonu egzersiz sıklıklarıyla ilişkili değerlendirir. Ancak sonrasında bu düşük vital bulguların, Anoreksiya Nervoza hastalarında egzersize karşı kardiyovasküler yanıtları değiştirdiği kanıtlanmıştır. Kalp kütleğinde azalma da azalmış kan basıncı ve nabız sayısı ile ilişkilendirilir. Kardiyovasküler komplikasyonlar, Anoreksiya Nervoza hastalarında ölüm ile ilişkilendirilir (ADA, 2001).

Aynı zamanda Anoreksiya Nervoza hastalarının gastrointestinal sistemi ve beyin kitlesi de önemli ölçüde etkilenebilir. Kişinin kendisine bağlı açlık, gecikmiş gastrik boşalmaya, azalmış bağırsak hareketliliğine ve şiddetli konstipasyona yol açabilir. Ayrıca hastalık sürecinde erken dönemde meydana gelen ve yadsınamayacak büyüklükte olabilen, uzamış açlık sebepli meydana gelen yapısal beyin anormallikleri (doku kaybı) kanıtları da vardır. Beyin değişikliklerinin bazılarının geri dönüşümünün kilo geri kazanımıyla gerçekleştiği gözlenmiştir, ancak hastalık öncesine tam dönüşün muhtemel olup olmadığı belirsizdir. Anoreksiya Nervozanın potansiyel uzun vadeli fizyolojik komplikasyonlarını minimuma indirmek amacıyla bu hastalar için tanının erken konulması ve “saldırgan tedavi” gereklidir (Katzman ve Zipursky, 1997).

Amenore ise Anoreksiya Nervozanın ana özelliklerindendir. Amenore, vücut ağırlığı kaybı, hipotalamik disfonksiyon, vücut yağının azalması, aşırı egzersiz ve stres kombinasyonu ile alakalıdır. Gonadotropin salgılatıcı hormonun regülasyonunun farklılaşmasından meydana geldiği düşünülmektedir. Anoreksiya Nervozada gonadotropinler ergenlik dönemi öncesi seviyelerine ve salgılanma paternlerine yeniden dönüşür (Fisher ve ark, 1995).

Anoreksiya Nervoza ile ilişkili komplikasyonlardan osteoporoz, yeniden beslenme sendromu ve kardiyak aritmi potansiyel olarak en ciddi olanlardır (Mehler ve Krantz, 2003). Anoreksiya Nervoza hastası kadın ve erkekler için, hastalık zamanlaması ve süresi, kemik mineral birikimi için kritik bir dönem ile örtüşebilir ve yaşam boyu etkilere sebebiyet verebilir (Mehler, 2003). Osteopenia ve kemik erimesi, beyin

değişikliklerine benzer şekilde, Anoreksiya Nervozanın kritik ve muhtemelen eski haline döndürülemez tıbbi komplikasyonlarıdır. Bu durum vertebra kompresyon kırıkları ve stres kırıklarıyla neticelenecek kadar ciddi olabilmektedir (Biller ve ark, 1989). Araştırmaların sonuçları kilo geri kazanımı ve iyileşmeyle birlikte bir miktar kemik restorasyonunun mümkün olabileceğine işaret etse de kemik yoğunluğunda belirgin bir artışın kilo geri kazanımı ve iyileşmeden ancak 11 yıl sonrasında ortaya çıktığına dair kanıt vardır (Carmichael & Carmichael, 1995). Ergenlerde kemik iyileşmesinin daha fazla sağlanabilmesi olasılığı daha yüksektir. Dolaşımdaki östrojen konsantrasyonlarının düşük olmasının kemik kaybıyla ilişkili olduğu öteki koşullardan farklı olarak, ekzojen östrojenin sağlanmasının kemik kütlesinin korunumu veya geri kazanımına yardımcı olmak adına Anoreksiya Nervozası hastasında fayda gösterilmediği bilinmektedir (Robinson ve ark, 2000). Tek başına kalsiyum takviyesi veya kombine edilmiş östrojen ile sağlanan kalsiyum takviyesinin kemik yoğunluğunu arttırmaya fayda sağladığı gözlenmemiştir (ADA, 2001). Kemik kaybının azalmasına faydalı olabilmek için yeterli kalsiyum sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Becker ve ark, 1999). Araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda sadece kilo restorasyonunun kemik yoğunluğunu arttırdığı sonucuna varılmıştır (ADA, 2001).

Hastaların laboratuvar değerlerinde karakteristik bir değişiklik gözlenmemektedir. Fakat kan potasyum seviyesi düşüklüğü, serum sodyum değerlerinin düşüklüğü, karaciğer fonksiyon testlerinin yüksekliği, T3, leptin, LH, FSH, ve östrojen seviyelerinin umulandan düşük olması, pankreatik polipeptid, ghrelin, kortizol ve TNF- α düzeylerinde yükseliş görülmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Anoreksiya Nervozası hastalarının laboratuvar değerleri genellikle hastalığın ileri seviyelerine kadar normal aralıklarda kalır, kronik dehidrasyon gerçek laboratuvar değerlerini maskeleyebilir (ADA, 2001). Düşük yağlı ve düşük kolesterolü diyetlerine rağmen Anoreksiya Nervozası hastalarında sıklıkla kolesterol yüksekliği ve lipid profillerinde anormallik görülmektedir. Bunun sebepleri arasında, hafif karaciğer fonksiyon bozukluğu, safra asidi sekresyonunun azalması ve anormal yeme örüntülerini sayabiliriz (Arden ve ark, 1990). Bunlara ilaveten, serum glikozu, glukoneojenez ve glikoz üretimi için gerekli prekürsörlerde açık olduğu için ikincil olarak düşük olma eğilimindedir (Fisher ve ark, 1995). Hastalar tekrarlanan hipoglisemi ataklarına sahip olabilirler (ADA, 2001).

Demir alımının düşüklüğüne karşın, demir eksikliği anemisi sıklıkla karşımıza çıkmamaktadır. Bu durum amenore sebebiyle ihtiyaçların azalması, katabolik koşullarda azalan ihtiyaçlar ve değişiklik gösteren hidrasyon koşullarından kaynaklanabilir. Süresi uzamış yetersiz beslenme azalmış seviyelerde B12 vitamini, çinko ve folat tablosu oluşturur. Besin seviyelerinin düşüklüğü, gerektiği üzere gıdalar ve supplementlerle elverişli şekilde iyileştirilmelidir (ADA, 2001).

Bulimiya Nervoza hastalarının tıbbi sonuçlarının değerlendirilmesinde kendi kendini kusturma davranışında rol oynayabilecek tıbbi durumlar, özofagus reflü ve helicobakter pilori gibi, ağrıyı ve hastanın kusma davranışını arttırabilecek durumlar değerlendirilmelidir. Bu durumlara yönelik müdahaleler, kusmayı azaltmaya yardımcı olabilir (ADA, 2001). Bulimik hastalar için beslenme anormallikleri, tıknırcasına yeme atağı deneyimlenmeyen dönemlerdeki kısıtlama miktarına bağlıdır. Ayrıca arınma davranışlarının tıknırcasına yeme atağından alınan kalorilerin kullanımını tamamen engellemediğini göz önünde bulundurmak gerekir, çeşitli boyut ve içerikteki tıknıma ataklarından ortalama 1200 kalorilik bir tutma meydana gelir (Kaye ve ark, 1993).

Yorgunluk, kasların zayıflaması, kalp ritminde bozukluklar, dehidrasyon ve elektrolit instabilitesi özellikle kendi kendini kusturma ve laksatif kötüye kullanımı olmak üzere arınma davranışı kaynaklı gözlenebilmektedir. Mide ve yemek borusunu ilgilendiren gastrointestinal problemlerin yanı sıra hipokalemi ve hipokloremik alkaloz görülmesi oldukça yaygındır. Kendi kendini kusturmaya bağlı dış aşınmaları son derece ciddi olabilir. Arınma amacıyla kullanılan laksatifler oldukça verimsizdir. İpecac şurubunun kronik kullanımının kas hastalıklarına, kalp kası ve sinirsel iletim sisteminde değişikliklere ve kalp kası hastalıklarına yol açarak yaygın sıvı birikimi ve ödem ile karakterize kalp yetmezliği, ritim bozuklukları ve ani ölüme sebep olabildiği gözlenmiştir (Rock, 1999).

Yeme Bozukluklarında Özkıyım

Yeme Bozukluğunun diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan ayrılmasındaki en önemli özelliklerden biri, hastaların neredeyse tamamının beden sağlığının bozulmasına ek olarak hastaların yadsınamayacak çoğunlukta bir kesiminin de özkıyım sebepli hayatlarını kaybetmesidir. Yeme Bozuklukları özkıyım girişimlerinin ve özkıyımların en sık görüldüğü psikiyatrik rahatsızlıklardandır. Anoreksiya Nervoza hastalarında özkıyım girişimlerinin yaygınlığının %3-10, Bulimiya Nervoza'da ise %25-35 arasında olduğu

saptanmıştır. 14-15 yaş arası Anoreksiya Nervosa tanılı kadınların özkıyım girişimlerinin genel nüfusa ile kıyaslandığında 8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. 246 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiş, 8 sene süren bir izlem çalışmasından sağlanan bulgular hastaların %15'inin özkıyım girişiminde bulunduklarını ve Anoreksiya Nervosa hastalarının Bulimiya Nervosa hastalarına göre daha fazla özkıyım girişiminde bulunduklarını göstermektedir. Başka bir çalışmanın sonuçları ise diğer Yeme Bozukluğu hastalarıyla kıyaslandığında Anoreksiya Nervosa hastalarının özkıyım girişimlerinde daha ölümcül yöntemleri seçtiğini göstermektedir.

Yapılan bir araştırmanın verileri, aşırı derecede ebeveyn korumacı tutumu deneyimlemiş hastaların özkıyım girişimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bulimiya Nervosa hastaları değerlendirildiğinde, ailelerinde alkol kötüye kullanımı öyküsünün olmasının özkıyım davranışıyla ilgili olduğu tespit edilmiştir. Anoreksiya Nervosa gibi Bulimiya Nervosa hastalarının da tedavi süresince özkıyım girişimleri tehlikesi açısından detaylı ve devamlı izlenmesi ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Öncü ve Sakarya, 2013).

Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri

Depresif, boyun eğmeye meyilli, obsesif, mükemmeliyetçi ve utangaç kişilik özellikleri Anoreksiya Nervosa açısından risk faktörleri olarak sunulmaktadır (Siyez, 2006). Anoreksiya Nervosa hastalarında mükemmeliyetçilik, utangaçlık, uysallık, obsesif eğilimler sıklıkla karşımıza çıkarken, Bulimiya Nervosa hastalarında ise dalgalı duygulanım, sosyal açıklık, histriyonik durumlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Varlık Özsoy, 2017). Anoreksiya Nervosa hastalarında başarılı olmamaya aşırı hassaslık, ısrarcı ve inatçı olma gibi kişilik özelliklerine rastlanır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Ayrıca zarardan kaçınan kişilik özelliklerine sahip ve içe dönüktürler (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Yeme Bozukluğu semptomlarının beş faktör modelinden deneyime açıklık ve nörotisizm boyutlarında yüksek, uyumluluk ve özdisiplin boyutlarında düşük olarak ilişkisi olduğunu ileri süren araştırmalar vardır (Varlık Özsoy, 2017).

Mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip kişiler çoğunlukla gerçekdışı standartlara sahip ve bu standartlara koşulsuz bir şekilde bağlıdır ve özdeğerlerini bu standartlara ulaşma doğrultusunda değerlendirirler. Bu yükselmiş standartlara ulaşamayacaklarına dair inançları nedeniyle yetersizlik anksiyetesi deneyimlerler. Mükemmeliyetçilik farklı sınıflandırmalarla değerlendirilmektedir. Nörotik

mükemmeliyetçilerin, normal mükemmeliyetçilere benzer şekilde yükselmiş standartları vardır. Ancak nörotikler, normallerden farklı olarak bu standartlara ulaştıklarında hıazalmaz, memnun olmazlar. Nörotik mükemmeliyetçi kişilik özellikleri Yeme Bozukluklarında yoğunluktadır. Çoğu araştırmacı, mükemmeliyetçi ve talepkar ebeveynlerin çeşitli dinamiklerinin mükemmeliyetçiliğin gelişiminde etkisi olduğu konusunda fikir birliğindedir. Mükemmeliyetçi kişilik özelliklerin meydana geliş aşamasında rolü olan erken dönem deneyimlerinin dört tipi tanımlanmıştır; ebeveynlerin beklentilerinin ve taleplerinin fazla olması, aşırı derecede eleştirisel – dolaylı yoldan eleştiriler ile – ve talepkar ebeveynler, ebeveyn onayının koşullu ve tutarsız olması veya hiç onay alınamaması, ebeveynlerin çocuklarına örneklenen mükemmeliyetçiliği. Yapılan çoğu araştırma anne-kız ve mükemmeliyetçilik arasında daha yüksek ilişki saptamıştır. Psikodinamik yaklaşımcı araştırmacılara göre, annenin kızına karşı katı tutumda ve eleştirisel yaklaşımı olması Yeme Bozukluğu oluşumunda etkilidir. Mükemmeliyetçi olmak ile beden ağırlığı ve biçimi, diyet yapmak için aşırı çabalamak arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Anoreksiya Nervoza hastaları sıklıkla “mükemmeliyetçi, itaatkar ve izole” şeklinde gözlenmektedir. Bulimiya Nervoza erkek hastalarının kadın hastalarla kıyaslandığında daha çok mükemmeliyetçi kişilik özelliği sergilemekte ve diğer bireylere güvensizlik duyma durumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Mükemmeliyetçi kişilik özelliği özellikle Anoreksiya Nervoza hastaları düşünüldüğünde farklılık belirden ve çoğunlukla gözlenen bir tablodur. Bazı araştırmacılar mükemmeliyetçi özellikler taşıyan adolesan ve gençlerin, yükselmiş standartları karşılama uğraşlarında deneyimledikleri başarılı olamama nedeniyle meydana gelen anksiyete ve depresyon ile baş edebilmek adına Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu geliştirdiklerini savunmaktadır. Obsesyonlar ve mükemmeliyetçilik benzeri özelliklerin diyet kısıtlaması ya da zayıflamaya yönelik ek davranışların geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde etkili olabildiği ileri sürülmektedir.

