



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK OLMAYAN ÖRNEKLEMDE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN

YEME TUTUMUNA ETKİSİ VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE

İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Ayla Nilgün KATIRCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İSTANBUL, 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK OLMAYAN ÖRNEKLEMDE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN
YEME TUTUMUNA ETKİSİ VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Ayla Nilgün KATIRCI

144102029

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İSTANBUL, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102029
Öğrenci Adı Soyadı	: Ayla Nilgün Katırcı
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Işıl Göğcegöz
Tezin Başlığı	: Klinik Olmayan Örneklemde Otomatik Düşüncelerin Yeme Tutumuna Etkisi ve Diğer Değişkenler İle İlişkisinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 20.07.2018	Saati	: 17.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Işıl Göğcegöz	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Semra Baripoğlu	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Özgül Gök	

YEMİN METNİ

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.

Tarih

.../.../.....

Ayla Nilgün KATIRCI

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, akademik desteği, rehberliği, örnek iletişim modeli ve anlayışlı yaklaşımları ile ihtiyaç duyduğum her anda bana yardımcı olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Işıl Göğcegöz'e,

Tüm Yüksek Lisans Eğitimim boyunca süreçte yaşadığım tüm zorluklarda yardım ve destek gösteren değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol'a,

Verilerin istatistik değerlendirmelerinde destek olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Selim Kılıç'a,

Yüksek lisans eğitimim ve birçok konuda sevgi, saygı, sabır ve samimiyeti, yegane dostluğu ile her zaman yanımda olan değerli meslektaşım Uzm. Klnk. Psikolog Lebriz Canpoyraz'a,

Yıllardır süregelen eğitimlerim, çalışmalarım ve tüm zorluklarımda her zaman yanımda olan, destekleyen, bana inanan anne ve babama, hayatımın her anına varlığı ile eşsiz anlamlar katan, tez çalışmalarım boyunca en büyük anlayış ve desteği gösteren, yakın gelecekte meslektaşım olmayı seçen, çok değerli oğlum Hazar Seymen'e

TEŞEKKÜRLERİMLE...

Ayla Nilgün KATIRCI

KATIRCI, Ayla Nilgün

Yüksek Lisans

İstanbul, 2018

ÖZET

KLİNİK OLMAYAN ÖRNEKLEMDE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN YEME TUTUMUNA ETKİSİ VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada; klinik olmayan ortamda 18 yaş üstü, yetişkinlerde “Bilişsel Davranışçı Terapi” kuramından yola çıkarak “yeme tutum ve bozukluklarının” oluşması sürecinde otomatik düşüncelerin etkisi ve bu etkilenme ilişkisinde depresyon ve anksiyete duygu durumlarının da bu ilişkisel döngüyü nasıl etkilediği, aynı zamanda da birbirleri arasındaki ilişkinin araştırılarak incelenmesi hedeflenmiştir. Elde edilen veriler ile yeme tutumlarının nedenlerinin ayrıştırılarak, birbirleri arasındaki etki ve ilişkilerin araştırılması amaçlanmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak, Yeme Tutum Testi (YTT), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde yaşayan, gönüllü katılım ile ulaşılabilen, farklı yaş, cinsiyet ve meslek gruplarındaki 18 yaş üstü, sağlıklı kadın ve erkekler ile toplam 149 kişiden oluşmuştur. Katılımcıların 105’ i kadın, 44’ ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,8 yıldır. Çalışma grubu için bulunan ortanca yaş 35 iken, en genç katılımcı 18, en yaşlı olanı 62 yaşındadır. Elde edilen veriler, SPSS istatistik programı ile, Kolmogorov Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis analizi, posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda “Yeme Tutum Testi” puanı ile diğer 3 ölçek puanı arasında pozitif, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ise “Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları ile pozitif yönde, orta, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korele bulunmuştur.

“Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları arasındaki korelasyon pozitif, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Ölçekler arasında en güçlü korelasyon “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ile “Beck Depresyon” puanı arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Tutumu, Otomatik Düşünce, Depresyon, Anksiyete



KATIRCI, Nilgün Ayla

Master's Degree

Istanbul, 2018

ABSTRACT

**ANALYZING THE EFFECT OF AUTOMATIC THOUGHTS ON EATING
ATTITUDES AND ITS RELATION WITH OTHER VARIABLES**

In this study; the effect of automatic thinking in the process of "eating attitudes and disorders" by starting from the theory of "Cognitive Behavioral Therapy" in healthy adults in the nonclinical environment over the age of 18 and how depression and anxiety emotional states affect this relational cycle in relation to this affect, investigated and investigated. It is aimed to investigate the effects and relations between causes of eating attitudes and causes of eating attitudes obtained in this process. Participants were assessed by the researcher using The Eating Attitude Test, The Automated Thinking Scale, The Beck Depression Scale, and The Beck Anxiety Scale. The sample of the study consisted of a total of 149 people, living in Istanbul province, accessible by voluntary participation, healthy men and women over 18 years of age, different sex and occupational groups. 105 of the participants are women, 44 are men. The average age of participants is 35.8 years. The median age for the study group was 35, while the youngest participant was 18 and the oldest was 62 years old. The datas were assessed by SPSS statistical program, Kolmogorov Smirnov test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis analysis, Posthoc Bonferroni corrected Mann Whitney U test and Spearman correlation test. Positive, weak and statistically significant correlations were found between the "Eating Attitude Test" score and the other 3 scale scores at the end of the study. The "Automatic Thought Scale" score was found to be statistically significant in the positive, moderate and good level with "Beck Depression and Beck Anxiety Scale" scores . The correlation between "Beck Depression and Beck Anxiety Scale" scores was also positive, moderate and statistically significant ($p < 0.05$).

The strongest correlation among the scales is between the "Automatic Thought Scale" score and the "Beck Depression" score.

Keywords: Eating Attitude, Automatic Thought, Depression, Anxiety



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımları.....	43
Tablo-2 Katılımcılara Ait Ölçek Puanları.....	51
Tablo-3 Cinsiyetlere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo-4 Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo-5 Katılımcılara Ait Otomatik Düşünce Alt Ölçek Puanları.....	53
Tablo-6 Katılımcıların Anksiyete Düzeylerine Göre Dağılımı.....	54
Tablo-7 Katılımcılara Ait Beck Anksiyete Alt Ölçek Puanları.....	54
Tablo-8 Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo-9 Katılımcıların Ölçek Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	56
Tablo-10 Katılımcıların Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Alt Ölçek Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	57
Tablo-11 Katılımcıların Depresyon Şiddetine Göre Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo-12 Katılımcıların Anksiyete Şiddetine Göre Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo-13 Ölçeklere Ait Bulunan Cronbach Alfa Katsayıları.....	60

KISALTMALAR

- YTT: Yeme Tutum Testi
ODO: Otomatik Düşünce Ölçeği
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği
BN : Bulimiya Nervoza
AN : Anoreksiya Nervoza



YEMİN METNİ	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM I	3
1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1 Yeme Tutumu Ve Bozuklukları	3
1.1.1 Yeme Tutumu.....	3
1.1.2 Yeme Bozuklukları.....	4
1.1.2.1 DSM-V-Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri ve Temel Özellikleri.....	5
1.1.2.1.1 Pika.....	5
1.1.2.1.2 Geri Çıkarma Geviş Getirme Bozukluğu.....	5
1.1.2.1.3 Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu.....	6
1.1.2.1.4 Anoreksiya Nervoza.....	7
1.1.2.1.4.1 Kısıtlayıcı Tür.....	8
1.1.2.1.4.2 Tıkınırcasına Yeme / Çıkarma Türü.....	8
1.1.2.1.5 Bulimiya Nervoza.....	9
1.1.2.1.6 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	10
1.1.2.1.7 Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	11
1.1.2.1.8 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	12
1.1.2.2 Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı.....	12
1.1.2.3 Yeme Bozukluklarında Nedenel Etkenler.....	13
1.1.2.3.1 Biyolojik Etkenler.....	13

1.1.