Yeme Bozukluğu olan bireylerde düşük tolerans düzeyiyle ve saldırgan davranışlarla daha sık karşılaşılır. Araştırmalar kendine yönelik aşırı öfke ve saldırganlık hissini ifade etmede yaşanan zorluğun Yeme Bozukluklarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Öfkeyi ifade etmede sorun yaşayanın dürtüsel davranışların meydana gelmesiyle bir ilgisi olduğu öne sürülmektedir. Yapılan çalışmalar Bulimiya Nervoza hastalarında Yeme Bozukluğu olmayan gruplara ve Anoreksiya Nervoza hastalarına kıyasla öfkenin daha yüksek düzeyde gösterildiği sonucunu sunmaktadır. Tıkınırcasına

Yeme Bozukluğu'nda ise kontrol grubuna oranlandığında saldırganlık, aşırı öfke, depresif belirtiler ve eleştirisellik daha sık gözlenmiştir (Varlık Özsoy, 2017). Anoreksiya Nervosa hastaları Bulimiya Nervosa ve diğer Yeme Bozukluklarıyla kıyaslandığında, kaçınan olma, özdisiplinlilik ve dürüst olmayla daha sık karşılaşılmıştır. Anoreksiya Nervosa Kısıtlayıcı Tip'te kişilik özellikleri olarak yeniliğe kapalılık, ısrarcılık ve zorlayıcılık gözlenmiştir (Önal Sönmez, 2017). Ayrıca Bulimiya Nervosa'da Anoreksiya Nervosa'dan farklı olarak kendilerine karşı acımasız ve cezalandırıcı olma ve disiplinli olmaktan ziyade anlık, dürtüsel sorumsuz davranışlar karşımıza çıkar (Arıca ve ark, 2011). 2004 yılında yürütülmüş bir araştırmanın sonuçları da Bulimiya Nervosa hastalarının Anoreksiya Nervosa hastalarıyla kıyaslandığında daha savurgan ve dürtüsel olduklarını ileri sürmektedir. Ayrıca daha az kendi kendilerini yönetme becerilerinin olduğu tespit edilmiştir. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu hastalarının mizaçlarının ve karakterlerinin ve incelendiği bir çalışmada ise bu hastaların daha yüksek düzeyde agresiflik, güvensizlik ve pasiflik sergilediklerini ve Bulimiya ve Anoreksiya nervosa hastalarına benzer şekilde daha düşük kendi kendini yönetme becerilerinin olduğu tespit edilmiştir (Varlık Özsoy, 2017). Bunlara ek olarak Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan kişilerde sıklıkla bağımlılık ve dürtüsellik gibi kişilik özelliklerine rastlanıldığı bilinmektedir (Gürdal Küey, 2013). Başa çıkma mekanizması olarak kaçış ve inkarın aşırı kullanımı da sıkça Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda görülür (American Dietetic Association [ADA], 2006). Duyguları tanıyabilme ve ayırt etmede zorluk yaşamının Yeme Bozukluklarının temelinde rol aldığı ileri sürülmektedir (Varlık Özsoy, 2017).

Yeme Bozukluğu hastalarında sıkça gözlemlenen mükemmeliyetçilik, agresiflik, antisosyal davranışlar, cezalandırma eğilimi, proaktif hareketlerde bulunma yoğunluğu ve benzeri eylemlerin artan özkıym riskiyle pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur (Öncü ve Sakarya, 2013).

Yeme Bozuklukları Komorbidite

Yeme Bozukluğu olan hastalarda, Yeme Bozukluğunun yanı sıra tedavinin karmaşıklığını arttıran diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ediyor oluşu oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu psikiyatrik bozuklukların özellikleri ve bu bozuklukların tedavi süresince var olan ve var olabilecek etkileri iyice anlaşılmalıdır (American Dietetic Association [ADA], 2001). Yeme Bozukluğu vakalarında eş-tanlı psikiyatrik

hastalıklarla sıklıkla karşılaşırız. Eksen I Psikiyatrik Bozukluklar (depresyon, anksiyete, vücut dismorfik bozukluğu dahil olmak üzere) ve Eksen II Bozuklukları Yeme Bozukluğu popülasyonunda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Grant ve ark, 2002). Depresif belirtiler genellikle Yeme Bozukluğu başladıktan hemen sonra gözlemlenmeye başlamaktadır. Anksiyete belirtileri Yeme Bozukluğu başlamadan önce, sürecinde veya sonrasında gözlemlenebilmektedir. Özellikle Duygudurum, Anksiyete, Obsesif-Kompulsif Bozukluklar, Narsisistik, Sınır, Antisosyal ve Histriyonik Kişilik Bozuklukları ve madde kötüye kullanımı Yeme Bozukluklarıyla komorbid olarak karşımıza sıkça çıkan psikiyatrik hastalıklardandır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Yeme Bozukluğu hastalarıyla yürütülen Eksen I ve Eksen II'nin psikiyatrik komorbiditesinin incelendiği bir araştırmada hastaların sadece %16'sının komorbid olmayan saf Yeme Bozukluğuna sahip olduğu geri kalan tüm hastaların komorbid bir psikiyatrik hastalığı olduğu bulunmuştur. Çoğu hastada (%58) hem Eksen I hem Eksen II komorbiditesi olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçları ilgili mevcut araştırmalarla uyumlu olarak her iki eksendeki komorbiditenin ağırlıklı olarak endişeli ve depresif nitelikli bozukluklarla karakterize olduğunu işaret etmektedir (Milos ve ark, 2004).

Bulimiya Nervoza ve İki Uçlu Bozukluk komorbiditesi sıklıkla karşımıza çıkan bir tablodur. Yürütülmüş epidemiyolojik çalışmalar İki Uçlu Bozukluk ve Yeme Bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Duygudurum Bozukluklarının genellikle Yeme Bozukluklarıyla birlikte görülmesi, öncesinde, süreçte ve sonrasında ikisinin varlığının ve ayrımının ayrıntılarının dikkatlice değerlendirilmesi ve incelenmesini gerektirir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

2015-2016 yılları arasında ergen katılımcılarla yürütülmüş, yeme bozukluğu sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisinin incelendiği bir çalışma, bozulmuş yeme tutumu olmayan ergenlere göre bozulmuş yeme tutumu olan ergenlerin, Mental Sağlık Skorunun ve Benlik Saygısı Skorunun daha düşük olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak Anksiyete-Depresyon Skoru, Depresyon Skoru ve Anksiyete Skoru ise daha yüksektir (Çam, 2017). Yeme tutumu ve Duygudurum Bozukluğu ilişkisinin incelendiği bir araştırmadan elde edilen veriler, yeme tutumlarında bozulma ve bozulmaların artmasının Duygudurum Bozukluğu ile pozitif ilişkisi olduğunu ifade etmektedir (Deveci ve ark, 2016). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu komorbiditesinde ise en çok karşılaşılan psikiyatrik hastaların Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve Kişilik

Bozulukları olduğu ileri sürülmektedir. Hastaların çoğunlukla aldığı eş-tanının ise vakaların%46-51'inin aldığı Major Depresyon tanısıdır (Turan ve ark, 2015).

Dürtü denetim sorunları Bulimiya Nervoza hastalarının yaklaşık %15'inde karşımıza çıkmaktadır. Madde bağımlılığı, kleptomani, kontrolsüzce para harcama ve rastgele cinsel ilişki kurma gibi davranışlarla sıklıkla karşılaşılır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Anoreksiya Nervozada besin kısıtlamasından kaynaklanan yeme atağı deneyimleyen hastalarda, kleptomani görülme olasılığı yadsınamayacak kadar fazladır (Norman, 1992). Genellikle başta Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olmak üzere Kişilik Bozuklukları, İki Uçlu Bozukluk eş-tanısı gözlenebilir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Yeme Bozukluklarında kleptomani görülme olasılığı son derece yüksektir (Norman, 1992).

Yeme Bozukluğu olan kadınlarla yürütülen bir araştırmanın sonuçları Kişilik Bozukluğu için genel yaygınlığın %51,5 olduğunu göstermektedir. Anoreksiya Nervoza Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Tipi grubundakilerin %80'ine, Bulimiya Nervoza grubundakilerin %67'sine ve Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozukluğu grubundakilerin %42'sine ve Anoreksiya Nervoza Kısıtlayıcı Tip grubundakilerin %25'ine Kişilik Bozukluğu tanısı konmuştur (Marañon ve ark, 2004).

Yeme Bozukluklarıyla komorbid olarak sıklıkla gördüğümüz psikiyatrik bozukluklardan biri de Kişilik Bozukluklarıdır. Çalışmalar, Anoreksiya Nervoza hastalarında kaygılı, korkulu özelliklerin daha yoğun olduğu C Kümesi Kişilik Bozukluklarının %0-26 arasında, Bulimiya Nervoza vakalarında dramatik, duygusal özelliklerin daha yoğun olduğu B Kümesi Kişilik Bozukluklarının %2-50 arasında gözlemlendiğini göstermektedir. Yeme Bozukluğu vakalarında, Sınırdaki ve Narsisistik Kişilik Bozukluklarına daha fazla rastlanıldığı tespit edilmiştir. 2003 yılında yürütülmüş bir çalışma, Yeme Bozukluğu vakalarının %52'sinde C Kümesi Kişilik Bozukluklarına, %23'ünde B Kümesi Kişilik Bozukluklarına rastlanıldığı tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar Bulimiya Nervoza hastalarında komorbid olarak en sık karşımıza çıkan kişilik bozukluğunun Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olduğunu göstermektedir. Bunun sebebinin iki bozuklukta da ön planda dürtüselliğin olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Anoreksiya Nervoza vakalarında C Kümesi Kişilik Bozukluklarına, özellikle Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğuna, Bulimiya Nervozada ise B Kümesi Kişilik Bozukluklarına sıklıkla rastlanılmaktadır. Bir başka çalışmanın bulguları, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu vakalarında ise Kaçınan Kişilik Bozukluğuna sıkça

rastlanıldığını göstermektedir. Anoreksiya Nervozada Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğunun daha sık gözlenmesinin sebebi olarak, mükemmeliyetçilik ve saplantılı derecede detaylarla uğraşılmasının ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Varlık Özsoy, 2017).

Madde Kötüye Kullanım Bozukluklarıyla sıkça komorbid olarak karşılaşırız. Başta iştah kesilmesine sebep olan merkezi sindirim sistemi uyarıcılar daha sık tercih edilmektedir. Anoreksiya Nervozaya Kısıtlayıcı Tip ve Bulimiya Nervozaya olan vakalarda alkol kullanım bozukluklarının daha sık olduğu tespit edilmiştir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Hem Anoreksiya Nervozaya ve Bulimiya Nervozaya hastalarının her ikisi içinde alkol ve madde kötüye kullanımının, bunlara ek olarak Bulimiya Nervozaya için laksatif kötüye kullanımının hastayı özkıyım davranışında bulunmaya daha yatkın hale getirdiği saptanmıştır (Öncü ve Sakarya, 2013).

Komorbid durumlarda özenli hareket edilmesi hayati önem taşır. Yeme Bozukluğu hastalarının tedavi sürecince özkıyım tehlikesi açısından devamlı olarak itinalı bir şekilde gözlenmesi ve değerlendirilmesi elzemdir (Öncü ve Sakarya, 2013).

Anoreksiya Nervozaya hastası 41 kişiyle yürütülmüş bir araştırmada 16 kişiye (%39) Vücut Dismorfik Bozukluğu tanısı konmuştur. Bu kişilerin kiloyla ilgili endişelerinden bağımsız olarak görünüşleriyle ilgili endişeler yaşadıkları ve birçoğunun diğer Eksen I Bozukluklarından etkilendiği tespit edilmiştir. Komorbid Vücut Dismorfik Bozukluğu olan hastalar diğer Anoreksiya Nervozaya hastalarından görünüşleri hakkında düşünmek için harcanan zaman, psikiyatrik hastaneye yatış sayısı ve intihara teşebbüs sayısı gibi hastalık şiddetinin çeşitli belirteçleri açısından da farklılık göstermektedir. Vücut Dismorfik Bozukluğu Anoreksiya Nervozaya ile komorbid olarak, etkilenen bireylerde yüksek oranda intihar girişimi sebebiyle büyük önem taşır (Grant ve ark, 2002).

Tarama

En çok risk altında olanlar 14-18 yaş arası ergenler ve genç erişkin kızlardır, bu sebeple Yeme Bozukluğu açısından bu yaş aralığına tarama yapmak uygun olacaktır. Tarama amaçlı; geçen sene içerisinde kaç kez diyet uyguladığı, fiziksel görünüşünden memnun olup olmadığı, kendini şişman değerlendirip değerlendirmemesi, kilolu olmasının kendisiyle alakalı görüşlerini değiştirip değiştirmediği, kilosunda kısa sürede

değişimler olup olmadığı, kilo almamak amacıyla hiç aşırı yemek yedikten sonra isteyerek kusup kusmadığı veya müshil, idrar söktürücü veya lavman kullanıp kullanmadığı sorulabilir. Eğer bu sorulardan herhangi birine olumlu yanıt alındıysa, tanıya yönelik daha derinlemesine incelemeyi sağlayacak sorular sorulmalı, araştırmalar yapılmalıdır. Yeme Bozukluklarının tanılanmasının önündeki en önemli engellerden biri doğru soruların sorulmamasıdır. Bir kişiye Yeme Bozukluğu şüphesiyle yaklaşılıyorsa kişinin annesi, babası veya yakınlarından bilgi alma son derece önemli ve kritiktir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Müdahale

DSM IV'teki, Anoreksiya Nervoza için ideal vücut ağırlığının 85. persentilden düşük olma tanı kriteri erkek hastalar için daha az kullanılabilir. VKİ, vücut yağ yüzdesi ve boy-ağırlık oranına odaklanmak erkek bireyler için Yeme Bozukluğu değerlendirmesinde çok daha faydalıdır. BKİ, üst kol çevresi ve subskapular ve triceps deri kıvrım kalınlıkları için 25. persentilin altında kalan erkek adolesanların yetersiz beslenmiş olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (ADA, 2001).

Hastaya Yeme Bozuklukları konusunda bilgili bir doktor tarafından kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır. Sonrasında mutlaka bir diş hekimi muayene etmelidir. Tıbbi takip ve ilaçların yönetilmesi ekibin hekimlerinin sorumluluklarıdır. Psikoterapi, yetkin klinisyenin sorumluluğundadır. Diyetisyen ise hastanın beslenme statüsünü, motivasyonunu değerlendirir, tedavi planının beslenme bölümünü geliştirir (ADA, 2001).

Anoreksiya Nervoza için birincil amaç, vücut ağırlığını stabilize etmek ve kadınlar için menstrüasyonun düzene girmesidir. D vitamini (400 IU/gün) ve kalsiyum (1.500 mg/gün) takviyeleri kadınlarda seçici östrojen reseptör modülatörleri olduğu için etkinlik gösterdiği gözlenmiştir (Mehler, 2003). Kaşektik hastalarda saldırgan beslenme tedavisi uygulanması çoklu risklerle ilişkilidir bu sebeple yeniden beslenme aşamasında besin alımının kademeli olarak arttırılması ve yakından izlem gerekmektedir (Mehler ve Krantz, 2003). Ödem, hipofosfatemi, kalp yetmezliği, nöbetler ve ölüm gibi sonuçlar gözlenebilir. Ayrıca kardiyovasküler komplikasyonlar, mesela ventriküler aritmi, meydana gelebilir ve yüksek ölüm oranına katkıda bulunabilir (Vandereycken, 2003).

Bazı özel durumlarda, intihar eğilimi şüphesi olan hastalar en güzel örnektir, kilo prosedürüne farklı seçenekler tercih edilebilir. Bu alternatifler, hastayı teraziye geri

döndürmek ve ağırlıklarının söylenmemesi, ruh sağlığı uzmanı eşliğinde tartılması veya hasta stabil ise (tıbbi olarak) o seansta tartılma aşaması atlanması olabilir. Bu gibi durumlarda, hastanın hayati belirtileri, psikolojik sağlığı ve laboratuvar ölçümleri ve benzeri veriler hastanın tıbbi statüsünü takip etmek amaçlı kullanılabilir (ADA, 2001).

Strober ve arkadaşları (1997) hastaneye başvurmuş ağır Anoreksiya Nervoza hastalarının uzun süreli takibini gerçekleştirdikleri çalışmada neredeyse %76'sının tam iyileşme kriterlerini sağladığını tespit etmişlerdir. Bu çalışma ek olarak hastaların yaklaşık olarak %30'unun taburcu olduktan sonra relapslar deneyimledikleri tespit edilmiştir. Normal vücut ağırlığına ulaştıktan, hastaneden ayrıldıktan hemen sonraki dönemde, iyileşmeyi takip eden ilk yılda nüks riskinin en yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların tam iyileşmesinden sonra klinik olarak anlamlı kilo kaybı vakası olmadığı görülmüştür. Sonuçlar iyileşme zamanının da 57 ila 79 ay arasında değiştiğini de ortaya koymaktadır. Ancak bu sonuçlar göz önünde bulundurulurken tüm hastaların özel bir tedavi servisi aracılığıyla tespit edildiği de akılda tutulmalıdır. Ayakta tedavi ortamlarında veya uzmanlık dışı hastanelerde tedavi gören veya tedavi görmeyen popülasyonlara kolayca genellenemez.

Taşıdığı hayati önemle Yeme Bozukluklarında erken tanı ve müdahale son derece elzemdir. Kompleks biyopsikososyal yönleriyle, en uygun ve efektif şekilde ölçülmesi ve süregelen yönetimi, etkili tedavi için tıbbi, beslenme ve mental sağlık disiplinlerinden profesyonellerden oluşan disiplinler arası bir ekiple değerlendirme ve tedavi önem arz eder (Yalnızoğlu Çaka ve ark, 2018). Yeme Bozukluklarını önleme çalışmaları ölümle dahi sonuçlanan tıbbi komplikasyonlar ve özkıyım riski sebepleriyle oldukça önemlidir. Yeme Bozukluğu hastalarıyla tedavi sürecinin seyrinde hastanın kişilik özellikleri ve eş-tanlı psikolojik rahatsızlıkların anlaşılmasına, tedavinin sağlanması ve sürdürülebilmesi ve ayrıca relapsların önlenmesi için özen gösterilmelidir (Varlık Özsoy, 2017).

2.2. Yeme Tutumu

Yeme tutumu, yemeğe yönelik inançlar, düşünceler, duygular ve davranışlar olarak tanımlanır. “Yeme Tutumu” teriminin bireylerin diyet ve yiyeceklerle ilgili tutumlarını ifade etmek için mevcut en iyi seçenek olduğu düşünülmektedir. Letarte ve arkadaşları (1997) tarafından yeme tutumlarının hem duygusal hem de bilişsel temelleri olduğu doğrulanmıştır (dos Santos Alvarenga ve ark 2010).

Bozulmuş Yeme Tutumu

Bozulmuş yeme davranışları ve tutumları, Yeme Bozukluğu sürecinin bir parçasını oluşturur. Anormal yeme tutumları, yiyecek ve kalori hakkında takıntılı bir şekilde düşünmeyi, psikolojik olumsuzlukları telafi etmek amaçlı yiyeceğe yönelmeyi, yemek yeme ve kilo hakkında gerçek olmayan mit ve inançları içermektedir. Bozulmuş yeme tutumları, sadece Yeme Bozukluğu teşhisi konanlarla sınırlı değildir. Birçok kişi yemeğe karşı bozulmuş yeme alışkanlıkları, inançları ve duyguları yaşarlar ancak “anormal” tutumlar sergilediklerini farkında değildir (ADA, 2006).

Bozulmuş yeme tutumunun sıklığının araştırıldığı bir çalışmadan elde edilen veriler, bozulmuş yeme tutumu sergilemenin sıklığının 16 yaş ve üzeri bireylerde %21,6, 15 yaş ve altı bireylerde %11,7 olduğu, kızlarda erkeklere oranla neredeyse 3 kat daha sık rastlanıldığı sonucunu göstermektedir (Çam, 2017).

Yeme Bozukluklarının erken ergenlik döneminde (10-14 yaş) görülme yaygınlığı düşük olsa da kişinin olumsuz yeme tutumları geliştirmesinde bu dönemin etkilerinin çok yüksek olduğu düşünülmektedir (Önal Sönmez, 2017).

2.3. Mizaç

Duygusal ve bilişsel işleme son derece entegre sistemlerdir, bu nedenle mizacın bazı yönleri (dikkat ve yürütücü kontrol gibi) doğası gereği daha bilişsel olarak kabul edilen alanlardaki bireysel farklılıkları içerir (Shiner ve ark, 2012). Mizaç, karakter ve kişilik, bir kişinin temel doğasına atıfta bulunan, örtüşen yapılarıdır. Mizacın daha kalıtsal olduğuna yaşam boyunca nispeten istikrarlı olduğuna inanılır (Vahip ve ark, 2005).

Genetik faktörlere ek olarak çevresel faktörler mizacı bebeklikten başlayarak etkilemektedir ve mizaç özellikleri üzerindeki yeni genetik etkiler meydana gelişimin ilerleyen dönemlerinde gelmektedir. Bu nedenle mizaç, doğumda biyolojik olarak türetilen ve daha sonra deneyimle şekillenen bir şey olarak görülmemeli, bunun yerine gelişim süresince birlikte şekillendiren biyolojik ve çevresel etkenlerin bir neticesi olarak değerlendirilmelidir (Shiner ve ark, 2012).

Akiskal ve Akiskal (2005) beş ana afektif mizaç tanımlamıştır; hipertimik, siklotimik, depresif, iritabl ve endişeli mizaçlar. Depresif Mizaç, rutine bağlı, kendini

suçlayan, utangaç-iddiasız, eleştiriye duyarlı, güvenilir ve patron olmaksızın başkası için çalışmayı tercih eden özelliklerle ortaya çıkmıştır. Girişkenlik eksikliğini, kendini inkar etmeyi ve başkalarını memnun etme çabasını içerir. Hipertimik, en çok “arzu edilen” özelliğe sahiptir. İyimser, eğlenceyi seven, dışa dönük, şakacı, kendine güvenen, fikirlerle dolu, etkili ve güzel konuşan, hareket halinde, cömert, cinsel güdülü, kısa uyuyan, yorulmak bilmeyen, risk alan ve müdahaleci doğası hakkında zayıf iç görüye sahip özellikleri vardır (Akiskal ve ark, 2005b). Aşırı konuşkan, sıcakkanlı ve dinçtirler (Ramacciotti, 2004). İstenmeyen sonuçlara yol açabilecek grandiyöz fikirler, yersiz aşırı özgüven, pervasız davranışlar gibi uyumsuz yönleri de içermektedir (Akiskal ve ark, 2000). Siklotimik, oldukça çalkantılı olarak yansımaktadır. Ruh halinde hızlı değişimler ile, uyku, enerji, özsaygı ve sosyalleşmede değişken, algıda keskin ve duygularda yoğun, romantik özelliklerle belirtilmiştir (Akiskal ve ark, 2005b). Üretkenlik kalitesinde belirgin eşitsizlik, yaratıcı düşünme dönemlerinden zihinsel karışıklıklara geçiş gibi özelliklerle karakterizedir (Ramacciotti, 2004). İritabl, eleştirel ve şüpheli olarak ortaya çıkmıştır. Huysuz, şikayetçi, tatminsiz, öfke ve şiddete eğilimli yansımaktadır (Akiskal ve ark, 2005b). Endişeli mizaçlı bireyler, güvensizlik duyguları, günlük rutinler hakkında endişeler ve talihsizlik önsezileri deneyimlerler. Genellikle uyarılmış haldedirler ve gevşemekte güçlük çekerler. Endişeli mizaç, endişeli-kaçıngan, endişeli-fobik, endişeli duyarlı mizaç olarak 3 tipe ayrılır (Akiskal, 1998).

Mizaç özellikleri duygulanım, öz-düzenleme ve dikkat alanlarında erken dönemde beliren temel eğilimler olarak belirtilmektedir. Bu eğilimler, zaman içerisinde genetik, biyolojik ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin ürünüdür (Shiner ve ark, 2012).

Mizaç ile ilişkiler, akademik başarı, sağlık ve psikopatoloji gibi çok çeşitli kritik yaşam sonuçları arasında bağlantılar olduğu göz önüne serilmiştir. Mizaç bireylerin yaşamlarının seyri üzerinde açıkça bir etkiye sahiptir (Shiner ve ark, 2012). Afektif mizaçlar hem patoloji alanında hem de normallik alanında insanların yaşamlarını etkilemektedir (Rovai ve ark, 2013).

Afektif Mizaç Somatik ve Psikiyatrik Patoloji

Somatik ve psikiyatrik morbidite, sadece aralarındaki karşılıklı etkiler nedeniyle değil, aynı zamanda altta yatan ortak faktörlerin bir sonucu olarak da kümelenebilir (Neeleman ve ark, 2002). Daha önceki araştırmalarda Duygudurum Bozuklukları, Madde

Kullanım Bozuklukları ve Yeme Bozuklukları gibi patolojik durumlarda afektif mizaçların rolü araştırılmıştır. (Rovai ve ark, 2013). Siklotimik mizacı düşündüren nevrotikliğin yalnızca psikiyatrik hastalık riskini arttırmakla kalmayıp, belirgin psikiyatrik bozuklukların gelişip gelişmediğine bakılmazsınız, somatik hastalıkların riskini de arttırdığı kanıtlanmıştır (Neeleman ve ark, 2002).

Hipertimik bir mizacın destekleyicisi gibi görünen zihinsel canlılık ve pozitif duygusallık, düşük somatik risk düzeyiyle ilişkiliyken, siklotimik veya depresif bir mizacı yansıtıyor gibi görünen hiperaktivite, negatif duygusallık yüksek somatik risk düzeyiyle ilişkili olarak saptanmıştır.

Hipertimik mizaç somatik hastalıklara hiperadaptasyona izin veren uyumlu ve arzu edilen bir durum gibi görünmektedir. Siklotimik mizaç ise madde kötüye kullanımı ve Yeme Bozuklukları riskini arttırıyor, ve davranışsal olarak uyum sağlamada zorluğa yol açıyor olarak görünmektedir.

Ayrıca hipertimik bir mizacı düşündüren bir mizaç profili olan kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma, somatik problemlerle başa çıkma konusunda daha yüksek bir beceriyi ifade etmektedir. Normallik alanında hipertimik mizacın en uyumlu mizaç olduğu belirlenmiştir, daha iyi bir yaşam kalitesi, yaşam stres faktörlerine karşı daha az reaktivite ve başkalarıyla daha fazla ilişki kurma yeteneğiyle belirtilir (Rovai ve ark, 2013).

HIV

İtalya’da yapılan bir çalışmada HIV hastalarının yüksek oranda İki Uçlu Bozukluk-2 hastası olduğu ve ilişkili siklotimik ve hipertimik mizaçları olduğu tespit edilmiştir. Hastalık öncesi siklotimik ve hipertimik mizaçlarla ilişkili dürtüsel risk alma özellikleri, iğne paylaşmalı uyuşturucu kullanımında ve korunmasız cinsel ilişkide, önemli rol oynaması ve sonuçta HIV enfeksiyonuna yol açması ileri sürülmektedir (Perretta ve ark, 1998).

Tip-2 Diyabet

Özellikle tanı ve tedavi özellikleri açısından afektif mizaçla ilişkisi olduğu varsayılan bir başka hastalık da Tip-2 Diyabettir. 90 diyabetik hasta ile yapılan ve üçte ikisinde minimum patolojik eşiğin üzerinde herhangi bir düzeyde depresif semptomun

bulunduğu bir çalışmada hastalar arasında, aşırı depresif mizacı olanlar diyabete karşı daha kötü bir psikolojik uyum ve daha kötü metabolik kontrol göstermişlerdir (Gois ve ark, 2011). Depresyonun Tip-2 Diyabet insidansı için bir risk faktörü olduğu daha önce tanımlanmıştır. Bu nedenle depresif mizacın bu hastalığın davranışsal ve biyolojik sonucuna karşı bir savunmasızlık faktörü hatta daha sonraki insidansı için potansiyel bir risk faktörü oluşturabileceği ileri sürülmüştür (Gois ve ark, 2012). Ayrıca anksiyöz mizacın bu hastalığın metabolik parametreleri üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Anksiyöz mizaç hastalığın erken teşhisini kolaylaştırmakla birlikte aksine sonraki davranışsal ve duygusal uyumu sağlamamaktadır.

Sedef Hastalığı

105 sedef hastası ve 109 sağlıklı bireyle yürütülmüş bir çalışma, sedef hastalarının kontrol gruba göre daha depresif, daha düşük kendi kendini yönetme ve daha yüksek zarardan kaçınma ile temsil edilen belirgin mizaç profili göstermektedir. Depresyonun etkilerinin ortadan kaldırılmasıyla sedef hastası grubun ödül bağımlılığı temsil ettiği gözlenmiştir. Depresyon ödül bağımlılığı özelliklerini gizleyebilir ve gözden kaçmasına sebep olabilir, ancak ödül bağımlılığının hastalığın alevlenmesinde çarpıcı bir bulgu olduğu ileri sürülmektedir (Kılıç ve ark, 2008).

Duygudurum Bozuklukları

Duygudurum Bozukluklarının patogenizinde hem hipertimik hem de siklotimik mizaç yer almaktadır (Rovai ve ark, 2013). Akiskal ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bulunan faktörler siklotimik mizacın duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması ve seyrindeki temel yerini işaret etmektedir. Bu araştırmada iki Uçlu Bozukluk depresyonunda daha sık görülen hipersomni, suçluluk duyguları ve ölüm düşünceleri gibi, Tek Kutuplu Depresyonda ise başlangıçta insomni ve anksiyetenin karakterize edişi gibi farklar gözlenmiştir (Akiskal ve ark, 2005a). Hantouche ve arkadaşları (1998) 134 Tek Kutuplu Depresyon, 100 İki Uçlu Bozukluk-2 hastalarından oluşan bir örneklem üzerinde sürmekte olan çok merkezli bir çalışmada siklotimik mizacın İki Uçlu Bozukluk-2'yi belirlemede oldukça duyarlı (%88) olduğu bulunmuştur. Daha yakın tarihli bir çalışma ise, Angst Hipomani Soru Listesi (1992) tarafından değerlendirildiği şekliyle hipomaninin klinik olarak anlamlı iki faktörden oluştuğunu bulmuştur. İki Uçlu Bozukluk-2'nin sosyal açıdan olumlu ve avantajlı ("güneşli") yönleriyle yüklenen F1

sosyal açıdan olumsuz öğelerle yüklenen (hastalığın daha “karanlık” siklotimik tarafı) F2. Siklotimik mizacın hipomaninin karanlık “risk alma” yönüyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Hauntouche ve ark, 2003). Bu da göstermektedir ki siklotimik mizacın varlığı, depresyonun daha erken başlangıçlı, daha yüksek bir nüksetme oranı, daha yüksek sinirlilik oranları (Hantouche ve ark, 1998) ve hastalığın her iki kutbunda da daha yüksek yoğunluk, risk alma bileşeninde yükseklik (bu daha fazla olumsuz sonuç anlamına gelir), daha yüksek komorbidite, karışık epizodlar, madde kötüye kullanımı ve Eksen II komorbiditesi gibi ciddi potansiyel sonuçları olan bir depresyonun göstergesidir (Akiskal ve ark, 2003).

İtalya’da 106 İki Uçlu Bozukluk-1 hastasıyla yürütülmüş bir çalışmada, baskın siklotimik ve hipertimik katılımcılar, cinsiyet dağılımı, aile öyküsü, önceki epizodların sayısı ve polaritesi, hastaneye yatışlar, intihar eğilimi, eşlik eden anksiyete oranları ve Kişilik Bozuklukları açısından önemli farklılıklar bildirmiştir. Siklotimik grup daha yüksek bir kadın cinsiyet prevelansı ile karakterizedir. Hipertimik hastalara kıyasla daha fazla depresif ve hipomanik epizod ve daha fazla toplam epizod bildirmiştir. Hipertimik hastalar daha fazla hastaneye yatış bildirmiş ve siklotimikler daha fazla intihar girişiminde bulunmuştur. Siklotimik grup Panik Bozukluğu, Agorafobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Yeme Bozuklukları ile daha fazla komorbidite bildirmiştir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile benzer komorbidite gözlenmiştir. Hem Duygudurum hem Anksiyete Bozuklukları için aile öyküsü oranları siklotimik grupta daha yüksek görülmüştür. Antisosyal Kişilik Bozukluğu hipertimik grupta daha sık incelenmiştir (Perugi ve ark, 2012). Hipertimik mizacın İki Uçlu Bozukluk-1 ve maninin oluşumunda ailesel, muhtemelen genetik, rolü olduğu ve siklotimik mizacın İki Uçlu Bozukluk-2’ye daha özgü olduğunu öne sürülmektedir (Rovai, 2013).

104 manik hastadan oluşan bir örnekleme yürütülmüş bir çalışma, hipertimik mizaca sahip kadın ve erkeklerin manik bir dönem sırasında depresif belirti oluşuma karşı korunur gibi görüldüğünü bildirmiştir. Bu manik epizod, “saf” olarak nitelendirilir. Erkeklerde bu mizaç oranları daha yüksek olduğu için saf mani erkeklerde daha sık temsil edilir. Depresif mizaçlı bir kadında ortaya çıkan manide ise bu mizaç disforik bir manik klinik tabloya yol açmaktadır. Bu mizacın toplumdaki genç kadınlarda daha yaygın olduğu daha önce bildirilmiştir, bu kadınlarda maninin neden genellikle karma biçimde ortaya çıktığını kısmen açıklamaktadır (Akiskal ve ark, 1998).

154 manik hastadan oluşan bir örnekleme, maninin semptomatolojik alt tipine göre, Depresif, Sinirli-Ajite, Öforik-Grandiyoz, Hızlı-Uykusuz, Paranoid-Kaygılı, olmak üzere 5 gruba ayrılmış katılımcılarla yürütülmüş araştırma “Öforik-Grandiyoz”, “Paranoid-Kaygılı” ve “Hızlı-Uykusuz” alt tipleri gruplarındaki hastaların hipertimik bir mizaç sergileme olasılığı en yüksek olanlar olduğunu, “Depresif” baskın grubun ise depresif mizaca sahip olanlar arasında en yüksek frekansa sahip olduğunu göstermektedir. “Sinirli-Ajite” grup her iki mizaç içinde sık rastlanan bir bulgu olmuştur. Ayrıca faktöre dayalı gruplar karşılaştırıldığında, mevcut epizodların süresi, kronikleşme oranları ve uyumsuz psikotik özellikler açısından “Depresif” ve “Paranoid-Kaygılı” grupları farklılaşmıştır. “Depresif” ve “Paranoid-Kaygılı” gruplarında daha yüksek kronik seyir ve uyumsuz özellikler ve epizod süresi gözlenmiştir. “Sinirli-Ajite” grup tedavi reddinde önemli ölçüde yüksek bir puan göstermiştir (Perugi ve ark, 2001).

538 Duygudurum Bozukluğu olan katılımcıdan elde edilen bulgular kadınların erkeklere göre daha düşük sayıda hipomanik ve daha yüksek sayıda depresif epizod deneyimlediğini göstermiş ve daha yüksek oranda Anksiyete Bozuklukları ve somatizasyon komorbiditesi ifade etmiştir. Ayrıca semptomları abartma ve hastaneye yatma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu cinsiyet farklılıkları da kadınlarda depresif mizacın ve erkeklerde hipertimik mizacın daha yaygın olmasıyla açıklanabileceği ileri sürülmektedir. Hipertimik mizacın daha yaygın olduğu erkeklerde semptomları inkâr etme veya en aza indirgeme eğilimi olabileceği ifade edilir. Ayrıca bu durum erkeklerin ve kadınların semptomları algılama ve onlara tepki verme biçimleri üzerinde sosyokültürel etkileri de yansıtıyor olabilir (Perugi, 1990).

Madde Kullanım Bozuklukları

59 eroin bağımlısının benzer sosyal ve bölgesel demografik özellikleri paylaşan 58 sağlıklı katılımcı ile duygusal mizaçları açısından karşılaştırıldığı bir araştırma hipertimik ve depresif mizaçlar arasında bir fark göstermezken, siklotimik ve iritabl mizaçları arasında önemli farklılıklar ifade etmektedir. Eroin bağımlılarını en iyi şekilde siklotimik özellikler, daha zayıf bir şekilde iritabl özellikler ayırt etmektedir Siklotimik özelliklerin yaygınlığının İki Uçlu Bozukluk ile komorbiditeden kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlamak için komorbid tanısı olan ve komorbid tanısı olmayan hastaların özellikleri karşılaştırılmıştır. (Maremmanni, 2009).

94 alkol bağımlısı ve aynı sosyal ve bölgesel demografik özellikleri gösteren 50 sağlıklı gönüllü ile afektif mizaç karşılaştırılması yapılan bir araştırmada hipertimik mizaç açısından bir fark gözlenmezken, depresif, siklotimik ve iritabl ölçeklerinde alkol bağımlılarının daha yüksek puanlar aldığı ölçülmüştür. En iyi şekilde siklotimik, daha az derecede depresif özellikler, komorbid tanı olup olmadığına bakmaksızın alkol bağımlılarını ayırt etmeyi mümkün kılabilmektedir. İritabl özellikler komorbid tanısı olmayan alkol bağımlılarında kontrol gruba kıyasla daha iyi temsil edilmektedir, ancak bu özellikler açısından komorbid tanısı olan alkol bağımlıları ve kontrol grubu arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Afektif mizaç özelliklerinin komorbid Eksen I Bozuklukları arttırıcı bir etkiyle birlikte madde kullanımı ve sonucunda kötüye kullanımına yol açabileceği ileri sürülmektedir. Bu araştırmada da siklotimik özelliklerin yaygınlığının İki Uçlu Bozukluk ile komorbiditeden kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlamak için komorbid tanısı olan ve komorbid tanısı olmayan hastaların özellikleri karşılaştırılmıştır. (Pacini ve ark, 2009).

Madde Kullanım Bozukluklarında siklotimik mizacın bağımlılık bozukluklarına yatkınlaştırıcı özelliğiyle belirtilmiştir. Hem siklotimik hem hipertimik mizacın, özellikle aşırı olduğunda, madde kullanım ve kötüye kullanım davranışlarını etkilediği ileri sürülmektedir. (Rovai, 2013).

Yeme Bozuklukları

DSM-IV atipik özellikli Major Depresyon kriterlerini karşılayan 107 hastanın, DSM-IV Bulimiya Nervoza kriterlerini karşılayan ve karşılamayan olarak belirlenmiş 2 grup olarak değerlendirildiği bir araştırmada, Bulimiya Nervoza kriterlerini karşılayan hastaların Narsisistik, Histriyonik, Sınırdaki ve Bağımlı Kişilik Bozukluklarına ek olarak siklotimik mizaç açısından da yaşam boyu komorbidite açısından daha yüksek frekanslar gösterdiği belirtilmiştir. Siklotimik mizacın atipik özellikli Major Depresyon ve Bulimiya Nervoza arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği ileri sürülmüştür. İki Uçlu Bozukluk-II, atipik özellikli depresyonu olan hastalarda, siklotimik mizacı olanların herhangi bir içsel veya çevresel değişikliğe alışılmadık şekilde tepki gösterdiğini ve genellikle yiyecek, alkol, uyuşturucu, fiziksel veya cinsel aktivite ile az çok bilinçli bir şekilde “öz-uyarım” da bulunmaya çalıştığı düşünülmektedir. Herhangi bir şiddette siklotimik özellikler, atipik özellikli depresyon hastalarında tıknırcasına yeme davranışı gelişimi için mühim

bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Siklotimik mizaç ve Bulimiya Nervoza'nın genetik bir geçmişi paylaşabileceği ifade edilmiştir (Perugi ve ark, 2006).

211 kız üniversite öğrencisiyle yürütülmüş, kompulsif satın alma, yeme bozukluğu semptomları ve mizacın ilişkisinin incelendiği bir araştırma, Yeme Bozukluğunun semptomlarının daha kaygı ve düşük düzeyde eforlu kontrol ile ilişkili olduğunu ifade edilmiştir. Kaygı ve kontrolsüzlüğe yönelik bir eğilim dahil siklotimik mizacın temel özellikleriyle iyi bir uyum gösteren, özelliklere işaret etmektedir (Claes ve ark, 2011).

Yeme Bozukluklarında, özellikle Bulimik tipte, siklotimik mizacın merkezi bir rol oynadığı öne sürülmektedir (Rovai, 2013). Komorbid İki Uçlu Bozukluk ve Bulimiya Nervoza'nın 'saf' Bulimiya Nervoza ve 'saf' İki Uçlu Bozukluğa göre mizaç boyutlarında etkisinin araştırıldığı bir araştırma, tüm klinik gruplar, siklotimik, depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç puanları yüksek, hipertimik mizaç puanlarının düşük olması bakımından kontrol grubundan farklılaşmıştır. Komorbid İki Uçlu Bozukluk ve Bulimiya Nervoza'da diğer gruplara göre daha yüksek sinirli ve siklotimik mizaç puanları tespit edilmiştir (Rybakowski ve ark, 2014).

Ramacciotti ve arkadaşları (2004), tıkanırcasına yeme davranışı gösteren hastaların mizaç özelliklerini incelemişlerdir; %6,1 depresif (normal popülasyonda %3,6), %12,1 siklotimik (normal popülasyonda %6,3) ve %6,1 hipertimik (normal popülasyonda %8.2) olmak üzere.

300 obez hastayla yürütülmüş bir çalışma, tıkanırcasına yeme davranışı ve depresif ve siklotimik özellikler arasında ilişki saptamıştır. Hipertimik mizaç ise negatif etkiliydi (Scumaci ve ark, 2021).

Baş Etme Becerisi ve Yaşam Kalitesi

Hipertimik mizacın kişinin somatik hastalıklarla baş etme becerisine katkısı olduğu, nevrotikliğe daha yakın konumlanan siklotimik eğilimin ise aynı hastalıklara karşı duygusal ve davranışsal uyumu bozabileceği ifade edilmiştir. Afektif mizaçlar, tanısal ve terapötik özellikleri etkiledikleri ve tanı konduktan sonra duygusal ve davranışsal uyum üzerinde bir etkiye sahip oldukları ve sonucunda insidans ve sonucunda farklılıklara yol açtıklarından, somatik hastalığın seyrinde farklı seviyelerde yer alıyor gibi gözlenmektedir (Rovai ve ark, 2013).

Afektif mizaçların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelendiğinde, hipertimik mizacın yaşam kalitesini iyileştirdiği, siklotimik mizacın ise yaşam kalitesini düşürdüğü ifade edilmiştir (Rovai ve ark, 2013).



BÖLÜM 3: GEREKÇE VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Yeme Bozukluklarının etiyolojisini tamamiyla açıklamak oldukça zordur, birçok etkenin bir aradalığıyla geliştiğı ifade edilmektedir. Geçtiğimiz senelerde yürütölmüş çalışmalar değeriendirildiğinde Yeme Bozukluklarının etiyolojisinde psikolojik, fizyolojik, ailesel ve sosyal durumların önemli etkenler olduğı gözler önüne serilmiştir. Yeme Bozukluğu ve olumsuz yeme tutumları hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde kişilik özellikleri hakkında literatür yoğunlukta görölmekte ancak az sayıda mizaç tipleri ile ilgili çalışmaların varlığı dikkat çekmektedir. Yeme Bozuklukları tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunların deneyimlendiğı, kişinin yaşam kalitesinin düştüğü, kronik ve ilerleyen, tıbbi komplikasyonlar ve sağık durumu ve fonksiyonun bozulması gibi olumsuz etkilerle sonuçlanan hastalıklardır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Tıbbi komplikasyonların yanı sıra, özkıyımların – ki en sık rastlanan ikinci ölüm nedenidir – ve özkıyım girişimlerinin en sık gözlendiğı psikiyatrik bozukluktur. (Öncü ve Sakarya, 2013). Yeme Bozukluklarının ölümcül sonuçları göz önünde bulundurulduğunda Yeme Bozukluklarını, bozulmuş yeme tutumuna dair içgörü edinme, önleme, erken tanı ve müdahale çalışmaları son derece önemlidir.

18-65 yaş arası bireylerin yeme tutumları ve baskın afektif mizaçları arasında anlamlı bir ilişki olduğı çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Bu bireylerin yeme tutumlarının demografik bilgiler çerçevesinde farklılık gözetip gözetmediğı de araştırılacaktır. Baskın afektif mizaç ile yeme tutumu arasında anlamlı ilişki aranmasının yanı sıra, ilişkili bulunursa baskın afektif mizacın yeme tutumuna varsa yordayıcı etkisi de gözlemlenecektir. Mizacın yeme tutumu ile arasında anlamlı ilişki bulunması tespit edilirse alanyazına olan katkısının yanı sıra Yeme Bozuklukları tedavi yaklaşımları ve uygulamalara yönelik veri sağlayabilmesi veya olası koruyucu yöntemlerin geliştirilebilmesine olanak sağlaması amaçlanmaktadır.

Hipotezler

H1: Olumsuz Yeme Tutumu belli mizaç tipleriyle ilişkilidir.

H2: Anksiyöz Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Depresif Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Siklotimik Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Yeme Tutumu demografik bilgiler çerçevesinde farklılık gözetmektedir.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırma örneklemini 18-65 yaş aralığındaki 214 kadın ve erkek oluşturmaktadır. Örneklem hacminin daha hızlı büyüebilmesi ve ulaşılabilir olması amacıyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın içleme kriterleri 18-65 yaş aralığında olmak, kadın veya erkek olmak, gönüllü olarak çalışmaya dahil olmak ve okur-yazar olmakken; 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak, okur-yazar olmamak ve yeme bozukluğu tanısı almış olmak dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir. Gerekli tüm kontrollerin yapılmasından sonra yaş ölçütlerine uymayan, ölçek maddelerinin tamamını cevaplamayan kişilerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir. Analizler 214 katılımcıdan oluşan bir çalışma grubuyla iletmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada oluşturulmuş hipotezlerin test edilebilmesi için Yeme Tutum Testi-Kısa Formu (YTT-26) ve TEMPS-A Mizaç Ölçeği kullanılmıştır. Ek olarak katılımcıların sosyo-demografik ve diğer gerekli bilgilerine ilişkin verileri edinebilmek için araştırmacı tarafından oluşturulmuş sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından alınan uygulama iznini takiben, onam formu katılımcılara anket başlangıcında ulaştırılmıştır. Onam formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve uygulamanın amacını, yaklaşık uygulama süresini, katılımın gönüllülük esasına dayandığını ve katılmaya dair fikirlerinin sonradan değişmesi halinde araştırmacıya haber vererek araştırmadan ayrılacaklarını belirtmektedir. Ayrıca araştırmanın geçerliliği için ölçeklerdeki bütün maddelerin dikkatli okunması, doğru bir şekilde cevaplandırılması ve cevap verilmemiş soru bırakılmadan tamamlanması ve yönergelere uyulması gerekliliğine dair bilgilendirmeler içermektedir.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim durumu, herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadığı ve benzeri verileri edinmeyi amaçlayan bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların bedensel görünüşlerinden memnun olup olmadıkları, daha

öncesinde kilo kontrolü amaçlı diyetisyen desteği alınıp alınmadığı ve boy, kilo gibi beden kitle indeksini belirleyebilmek için gerekli bilgilerin edinilmesini hedefleyen 12 sorudan oluşmaktadır.

Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)

1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen Yeme Tutum Testi (YTT-40) orijinal formu, kişilerin yeme tutum ve davranışlarındaki riski değerlendirebilmeyi amaçlamaktadır. Türkçe standardizasyon çalışmalarını Savaşır ve Erol (1989) yapmıştır.

YTT-26, Yeme Tutum Testi-40'ın revize edilerek kısaltılan Garner, Olmstad, Bohr ve Garfinkel (1982) tarafından yeniden ele alınarak geliştirilmiş olan, 26 sorudan oluşan kısaltılmış formudur. Katılımcıya A, B ve C kısımlarında sırasıyla 7 tane demografik bilgileri ile alakalı, 26 tane yeme alışkanlıklarıyla alakalı ve 5 tane yeme davranışlarıyla alakalı ifade yönetilmektedir. Yeme Meşguliyeti, Kısıtlama ve Sosyal Baskı olarak isimlendirilmiş üç faktörlü yapı ortaya konmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk tarafından 2020 yılında gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucu, toplam Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = .84$ olarak saptanmıştır. Yeme meşguliyeti sosyal baskı ve kısıtlama faktörleri için ise sırasıyla .85., 62, ve .76 olarak tespit edilmiştir.

6'lı Likert tipte öz bildirime dayalı bu ölçekten 0 ile 53 arasında puan alınabilir, kesim noktası 20 puandır. 20 puan ve üzeri alan bireyler “yeme davranış bozukluğu riski olan” bireyler olarak değerlendirilir. YTT-26 ölçeğin B Bölümünü oluşturur puanlama 1-25. sorular için “3=daima, 2=çok sık, 1=sık sık, 0=diğer cevaplar (bazen, nadiren, hiçbir zaman)” olarak belirlenmiştir. 26. Soruda ise tersine puanlama yapılmaktadır, “1=bazen, 2=nadiren ve 3=hiçbir zaman” şeklinde puanlanırken diğer seçenekler yine 0 puan almaktadır. Ölçeğin A bölümünde kişinin sosyo-demografik bilgilerinin ek olarak beden ağırlığı, boy uzunluğu, şimdiye kadar ki en az ve en fazla beden ağırlığı ve benzeri bilgilerde sorulmakta, bu sayede Yeme Bozukluğu tanısı açısından da gereksinim duyulabilecek bilgi alınabilmesi sağlanmaktadır. Benzer şekilde ölçeğin C bölümünde bulunan 5 madde ile geçtiğimiz 6 aylık dönemde yeme davranışındaki bozulmaların denetlenmesi amaçlanmaktadır. Ölçeğin A ve C bölümleri puanlamaya dahil edilmemektedir ancak mevcut yeme patolojisinin değerlendirilmesine fayda sağlar.

TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)

TEMPS-A Mizaç Ölçeği baskın afektif mizacı değerlendirmek amacıyla Akiskal ve arkadaşları tarafından (2005) düzenlenmiştir. Ölçek öz bildirim ölçeğidir. Türkçeye uyarlanmış şekli katılımcıların doğru veya yanlış olarak işaretlenecek 100 sorudan oluşmaktadır. Sorular siklotimik, depresif, irritabl, hipertimik ve anksiyöz mizaçları belirlemeyi hedeflemektedir. Madde puanlarının toplanmasıyla alt boyutların toplam puanı belirlenir. Depresif mizaç için 13, siklotimik mizaç için 18, hipertimik mizaç için 20, irritabl mizaç için 13 ve anksiyöz mizaç için 18 kesme puanı olarak saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Vahip ve ark. (2005) tarafından yapılmıştır. 18 madde depresif mizacı (1-18. maddeler), 19 madde siklotimik mizacı (19-37. maddeler), 20 madde hipertimik mizacı (38-57. maddeler), 18 madde irritabl mizacı (58-75. maddeler), 24 madde anksiyöz mizacı tanımlamaktadır (76-99. maddeler).

Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizacın görülebildiği bilinmektedir ve yine bazı bireylerde herhangi bir mizacın baskın olmama ihtimali de bulunmaktadır. 13 ve daha fazla sayıda depresif mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi depresif mizacı, 18 ve daha fazla sayıda siklotimik mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi siklotimik mizacı, 20 hipertimik mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi hipertimik mizacı, 13 ve daha fazla irritabl mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi irritabl mizacı ve 18 ve daha fazla anksiyöz mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi anksiyöz mizacı işaret etmektedir.

3.4. İşlem

Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından alınan izin sonrasında verilerin toplanması aşaması başlatılmıştır. Google dokümanlar üzerinden hazırlanan; bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, sosyo-demografik bilgi formu, YTT-26 ve TEMPS-A ölçeklerinden oluşan araştırma anketi 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkek gönüllü katılımcılara kartopu yöntemiyle dağıtılmıştır. Araştırmada gizlilik esası korunmuş, herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiştir.

3.5. Veri Analizleri

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı kullanılmıştır. İşleme ve dışlama kriterlerini karşılamayan katılımcılardan sağlanmış bulgular analize dahil edilmemiştir. Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın katılımcı sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı, parametrik testler kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2001). Bundan dolayı ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek ve alt ölçekler ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere parametrik testlerden Independent Samples T testi ve Anova Testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden LCD testi kullanılmıştır. TEMPS-A ölçek ve alt ölçeklerinin yeme tutumunu ne derece yordadığını görmeye ilişkin çok değişkenli lineer regresyon analiz yapılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BÖLÜM 4: BULGULAR

Tablo 1.Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=214)

Demografik değişkenler		N	%
Cinsiyet	Erkek	61	28,5
	Kadın	153	71,5
Yaş	18-25	68	31,8
	26-35	60	28,0
	36-45	51	23,8
	46 Yaş ve Üzeri	35	16,4
Eğitim Durumu	Lisans ve Altı	58	27,1
	Lisans Mezunu	99	46,3
	Lisans Üstü	57	26,6
BKİ	Zayıf	15	7,0
	Normal	122	57,0
	Kilolu	46	21,5
	Obez	31	14,5
Anne Eğitim Durumu	Ortaokul ve Altı	91	42,5
	Lise	69	32,2
	Lisans ve Üzeri	54	25,2
Baba Eğitim Durumu	Ortaokul ve Altı	70	32,7
	Lise	64	29,9
	Lisans ve Üzeri	80	37,4
Medeni Durum	Evli	93	43,5
	Bekar	121	56,5

Kilo Değerlendirme	Zayıf	13	6,1
	Normal	119	55,6
	Fazla Kilolu	62	29,0
	Şişman	20	9,3
Memnuniyet	Evet	119	55,6
	Hayır	95	44,4
Diyetisyene Başvurma	Evet	90	42,1
	Hayır	124	57,9
Psikiyatrik Tanı	Evet	29	13,6
	Hayır	185	86,4

Tablo 1’de Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=214)

	Min	Max	Ort.	Std. Sapma
YTT – Toplam	0	59	11,74	11,41
YTT – Diyet	0	37	6,53	6,59
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	0	14	1,85	3,33
YTT – Oral Kontrol	0	17	3,35	3,42
TEMPSA – Depresif Mizaç	0	16	5,58	3,28
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	0	18	6,99	4,73
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	0	20	10,75	5,04
TEMPSA – İrritabl Mizaç	0	15	3,72	3,72
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	0	24	6,51	5,76

Tablo 2’de Ölçek ve alt boyut puanından alınan sonuçlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları (n=214)

		1	2	3	4	5	6	7	8	
1-YTT – Toplam		1								
2-YTT – Diyet		,93 2**	1							
		<0. 001								
3-YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı		,80 4**	,64 7**	1						
		<0. 001	<0. 001							
4-YTT – Oral Kontrol		,75 3**	,55 0**	,46 0**	1					
		<0. 001	<0. 001	<0. 001						
5-TEMPSA – Depresif Mizaç		0,1 21	0,0 71	,22 9**	0, 045	1				
		0,0 77	0,3 03	0,0 01	0, 514					
6-TEMPSA – Siklotimik Mizaç		0,1 20	0,0 71	,21 2**	0, 056	,49 5**	1			
		0,0 80	0,3 00	0,0 02	0, 415	<0. 001				
7-TEMPSA – Hipertimik Mizaç		0,0 31	0,0 58	- 0,057	0, 048	- ,354**	0,0 40	1		
		0,6 47	0,3 97	0,4 10	0, 487	<0. 001	0,5 58			
8-TEMPSA – İrritabl Mizaç		0,1 14	0,0 50	,23 2**	0, 058	,42 3**	,54 8**	0,0 48	1	

		0,0 96	0,4 68	0,0 01	0, 398	<0. 001	<0. 001	0,4 88		
9-TEMPSA – Anksiyöz Mizaç		,17 3*	0,1 02	,28 1**	0, 106	,61 5**	,62 8**	- 0,101	,56 2**	
		0,0 11	0,1 39	<0. 001	0, 122	<0. 001	<0. 001	0,1 43	<0. 001	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 3’te katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, YTT Toplam puanı ile TEMPSA Ölçeği alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı ($r=0,173$ $p=0.011$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile TEMPSA Ölçeği alt boyutlarından “Depresif Mizaç” puanı ($r=0,229$ $p=0.001$), “Siklotimik Mizaç” puanı ($r=0,212$ $p=0.002$), “İrritabl Mizaç” puanı ($r=0,423$ $p<0.001$) ve “Anksiyöz Mizaç” puanı ($r=0,281$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ort±SS	t	p
YTT – Toplam	Erkek	61	8,21±8,03	-	0.004
	Kadın	153	13,15±12,25	3,459	
YTT – Diyet	Erkek	61	4,59±4,72	-	0.006
	Kadın	153	7,31±7,07	3,266	
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Erkek	61	1,16±2,22	-	0.056
	Kadın	153	2,13±3,66	2,355	
YTT – Oral Kontrol	Erkek	61	2,46±2,53	-	0.015
	Kadın	153	3,71±3,67	2,850	
TEMPSA – Depresif Mizaç	Erkek	61	5,11±2,75	-	0.188
	Kadın	153	5,77±3,47	1,322	
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Erkek	61	6,08±3,99	-	0.051
	Kadın	153	7,36±4,96	1,967	
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Erkek	61	10,72±5,25	-	0.955
	Kadın	153	10,76±4,97	0,057	
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Erkek	61	4,15±3,46	1,050	0.295
	Kadın	153	3,56±3,82		
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Erkek	61	4,49±4,11	-	<0.001
	Kadın	153	7,33±6,13	3,921	

t= Independent Samples Test; $p<0.05$

Tablo 4’te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları katılımcıların cinsiyetleri açısından karşılaştırılmıştır. YTT Toplam puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT Toplam puanı erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,459$ $p=0.004$).

YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,266$ $p=0.006$).

YTT alt boyutlarından “Oral Kontrol” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Oral Kontrol” puanı erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2,850$ $p=0.015$).

TEMPSA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı kadınlarda erkeklerle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,921$ $p<0.001$).



Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	(1) 18-25	68	10,12±10,87	1,082	0.358	-
	(2) 26-35	60	13,72±12,17			
	(3) 36-45	51	11,90±11,21			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	11,29±11,35			
YTT – Diyet	(1) 18-25	68	5,19±5,87	1,485	0.220	-
	(2) 26-35	60	7,48±7,60			
	(3) 36-45	51	7,06±6,70			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	6,74±5,70			
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	(1) 18-25	68	1,62±3,09	2,161	0.094	-
	(2) 26-35	60	2,77±3,91			
	(3) 36-45	51	1,43±2,97			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	1,37±3,06			
YTT – Oral Kontrol	(1) 18-25	68	3,31±3,75	0,063	0.979	-
	(2) 26-35	60	3,47±3,23			
	(3) 36-45	51	3,41±2,98			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	3,17±3,84			
TEMPSA – Depresif Mizaç	(1) 18-25	68	6,09±3,54	0,807	0.491	-
	(2) 26-35	60	5,35±3,26			
	(3) 36-45	51	5,43±3,26			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	5,23±2,84			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	(1) 18-25	68	8,56±4,70	6,379	<0.001	1-3 1-4
	(2) 26-35	60	7,37±5,18			

	(3) 36-45	51	6,00±4,25			2-4
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	4,77±3,44			
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	(1) 18-25	68	10,03±5,42	1,954	0.122	-
	(2) 26-35	60	10,45±4,92			
	(3) 36-45	51	10,88±4,85			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	12,49±4,51			
TEMPSA – İrritabl Mizaç	(1) 18-25	68	4,53±3,69	2,361	0.072	-
	(2) 26-35	60	3,90±4,14			
	(3) 36-45	51	2,88±3,24			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	3,09±3,45			
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	(1) 18-25	68	8,53±6,32	4,663	0.004	1-2 1-3 1-4
	(2) 26-35	60	6,15±5,66			
	(3) 36-45	51	5,02±5,03			
	(4) 46 Yaş ve Üzeri	35	5,37±4,81			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 5'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Yaş açısından karşılaştırılmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı diğer yaş gruplarına kıyaslandığında 18-25 yaş arasında daha yüksek bulunmuştur ($F=6,379$ $p<0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda 18-25 yaş arası ile 36-45 yaş ($p=0.003$), 46 yaş ve üzeri ($p<0.001$) katılımcılar; 26-35 yaş arası ile 46 yaş ve üzeri ($p=0.008$) katılımcılar arasında TEMPISA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı diğer yaş gruplarına kıyaslandığında 18-25 yaş arasında daha yüksek bulunmuştur ($F=4,663$ $p=0.004$). Yapılan post-hoc testi sonucunda 18-25 yaş arası ile 26-35 yaş ($p=0.018$), 36-45 yaş ($p=0.001$), 46 yaş ve üzeri ($p=0.007$) katılımcılar arasında TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim Durumu	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	(1) Lisans ve Altı	58	9,88±10,12	1,087	0.339	-
	(2) Lisans Mezunu	99	12,28±11,74			
	(3) Lisans Üstü	57	12,70±12,03			
YTT – Diyet	(1) Lisans ve Altı	58	5,07±5,76	2,008	0.137	-
	(2) Lisans Mezunu	99	7,17±7,00			
	(3) Lisans Üstü	57	6,91±6,53			
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	(1) Lisans ve Altı	58	1,62±2,92	0,757	0.470	-
	(2) Lisans Mezunu	99	1,73±3,16			
	(3) Lisans Üstü	57	2,32±3,99			
YTT – Oral Kontrol	(1) Lisans ve Altı	58	3,19±3,26	0,104	0.901	-
	(2) Lisans Mezunu	99	3,38±3,32			
	(3) Lisans Üstü	57	3,47±3,83			
TEMPSA – Depresif Mizaç	(1) Lisans ve Altı	58	5,72±3,49	1,254	0.288	-
	(2) Lisans Mezunu	99	5,84±2,91			

	(3) Lisans Üstü	57	5,00±3,64			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	(1) Lisans ve Altı	58	8,21±4,71	6,397	0.002	1-3 2-3
	(2) Lisans Mezunu	99	7,30±4,66			
	(3) Lisans Üstü	57	5,23±4,43			

TEMPSA – Hipertimik Mizaç	(1) Lisans ve Altı	58	10,24±5,39	0,558	0.556	-
	(2) Lisans Mezunu	99	10,76±5,15			
	(3) Lisans Üstü	57	11,26±4,50			
TEMPSA – İritabl Mizaç	(1) Lisans ve Altı	58	4,67±3,82	2,707	0.069	-
	(2) Lisans Mezunu	99	3,46±3,53			
	(3) Lisans Üstü	57	3,21±3,83			
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	(1) Lisans ve Altı	58	7,42±6,35	1,137	0.323	-
	(2) Lisans Mezunu	99	6,39±5,28			
	(3) Lisans Üstü	57	5,82±5,93			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 6’da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Eğitim Durumları açısından karşılaştırılmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı diğer eğitim durumlarına kıyasla lisans ve altında daha yüksek bulunmuştur (F=6,397 p=0.002). Yapılan post-hoc testi sonucunda lisans üstü

ile lisans ve altı ($p=0.001$), lisans mezunu ($p=0.007$) katılımcılar arasında TEMPSA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BKİ Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	BKİ	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	(1) Zayıf	15	7,73±7,31	1,245	0.295	-
	(2) Normal	122	12,19±11,72			
	(3) Kilolu	46	10,43±10,08			
	(4) Obez	31	13,87±13,31			
YTT – Diyet	(1) Zayıf	15	2,27±3,56	2,638	0.051	-
	(2) Normal	122	6,92±6,99			
	(3) Kilolu	46	6,15±5,46			
	(4) Obez	31	7,65±7,04			
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	(1) Zayıf	15	0,20±0,56	2,486	0.062	-
	(2) Normal	122	1,85±3,38			
	(3) Kilolu	46	1,65±2,95			
	(4) Obez	31	2,97±4,13			
YTT – Oral Kontrol	(1) Zayıf	15	5,27±3,95	2,302	0.078	-
	(2) Normal	122	3,42±3,30			
	(3) Kilolu	46	2,63±3,19			
	(4) Obez	31	3,26±3,80			
TEMPSA – Depresif Mizaç	(1) Zayıf	15	5,67±4,39	0,256	0.857	-
	(2) Normal	122	5,70±3,07			
	(3) Kilolu	46	5,54±3,29			
	(4) Obez	31	5,13±3,62			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	(1) Zayıf	15	7,13±5,32	0,058	0.982	-
	(2) Normal	122	7,07±4,74			

	(3) Kilolu	46	6,74±4,32			
	(4) Obez	31	7,03±5,18			
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	(1) Zayıf	15	9,8±5,23	0,243	0.886	-
	(2) Normal	122	10,71±4,9			
	(3) Kilolu	46	10,96±5,43			
	(4) Obez	31	11,06±5,09			
TEMPSA – İrritabl Mizaç	(1) Zayıf	15	3,47±3,48	0,238	0.870	-
	(2) Normal	122	3,7±3,73			
	(3) Kilolu	46	4,09±3,73			
	(4) Obez	31	3,42±3,94			
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	(1) Zayıf	15	8,73±8,12	0,884	0.450	-
	(2) Normal	122	6,51±5,57			
	(3) Kilolu	46	6,18±5,52			
	(4) Obez	31	5,97±5,59			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 7’de görüldüğü gibi katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile BKİ durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Anne Eğitim Durumu	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	(1) Ortaokul ve Altı	91	12,58±12,66	1,135	0.323	-
	(2) Lise	69	12,20±10,58			
	(3) Lisans ve Üzeri	54	9,74±10,10			

YTT – Diyet	Altı	(1) Ortaokul ve	91	7,10±7,32	1,752	0.176	-
		(2) Lise	69	6,91±6,43			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	5,09±5,26			
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Altı	(1) Ortaokul ve	91	2,10±3,65	0,581	0.560	-
		(2) Lise	69	1,83±3,23			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	1,48±2,91			
YTT – Oral Kontrol	Altı	(1) Ortaokul ve	91	3,38±3,58	0,119	0.888	-
		(2) Lise	69	3,46±3,34			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	3,17±3,34			
TEMPSA – Depresif Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	91	5,57±3,27	0,001	0.999	-
		(2) Lise	69	5,59±3,42			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	5,59±3,20			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	91	6,71±4,71	0,313	0.731	-
		(2) Lise	69	7,30±5,08			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	7,07±4,34			
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	91	10,60±5,74	0,340	0.712	-
		(2) Lise	69	11,16±4,68			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	10,48±4,23			

TEMPSA – İrritabl Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	91	3,86±3,87	0,476	0.622	-
		(2) Lise	69	3,88±3,86			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	3,30±3,29			
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	91	5,96±5,72	0,739	0.479	-
		(2) Lise	69	6,90±5,91			
	Üzeri	(3) Lisans ve	54	6,96±5,66			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 8’de görüldüğü gibi katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile Anne Eğitim Durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Baba Eğitim Durumu		N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	Altı	(1) Ortaokul ve	70	11,60±12,29	0,787	0.457	-
		(2) Lise	64	13,14±11,21			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	10,75±10,78			
YTT – Diyet	Altı	(1) Ortaokul ve	70	6,19±6,46	1,202	0.303	-
		(2) Lise	64	7,59±7,09			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	5,99±6,27			

YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Altı	(1) Ortaokul ve	70	1,79±3,32	1,679	0.189	-
		(2) Lise	64	2,45±3,83			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	1,44±2,88			
YTT – Oral Kontrol	Altı	(1) Ortaokul ve	70	3,63±3,90	0,409	0.665	-
		(2) Lise	64	3,09±2,76			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	3,33±3,50			
TEMPSA – Depresif Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	70	5,83±3,41	1,053	0.351	-
		(2) Lise	64	5,84±3,27			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	5,16±3,18			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	70	7,33±4,67	1,200	0.303	-
		(2) Lise	64	7,44±5,04			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	6,35±4,51			
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	70	11,51±5,44	2,942	0.055	-
		(2) Lise	64	9,52±4,84			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	11,08±4,70			
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Altı	(1) Ortaokul ve	70	3,87±3,68	1,344	0.263	-
		(2) Lise	64	4,20±4,18			
	Üzeri	(3) Lisans ve	80	3,21±3,33			

TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	(1) Ortaokul ve Altı	70	6,94±6,49	1,655	0.192	-
	(2) Lise	64	7,20±6,06			
	(3) Lisans ve Üzeri	80	5,60±4,71			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 9’da görüldüğü gibi katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile Baba Eğitim Durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 10. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Medeni Durum	N	Ort±SS	t	p
YTT – Toplam	Evli	93	13,10±12,39	1,526	0.128
	Bekar	121	10,70±10,54		
YTT – Diyet	Evli	93	7,99±7,16	2,811	0.006
	Bekar	121	5,41±5,91		
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Evli	93	1,75±3,38	-0,393	0.695
	Bekar	121	1,93±3,32		
YTT – Oral Kontrol	Evli	93	3,35±3,70	-0,001	0.999
	Bekar	121	3,36±3,22		
TEMPSA – Depresif Mizaç	Evli	93	5,51±3,51	-0,307	0.759
	Bekar	121	5,64±3,12		
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Evli	93	5,66±4,37	-3,740	<0.001
	Bekar	121	8,02±4,75		
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Evli	93	11,70±4,97	2,436	0.016
	Bekar	121	10,02±4,99		
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Evli	93	3,30±3,66	-1,462	0.145
	Bekar	121	4,05±3,75		

TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Evli	93	5,80±5,33	-1,578	0.116
	Bekar	121	7,06±6,04		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 10’da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Medeni Durum açısından karşılaştırılmıştır. YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile katılımcıların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı bekarlarla kıyaslandığında evlilerde daha yüksek bulunmuştur ($t=2,811$ $p=0.006$).

TEMPSA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı ile katılımcıların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Siklotimik Mizaç” puanı evlilerle kıyaslandığında bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,740$ $p<0.001$).

TEMPSA alt boyutlarından “Hipertimik Mizaç” puanı ile katılımcıların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Hipertimik Mizaç” puanı bekarlarla kıyaslandığında evlilerde daha yüksek bulunmuştur ($t=2,436$ $p=0.016$).

Tablo 11. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kilo Değerlendirme Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Kilo Değerlendirme	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
YTT – Toplam	(1) Zayıf	13	9,85±11,90	1,492	0.218	-
	(2) Normal	119	11,58±11,17			
	(3) Fazla Kilolu	62	10,87±9,78			
	(4) Şişman	20	16,65±16,06			
YTT – Diyet	(1) Zayıf	13	4,15±7,09	1,103	0.349	-
	(2) Normal	119	6,49±6,71			
	(3) Fazla Kilolu	62	6,52±5,50			
	(4) Şişman	20	8,40±8,43			
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	(1) Zayıf	13	1,15±2,76	3,397	0.019	1-4 2-4 3-4
	(2) Normal	119	1,63±3,24			
	(3) Fazla Kilolu	62	1,73±2,82			
	(4) Şişman	20	4,05±4,84			
YTT – Oral Kontrol	(1) Zayıf	13	4,54±3,62	1,910	0.129	-
	(2) Normal	119	3,46±3,35			
	(3) Fazla Kilolu	62	2,63±2,96			
	(4) Şişman	20	4,20±4,73			
TEMPSA – Depresif Mizaç	(1) Zayıf	13	6,00±3,19	0,279	0.840	-
	(2) Normal	119	5,52±3,19			
	(3) Fazla Kilolu	62	5,45±3,50			
	(4) Şişman	20	6,10±3,39			
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	(1) Zayıf	13	9,08±4,42	1,486	0.219	-
	(2) Normal	119	6,64±4,65			

	(3) Fazla Kilolu	62	6,87±4,79			
	(4) Şişman	20	8,15±5,04			
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	(1) Zayıf	13	8,08±5,82	1,558	0.201	-
	(2) Normal	119	11,13±4,91			
	(3) Fazla Kilolu	62	10,47±5,13			
	(4) Şişman	20	11,15±4,79			
TEMPSA – İrritabl Mizaç	(1) Zayıf	13	5,23±4,02	0,873	0.456	-
	(2) Normal	119	3,57±3,68			
	(3) Fazla Kilolu	62	3,58±3,47			
	(4) Şişman	20	4,10±4,53			
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	(1) Zayıf	13	9,38±7,64	1,537	0.206	-
	(2) Normal	119	6,01±5,66			
	(3) Fazla Kilolu	62	6,61±5,36			
	(4) Şişman	20	7,35±5,97			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 11’de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Kilo Değerlendirme açısından karşılaştırılmıştır. YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı ile kilo değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı diğer kilo değerlendirmelerine kıyasla şişman olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,397 p=0.019). Yapılan post-hoc testi sonucunda şişman ile zayıf (p=0.014), normal (p=0.003), fazla kilolu (p=0.006) kilo değerlendirmesi olan katılımcılar arasında YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Bedensel Görünüşten Memnuniyet Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Memnuniyet	N	Ort±SS	t	p
YTT – Toplam	Evet	119	10,30±9,77	-2,019	0.045
	Hayır	95	13,55±13,01		
YTT – Diyet	Evet	119	5,61±6,09	-2,328	0.021
	Hayır	95	7,69±7,04		
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Evet	119	1,31±2,79	-2,618	0.010
	Hayır	95	2,54±3,82		
YTT – Oral Kontrol	Evet	119	3,39±3,12	0,150	0.881
	Hayır	95	3,32±3,79		
TEMPSA – Depresif Mizaç	Evet	119	4,97±2,93	-3,098	0.002
	Hayır	95	6,35±3,55		
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Evet	119	6,46±4,68	-1,856	0.065
	Hayır	95	7,66±4,73		
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Evet	119	11,54±5,05	2,585	0.010
	Hayır	95	9,77±4,88		
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Evet	119	3,35±3,52	-1,639	0.103
	Hayır	95	4,19±3,93		
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Evet	119	5,92±5,64	-1,680	0.094
	Hayır	95	7,25±5,85		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 12’de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Bedensel Görünüşten Memnuniyet açısından karşılaştırılmıştır. YTT Toplam puanı ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT Toplam puanı memnun olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,019 p=0.045).

YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı memnun olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2,328$ $p=0.021$).

YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı memnun olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2,618$ $p=0.010$).

TEMPSA alt boyutlarından “Depresif Mizaç” puanı ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Depresif Mizaç” puanı memnun olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,098$ $p=0.002$).

TEMPSA alt boyutlarından “Hipertimik Mizaç” puanı ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Hipertimik Mizaç” puanı memnun olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=2,585$ $p=0.010$).

Tablo 13. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Beden Ağırlığı Nedeniyle Diyetisyene Başvurma Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	DYT	N	Ort±SS	t	p
YTT – Toplam	Evet	90	10,30±9,77	3,033	0.003
	Hayır	124	13,55±13,01		
YTT – Diyet	Evet	90	5,61±6,09	3,805	<0.001
	Hayır	124	7,69±7,04		
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Evet	90	1,31±2,79	3,129	0.002
	Hayır	124	2,54±3,82		
YTT – Oral Kontrol	Evet	90	3,39±3,12	-0,200	0.842
	Hayır	124	3,32±3,79		
TEMPSA – Depresif Mizaç	Evet	90	4,97±2,93	0,481	0.631
	Hayır	124	6,35±3,55		
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Evet	90	6,46±4,68	0,538	0.591

	Hayır	124	7,66±4,73		
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Evet	90	11,54±5,05	-0,650	0.516
	Hayır	124	9,77±4,88		
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Evet	90	3,35±3,52	-0,750	0.454
	Hayır	124	4,19±3,93		
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Evet	90	5,92±5,64	0,386	0.700
	Hayır	124	7,25±5,85		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 13’de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurma açısından karşılaştırılmıştır. YTT Toplam puanı ile beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT Toplam puanı beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurmuş olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=3,033 p=0.003).

YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile puanları beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurmuş olanlarla kıyaslandığında olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=3,805 p<0.001).

YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı ile puanları beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YTT alt boyutlarından “Bulimiya & Yeme Takıntısı” puanı beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurmuş olanlara kıyasla olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=3,129 p=0.002).

Tablo 14. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	PSK	N	Ort±SS	t	p
YTT – Toplam	Evet	29	12,03±12,04	0,148	0.883
	Hayır	185	11,70±11,34		
YTT – Diyet	Evet	29	7,10±8,29	0,501	0.617
	Hayır	185	6,44±6,31		
YTT – Bulimiya & Yeme Takıntısı	Evet	29	2,59±4,00	1,271	0.205
	Hayır	185	1,74±3,22		
YTT – Oral Kontrol	Evet	29	2,34±2,27	-1,714	0.088
	Hayır	185	3,51±3,56		
TEMPSA – Depresif Mizaç	Evet	29	6,76±3,87	2,087	0.038
	Hayır	185	5,40±3,16		
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	Evet	29	8,14±4,95	1,402	0.162
	Hayır	185	6,82±4,68		
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	Evet	29	9,34±5,52	-1,623	0.106
	Hayır	185	10,97±4,94		
TEMPSA – İrritabl Mizaç	Evet	29	5,07±3,60	2,109	0.036
	Hayır	185	3,51±3,71		
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	Evet	29	9,03±5,83	2,565	0.011
	Hayır	185	6,12±5,67		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 14’de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları psikiyatrik tanı var olup olmaması açısından karşılaştırılmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Depresif Mizaç” puanı ile psikiyatrik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPSA alt boyutlarından “Depresif Mizaç” puanı psikiyatrik tanı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,087 p=0.038).

TEMPSA alt boyutlarından “İrritabl Mizaç” puanı ile psikiyatrik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “İrritabl Mizaç” puanı PSK olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=2,109$ $p=0.036$).

TEMPSA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı ile psikiyatrik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı PSK olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=2,565$ $p=0.011$).

Tablo 15. Katılımcıların TEMPISA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Grupları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	YTT-grup	N	Ort±SS	t	p
TEMPISA – Depresif Mizaç	Normal	180	5,39±3,05	-1,580	0.122
	Bozulmuş yeme	34	6,58±4,20		
TEMPISA – Siklotimik Mizaç	Normal	180	6,72±4,60	-1,915	0.057
	Bozulmuş yeme	34	8,41±5,17		
TEMPISA – Hipertimik Mizaç	Normal	180	10,78±5,03	0,243	0.808
	Bozulmuş yeme	34	10,55±5,12		
TEMPISA – İrritabl Mizaç	Normal	180	3,48±3,49	-1,783	0.082
	Bozulmuş yeme	34	4,97±4,60		
TEMPISA – Anksiyöz Mizaç	Normal	180	6,16±5,46	-2,119	0.035
	Bozulmuş yeme	34	8,45±6,94		

t= Independent Samples Test; $p<0.05$

Tablo 15’te katılımcıların TEMPISA ölçek ve alt ölçek puanları YTT grupları açısından karşılaştırılmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı ile YTT grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TEMPISA alt boyutlarından “Anksiyöz Mizaç” puanı normallere kıyasla bozulmuş yemesi olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2,119$ $p=0.035$).

Tablo 16. TEMPISA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Ölçeğini yordamasına ilişkin Lineer regresyon analizi sonuçları

						%95CI	
	B	Std.Hata	Beta	t	p	Lower	Upper
Sabit	6,907	2,765		2,498	,013	1,457	12,358
TEMPSA – Depresif Mizaç	,236	,336	,068	,702	,484	-,426	,897
TEMPSA – Siklotimik Mizaç	,001	,227	,001	,005	,996	-,446	,449
TEMPSA – Hipertimik Mizaç	,150	,172	,067	,873	,384	-,189	,489
TEMPSA – İrritabl Mizaç	,029	,267	,010	,109	,913	-,497	,556
TEMPSA – Anksiyöz Mizaç	,261	,202	,132	1,295	,197	-,136	,659
	R = .18, R ² = .01, F = 1.499, p=0.192						

Tablo 16 incelendiğinde, TEMPSA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Ölçeğini yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre TEMPSA Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YTT Ölçeğini anlamlı düzeyde yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır (R = .18, R² = .01, F = 1,499, p=0.0192).

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

Bu çalışmada 18-65 yaş aralığında bireylerin yeme tutumu ve afektif mizaç özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bahsedilen ilişkiye ek olarak, olumsuz yeme tutumu ve afektif mizaç arasında bir ilişki olup olmadığı, ayrıca afektif mizacın bir aracı faktör olup olmadığı istatistiksel olarak araştırılmış ve değerlendirilmiştir. Bu kapsamda sağlanan veriler belirtilmiştir.

Katılımcıların %71,5'i (n=153) kadın, %28,5'i (n=61) erkektir. %31,8'i 18-25 yaş aralığında, %28'i 26-35 yaş aralığında, %23,8'i 36-45 yaş aralığında ve %16,4'i 46 yaş ve üzeridir. Yaklaşık yarısı (%46,3) lisans mezunudur. Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflamasına göre beden kitle indeksi değerlendirildiğinde %7'sinin zayıf, %57'sinin normal, %21,5'inin kilolu ve %14,5'inin obez grubunda olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %56,5'ini bekar bireyler, %43,5'ini evli bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların kendi kilolarını değerlendirmeleri incelendiğinde zayıf değerlendiren bireylerin katılımcıların %6,1'sini, normal değerlendirenlerin %55,6'sını, fazla kilolu değerlendirenlerin %29'unu ve şişman değerlendirenlerin %9,3'ünü oluşturduğu saptanmıştır. Katılımcıların %55,6'sı kilolarından memnunken, %44,4'ü kilolarından memnun değildir. Katılımcıların %42,1'i daha önce kiloları sebebiyle diyetisyene başvurmuşlardır. %13,6'sının (n=29) psikiyatrik tanı aldığı bildirilmiştir.

Katılımcıların YTT toplam puan ortalaması 11,74 bulunmuştur. YTT toplam puanı, YTT alt boyutlarından "Diyet" ve "Oral Kontrol" puanları kadınlarda erkeklerle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Kadınların Yeme Tutum Testinden daha yüksek puan alması literatürdeki araştırmaların sonuçlarıyla paralellik yansıtmaktadır. Yetişkin bireylerde yeme tutum ve farkındalığının değerlendirildiği, Kocaeli'de yapılmış bir araştırmanın sonuçlarıyla da uyumludur (Ayaz, 2021). Yine Kitiş (2019) ve Çok (2020) YTT ortalama değerleri açısından kadınların erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Erol ve ark. (2006) çalışmasının bulguları, bu araştırmanın bulgularına paralel olarak kadın öğrencilerde YTT puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. İstanbul'da 525 üniversite öğrencisi ile yürütülmüş bir araştırmada da YTT puan ortalamasının kız öğrencilerde erkek öğrencilerle kıyaslandığında daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Kadioğlu ve Ergün, 2015). Bu araştırmanın bulgusuna paralellik göstererek, Siyez ve Uzbaş (2006), Büyükgöze-Kavas (2007), Ünal ve ark. (2009), Oğur ve ark (2016)'nın üniversite öğrencisi katılımcılarla illettikleri araştırmaların

bulguları, kız öğrencilerde YTT puan ortalamasının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Modellerle yürütülmüş bir çalışmada, problemli yeme davranışının erkek katılımcılarla kıyaslandığında kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Brenner ve Cunnigham, 1992).

Katılımcıların yaş aralıkları ile YTT puanları açısından bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu literatürdeki birçok çalışmanın sonucuyla örtüşmektedir. Ünal ve ark (2009) ve Oğur ve ark (2016)'nın çalışmaları da yaş aralıkları ve YTT puanı açısından bir fark saptamamıştır. Yaş arttıkça yeme tutumu testi puan ortalamalarının azaldığını gösteren üniversite öğrencileriyle yürütülmüş bir araştırma da mevcuttur (Siyez ve Uzbaşı, 2006). Aynı zamanda yaş ilerledikçe yeme tutumunda bozulma görülme olasılığının arttığını ifade eden bir çalışmada vardır (Çok, 2020).

Bu çalışmada Erol ve ark (2002) farklı olarak katılımcıların BKİ'si ve YTT puanları açısından bir fark olmadığı gözlenmiştir. Kitiş (2019) ve Çok (2020) bu bulgulara benzer şekilde bir farklılık olmadığını araştırmalarında tespit etmişlerdir. Üniversite öğrencilerinin Yeme Bozuklukları eğilimlerinin saptanmasını hedefleyen bir araştırma da uyumlu şekilde BKİ ve YTT puanlarının farklılık göstermediğini göstermektedir (Oğur ve ark, 2016). Ancak Ünal ve ark (2009) yeme bozukluğu bulunma oranlarının normal kilolu öğrencilerde farklılaştığını belirlemiştir. Literatürde normalden zayıf olanların, YTT puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiş bir çalışmada mevcuttur (Siyez ve Uzbaşı, 2006). Kadioğlu ve Ergün (2015) ise hafif şişman ve obez grubu öğrencilerin, normal BKİ değerlendirilen öğrencilere kıyasla 2 kat, zayıf BKİ olanlara kıyasla ise 2,9 kat daha yüksek YTT toplam puanı saptamıştır.

Anksiyöz Mizaç kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde kadınların irritabl ve endişeli mizaç tipinde daha yüksek puan aldığı bir çalışma mevcuttur (Vahip ve ark, 2005). Başka bir çalışma, Anksiyöz, Siklotimik ve Depresif mizaç tiplerinden alınan puanların kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (Vazquez ve ark, 2012). Bu bulgular mevcut araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur.

Siklotimik Mizaç ve Anksiyöz Mizaç diğer gruplara kıyasla 18-25 yaş arasında daha yüksek bulunmuştur. Vahip ve ark (2005) yürüttüğü bir araştırma, yaş grupları arasında mizaç puanları açısından bir fark olmadığını göstermektedir.

Siklotimik Mizaç diğer eğitim durumlarına kıyasla lisans ve altında daha yüksek bulunmuştur. Siklotimik Mizaç evlilere kıyasla bekarlarda ve Hipertimik Mizaç bekarlara

kıyasla evlilerde daha yüksek bulunmuştur. Depresif Mizaç kilolarından memnun olmayanlarda daha yüksek bulunurken, Hipertimik Mizaç kilolarından memnun olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Depresif Mizaç, İritabl Mizaç ve Anksiyöz Mizaç psikiyatrik tanı almış katılımcılarda, tanısı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

YTT alt boyutlarından “Diyet” evlilerde bekarlara kıyasla, daha yüksek bulunmuştur. YTT alt boyutlarından “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” diğer kilo değerlendirmelerine kıyasla kendini şişman olarak değerlendiren katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. YTT toplam puanı, YTT alt boyutlarından “Diyet” ve “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” puanları kilolarından memnun olanlara kıyasla olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

YTT toplam puanı ve YTT alt boyutlarından “Diyet” ve “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” puanları beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurmuş olanlara kıyasla olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde daha bir diyetisyenden sağlıklı beslenme eğitimi almış katılımcıların YTT toplam puan ortalamalarının almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu saptamış bir çalışma mevcuttur (Ayaz, 2021). YTT toplam puanları değerlendirildiğinde bu araştırmanın bulgularıyla benzemeyen şekilde daha önce diyetisyene başvurmuş olanların ortalama değerlerinin diyetisyene başvurmamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamış bir çalışma mevcuttur (Kitiş, 2019). Bunun diyetisyenler tarafından sağlanan sağlıklı beslenme eğitimlerinin katı kurallar çerçevesinde yansıtılmasının etkisiyle olabileceği ileri sürülmüştür.

Çalışmanın sonuçları YTT toplam puanı ile Anksiyöz Mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca YTT alt boyutlarından “Diyet” puanı ile Anksiyöz Mizaç, Depresif Mizaç, İritabl Mizaç ve Siklotimik Mizaç ve arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir.

214 katılımcının 34’ünde (%15,8) Bozulmuş Yeme Tutumu olduğu tespit edilmiştir. Ünal ve ark (2009) bu oranı %14, Büyükgöze-Kavas (2007) %12,3, Çelikel ve ark (2008) sadece kadın öğrencilerle yürüttükleri bir çalışmada bu oranı %12,4 bulmuştur. Ayaz (2021) bozulmuş yeme tutumu oranını %14,6 olarak, Oğur ve ark (2016) ise %13,3 olarak tespit etmiştir. Bu oranların birbirlerine yakın oldukları, mevcut araştırmanın daha yüksek oranlı olumsuz yeme tutumu gözlediği tespit edilmiştir.

Literatürde katılımcıların %17'sinde olumsuz yeme tutumu tespit edildiği bir araştırma da mevcuttur (Uzun ve ark, 2006).

Bozulmuş Yeme Tutumu olan katılımcılarda Anksiyöz Mizaç daha yüksek bulunmuştur. Anoreksiya Nervoza'lı 147 hastanın katılım sağladığı, afektif mizaçların yeme psikopatolojisiyle ilgili olup olmadığının incelendiği bir araştırmada anksiyöz mizacın yeme psikopatolojisiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu mevcut araştırmanın bulgularıyla uyumludur. Ayrıca bahsedilen çalışmadaki katılımcılardan daha yüksek depresif ve anksiyöz mizaç özelliklerine sahip hastalar daha yüksek mevcut, daha düşük hayat boyu beden kitle indeksi belirtmişlerdir, depresif ve anksiyöz mizaç özellikleri ile Anoreksiya Nervozanın temel semptomlarının şiddeti arasındaki ilişkiye dair bir bilgi sağlayabileceği ileri sürülmektedir (Marzola, 2020).

Çalışmada öz-bildirim ölçekleri kullanılması bu çalışmanın limitasyonlarından biridir. Araştırmada saptanmış bulguların, nedensellikten ziyade ilişkisellik belirtmesi de sınırlılıklar arasında yer almaktadır.

BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya 18-65 yaş aralığında olan 153 kadın, 61 erkek olmak üzere 214 katılımcı gönüllü olarak dahil olmuştur. %31,8'i 18-25 yaş aralığında, %28'i 26-35 yaş aralığında, %23,8'i 36-45 yaş aralığında ve %16,4'i 46 yaş ve üzeridir. Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflamasına göre beden kitle indeksi değerlendirildiğinde %7'sinin zayıf, %57'sinin normal, %21,5'inin kilolu ve %14,5'inin obez grubunda olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %56,5'ini bekar bireyler, %43,5'ini evli bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %55,6'sı kilolarından memnunken, %44,4'ü kilolarından memnun değildir. Katılımcıların %42,1'i daha önce kiloları sebebiyle diyetisyene başvurmuşlardır. %13,6'sının (n=29) psikiyatrik tanı aldığı bildirilmiştir.

Bozulmuş Yeme Tutumu ile belli mizaç tiplerinin ilişkili olduğu hipotezi doğrulanmıştır. Anksiyöz Mizaç ve Bozulmuş Yeme Tutumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Anksiyöz Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı ilişki olduğu hipotezi doğrulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarından YTT toplam puanı ve YTT alt boyutlarından "Diyet" puanı ile Anksiyöz Mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu gözlemlenmektedir. Depresif Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı ilişki olduğu hipotezi de test edilmiş ve YTT alt boyutlarından "Diyet" puanı ile Depresif Mizaç arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu gözlemlenmektedir. Siklotimik Mizaç ve Yeme Tutumu arasında anlamlı ilişki olduğu hipotezi de test edilmiş ve YTT alt boyutlarından "Diyet" puanı ile Siklotimik Mizaç arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu gözlemlenmektedir. Bunlara ek olarak YTT alt boyutlarından "Diyet" puanı ile İritabl Mizaç da ilişkili olarak belirlenmiştir. Yeme Tutumunun demografik bilgiler çerçevesinde farklılık gözeticeği hipotezi test edilmiştir. YTT Toplam, "Diyet" ve "Oral Kontrol" alt boyutlarının cinsiyet açısından farklılaştığı tespit edilmiştir. Kadınlarda bu puanlar daha yüksektir. YTT alt boyutlarından "Diyet" ile medeni durum arasında ilişki saptanmıştır. Evlilerde daha yüksek gözlenmiştir. YTT alt boyutlarından "Bulimiya & Yeme Takıntısı" ile kilo değerlendirme arasında bir farklılık saptanmıştır. Kendilerini şişman olarak değerlendiren katılımcılarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. YTT Toplam puanı ve "Diyet" ve "Bulimiya & Yeme Takıntısı" alt puanı ile memnuniyet arasında farklılık bulunmuştur. Memnun olmayanlarda daha yüksek belirlenmiştir. YTT Toplam puanı, alt boyutlarından "Diyet"

ve “Bulimiya & Yeme Takıntısı” beden ağırlığı nedeniyle diyetisyene başvurmuş olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Yeme Tutumları ve Yaş, Eğitim Durumları, Beden Kütle İndeksi, Anne Eğitim Durumu, Baba Eğitim Durumu gibi sosyodemografik özellikleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yeme Bozukluğunun sıklığının artmakta olduğu ve etiyolojik faktörleri de göz önünde bulundurulduğunda hızlanarak artmaya devam edeceği düşünülmektedir. Ölüme kadar götürebilen ciddi sonuçlarla göze çarpan bu duruma müdahale etmek ve gerekli tedbirleri almak adına Yeme Bozukluğu’nu anlayışı arttırabilecek, iç görü sağlayabilecek herhangi bir çalışmanın değerinin günden güne daha da artacağı beklenmektedir.

Akiskal’ın afektif mizaç modeli ile yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması sebebiyle, bu modelin Yeme Tutumları ve Yeme Bozuklukları ile ilgili çalışmalarda kullanılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Günümüze kadar yürütülmüş çalışmalar tam anlamıyla yeterli olmamaktadır ve daha geniş kesimleri kapsayacak dizaynlarla taramaların yapılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Relapslar, tedavi programı sürecinde yüksek yıpranma oranları ve terapinin sağladıklarının ve geliştirilen davranışların sürdürülmesini sağlamak Yeme Bozukluğu alanında üzerinde çalışılmaya halen devam edilen noktalardır.

Gelecekte yeme bozuklukları ve mizaç ilişkisinin açıklanabilmesi için sadece Yeme Bozukluğu tanısı almış kişilerle çalışmasının literatürdeki çalışmaları ve bu çalışmanın sonuçlarını güçlendireceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- American Dietetic Association [ADA] (2001). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.*, 111(8), 1236-1241.
- American Dietetic Association [ADA] (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.*, 106(12), 2037-2082.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association
- Akiskal, H. S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand.*, 98(393), 66-73.
- Akiskal, H. S. & Akiskal, K. K. (2005). TEMPS: Temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders* 85(1-2), 1-2.
- Akiskal, H. S., Hantouche, E. G., Bourgeois, M. L., Azorin, J. M., Sechter, D., Allilaire, J. F., Lancrenon, S., Fraud, J. P. & Chatenet-Duchene, L. (1998). Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 175-186.
- Akiskal, H. S., Hantouche, E. G. & Allilaire, J. F. (2003). Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny expressions of soft bipolarity. *Journal of Affective Disorders* 73(1-2), 49-57.
- Akiskal, H. S., Akiskal, K., Allilaire, J. F., Azorin, J. M., Bourgeois, M. L., Sechter, D., Fraud, J. P., Chatenet-Duchene, L., Lancrenon, S., Perugi, G. & Hantouche, E. G. (2005a). Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 29-36.

- Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Sloan Manning, J. & Connor, P. D. (2005b). TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 3-16.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of an diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord.*, 59(1), 5-30.
- Arden, M. R., Weiselbert, E. C., Nussbaum, M. P., Shenker, I. R. & Jacobson, M. S. (1990). Effect of weight restoration on the dyslipoproteinemia of anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care*, 11(3), 199-202.
- Arıca, S., Arıca, V., Arı, M. & Özer, C. (2011). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5).
- Aslan, S. H. (2001). Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi. *Düşünen Adam*, 14(1), 41-47.
- Ayaz, A. (2021). 18-65 yaş arası bireylerin yeme tutumu ve farkındalığının araştırılması. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Baykara, B. & Karaköse, T. (2017). Kilo konuşmalarının psikolojik faktörler üzerindeki etkisi: Pilot çalışma. *Türk Aile Hek Derg*, 21(1), 26-33.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. & Herzog, D. B. Eating Disorders. *New England J Med.*, 340 (14), 1092-1098.
- Biller, B. M., Saxe, V., Herzog, D. B., Rosenthal, D. I., Holzman, S. & Klibanski, A. (1989). Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.*, 68(3), 548-554.
- Brenner, J. B. & Cunningham, J. G. (1992). Gender Differences in Eating Attitudes, Body Concept, and Self-Esteem Among Models. *Sex Roles*, 27(7-8), 413-437.

- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord*, 37(1), 52-59.
- Bulik, C. M., Sullivan P. F., Tozzi, F., Furberg H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305-312.
- Büyükgoze-Kavas, A. (2007). Eating Attitudes and Depression in a Turkish Sample. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 305-310.
- Cam Çelikel, F., Elbozan Cumurcu, B., Koç, M., Etikan, I. & Yücel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female collage students. *Compr Psychiatry*, 49(2), 188-194.
- Carmichael, K. A. & Carmichael, D. H. (1995). Bone metabolism and osteopenia in eating disorders. *Medicine*, 74(5), 254-267.
- Claes, L., Bijttebier, P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M. & Mueller, A. (2011). The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 50-55.
- Connors, M. E., Morse, W. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders: a review. *Int J Eat Disord.*, 13(1), 1-11.
- Çam, H. H. (2017). Ergenlerde Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve Ruhsal Semptomlarla İlişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 15(2), 96-105.
- Çok, G. (2020). Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nevroza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Deveci, E., Güvendeğer, D., Yektaş, Ç. & Doksat, K. (2016). Üniversite Öğrencisi Kızların Yeme Bozukluğu Tutumlarının Duygudurum Bozukluğu ile İlişkisi. *Anadolu Kliniği*, 21(2), 129-134.

- Devlin, M. J., Allison, K. C., Goldfein, J. A. & Spanos A. (2007). Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. J. Yager & P. S. Power. (Der.), *Clinical Manual of Eating Disorders* içinde (195-207). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- dos Santos Alvarenga, M., Baeza Scagliusi, F. & Tucunduva Philippi, S. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Percept Mot Skills.*, 110(2), 379-395.
- Ergüney-Okumuş, F. E. & Sertel-Berk, H. Ö. (2020). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Studies in Psychology*, 40(1), 57-78.
- Erol, A., Toprak, G. & Yazıcı, F. (2006). Psychological and physical correlators of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(5), 551-557.
- Fairburn C. G., Doll H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 55(5), 425-432.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39(2), 87-100.
- Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S. & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*, 16(6), 420-437.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 104(2), 122-130.
- Gois, C., Akiskal, H., Akiskal, K. & Luisa Figueria, M. (2012). Depressive temperament, distress, psychological adjustment and depressive symptoms in type 2 diabetes. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 1-4.
- Gönenir Erbay, L. & Seçkin, Y. (2016). Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.

- Grant, J. E., Won Kim S. & Eckert, E. D. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *Int J Eat Disord.*, 32(3), 291-300.
- Gürdal Küey, A. (2013). Psikanalitik Kuram ve Yeme Bozuklukları. B. Yücel, A. Akdemir, A. Gürdal Küey, F. Maner & E. Vardar (Der.), *Yeme Bozuklukları ve Obezite içinde* (59-65). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.
- Hantouche, E. G., Akiskal, H. S., Lancrenon, S., Allilaire, J. F., Sechter, D., Azorin, J. M., Bourgeois, M., Fraud, J. P. & Chatenet-Duchene, L. (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-side study (EPIDEP). *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 163-173.
- Hantouche, E. G., Angst, J. & Akiskal, H. S. (2003). Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders* 73(1-2), 39-47.
- Helverskov, J. L, Clausen L., Mors, O. Frydenberg, M., Thomsen, P. H. & Rokkedal, K. (2010). Trans-diagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *Eur Eat Disord Rev*, 18(6),453-463.
- Herzog D. B. & Eddy K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. J. Yager & P. S. Power. (Der.), *Clinical Manual of Eating Disorders içinde* (1-29). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Kadioğlu, M. & Ergün, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.
- Katzman, D. K. & Zipursky, R. B. (1997). Adolescents with anorexia nervosa: The impact of the disorder on bones and brains. *Ann N Y Acad Sci.*, 817(1), 127-137.

- Kaya, N. & Çilli, A. S. (1997). Anoreksiya Nervoza. *Genel Tıp Derg*, 7(2), 107-110.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. K., McConaha, C. W. & Bolton, B. (1993). Amount of calories retained after binge eating and vomiting. *Am J Psychiatry*, 150(6), 969-971.
- Kılıç, A., Güleç, M. Y. & Güleç, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22(5), 537-542.
- Kitiş, Ç. (2019). *Hastanelerin diyet polikliniklerine başvuran hastaların yeme tutumları ve yeme farkındalıklarının belirlenmesi*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Kovacs, D. & Palmer, R. L. (2004). The associations between laxative abuse and other symptoms among adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.*, 36(2), 224-228.
- Kreipe, R. E. & Birndorf, S. A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am.* 84(4), 1027-1049.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. & Melton L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.*, 26(4), 397-405.
- Maner, F. (2013). Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Görüşler. B. Yücel, A. Akdemir, A. Gürdal Küey, F. Maner & E. Vardar (Der.), *Yeme Bozuklukları ve Obezite içinde* (67-76). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.
- Marañon, I., Echeburúa, E. & Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12(4), 217-222.
- Maremmanni, I., Pacini, M., Popovic, D., Romano, A., Maremmanni, A. G. I., Perugi, G., Deltito, J., Akiskal, K. & Akiskal, H. (2009). Affective temperaments in heroin addiction. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 186-192.

- Marzola, E., Porliod, A., Panero, M., De-Bacco, C. & Abbate-Daga, G. (2020). Affective temperaments and eating psychopathology in anorexia nervosa: Which role for anxious and depressive traits? *Journal of Affective Disorders*, 266, 374-380.
- Mehler, P. S. (2003). Osteoporosis in anorexia nervosa: Prevention and treatment. *Int J Eat Disord.*, 33(2), 113-126.
- Mehler, P. S. & Krantz M. (2003). Anorexia nervosa medical issues. *J Womens Health*, 12(4), 331-340.
- Milos, G., Spindler, A. & Schnyder, U. (2004). Psychiatric Comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) Profiles in Eating Disorder Patients. *Can J Psychiatry*, 49(3), 179-184.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D. & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry.*, 142(4), 482-485
- Monteleone, P., Tortorella, A. Castaldo, E., Di Filippo, C. & Maj, M. (2007). The Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene is significantly associated with binge eating disorder. *Psychiatr Genet.*, 17(1), 13-16.
- Monteleone, P., Tortorella, A. Castaldo, E. & Maj, M. (2006). Association of a functional serotonin transporter gene polymorphism with binge eating disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.*, 141B(1), 7-9.
- Neeleman, J., Sytema, S. & Wadsworth, M. (2002). Propensity to psychiatric and somatic ill-health evidence from a birth cohort. *Psychological Medicine*, 32(5), 793-803.
- Norman, K. (1992). Eating Disorders. H. H. Goldmann (Ed.) *Review of General Psychiatry* içinde (327-338). Appleton & Lange.
- Ozier, A. D., Henry, B. W. & American Dietetic Association (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.*, 101(7), 810-819.
- Önal Sönmez, A. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Current Approaches in Psychiatry*, 9(3), 301-316.

- Öncü, B. & Sakarya, D. (2013). Yeme Bozukluklarında Özkıyım Davranışı. *Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 48-59.
- Öyekçin, D. G. & Şahin, E. M. (2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg*, 15(1), 29-35.
- Özenoğlu, A., Özdemir, A., Tecer, Ö., Balcı, H., Uğurlu, S., Tüzün Ş. & Uğur, M. (2008). Anoreksiya Nervosa Tedavisinde Ekip Yaklaşımı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23(2), 66-69.
- Pacini, M., Maremmani, I., Vitali, M., Santini, P., Romeo, M. & Ceccanti, M. (2009). Affective temperaments in alcoholic patients. *Alcohol*. 43(5), 397-404.
- Perçinel, İ., Yazıcı, K. U., Bilaç, Ö., Köse, S. & Özbaran, B. (2015). Anoreksiya Nervozalı Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Biliş. *Current Approaches in Psychiatry*, 7(2), 178-189.
- Perugi, G., Musetti, L., Simonini, E., Piagentini, F., Cassano, G. B. & Akiskal, H. S. (1990). Gender-Mediated Clinical Features of Depressive Illness the Importance of Temperamental Differences. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 835-841.
- Perugi, G., Maremmani, I., Toni, C., Madaro, D., Mata, B. & Akiskal, H. S. (2001). The contrasting influence of depressive an hyperthymic temperaments on psychometrically derived manic subtypes. *Psychiatry Res.* 101(3), 249-258.
- Perugi, G., Toni, C., Passino, M. C. S., Akiskal, K. K., Kaprinis, S. & Akiskal, H. S. (2006). Bulimia nervosa in atypical depression: the mediating role of cyclothymic temperament. *J Affect Disord.*, 92(1), 91-97.
- Perugi, G., Toni, C., Maremmani, I., Tusini, G., Ramacciotti, S., Madia, A., Fornaro, M. & Akiskal, H. S. (2012). *Journal of Affective Disorders* 136(1-2), 41-49.
- Perretta, P., Akiskal, H. S., Nisita, C., Lorenzetti, C., Zaccagnini, E., Della Santa, M. & Cassano, G. B. (1998). The high prevalence of bipolar II and associated cyclothymic and hyperthymic temperaments in HIV-patients. *J Affect Disord.*, 50(2-3), 215-224.

- Ramacciotti, C. E., Paoli, R. A., Ciapparelli, A., Marcacci, G., Placidi, G. E., Dell'Osso, L. & Garfinkel, P. E. (2004). Affective temperament in the eating disorders. *Eat Weight Disord.*, 9(2), 114-119.
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V. & Crow, S. J. (2005). A Comparison of Quality of Life in Obese Individuals with and without Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord.*, 37(3), 234-240.
- Robinson, E., Bachrach, L. K. & Katzman, D. K. (2000). Use of hormone replacement therapy to reduce the risk of osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *Adolesc Health*, 26(5), 343-348.
- Rock, C. L. (1999). Nutritional and Medical Assessment and Management of Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Care*, 2(6), 332-343.
- Rovai, L., Maremmani, A. G. I., Rugani, F., Bacciardi, S., Pacini, M., Dell'osso, L., Akiskal, H. S., Maremmani, I. (2013). Do Akiskal & Mallya's affective temperaments belong to the domain of pathology or to that of normality? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(15), 2065-2079.
- Rybakowski, J. K., Kaminska, K., Charytonik, J., Akiskal, K. K. & Akiskal, H. S. (2014). Temperamental dimensions of the TEMPS-A in females with co-morbid bipolar disorder and bulimia. *Journal of Affective Disorders*, 164(1), 90-93.
- Scumaci, E., Marzola, E., Abbate-Daga, G., Pellegrini, M., Ponzo, V., Goitre, I., Benso, A., Broglio, F., Belcastro, S., Crespi, C., D'Eusebio, C., De Michieli, F., Ghigo, E. & Bo, S. Affective temperaments and obesity: Is there an association with binge eating episodes and multiple weight cycling? *Journal of Affective Disorders*, 295(1), 967-973.
- Shinner, R., Buss, K., McClowry, S., Putnam, S., Saudino, K. & Zentner, M. (2012). What Is Temperament Now? Assessing Progress in Temperament Research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al. *Child Development Perspectives* 6(4), 436-444.

- Siyez, D. M. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 21-27.
- Siyez, D. M. & Uzbaş, A. (2006). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 44(1), 37-43.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 128(5), 825-848.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord.*, 22(4), 339-360.
- Sundgit-Borgen, J. (1994). Eating disorders in female athletes. *Sports Med.* 17(3), 176-188.
- Sysko, R., Walsh B. T., Schebendach, J. & Wilson, G. T. Eating behavior among women with anorexia nervosa. *Nutrition Research Newsletter*, 82(2), 296-301.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.) Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Toker, D. & Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Topçuoğlu, V. (2013). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Tedavisi. B. Yücel, A. Akdemir, A. Gürdal Küey, F, Maner ve E. Vardar (Der.) *Yeme Bozuklukları ve Obezite içinde* (261-272). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.
- Turan, Ş., Poyraz C. A. & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435.

- Uzun, O., Güleç, N., Özşahin, A., Özdemir, B. & Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comp Psychiatry.*, 47(2), 123-126.
- Ünalın, D., Öztıp, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. & Güneş, F. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 75-81.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered. *Int J Eat Disord.*, 34(4), 409-422.
- Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazıcı, O., Akiskal, K. K. & Akiskal, H. S. (2005). Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.*, 85(1-2), 113-125.
- Vardar, E. & Erzengin M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Varlık Özsoy, E. (2017). Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 254-264.
- Vazquez, G. H., Tondo, L., Mazzarini, L. & Gonda, X. Affective temperaments in general population: A review and combined analysis from national studies. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 18-22.
- World Health Organization WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. 2000 World Health Organization
- Wilfey, D. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 34(1), 96-106.
- Yalnızoğlu Çaka, S., Çınar, N. & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanlarda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-209.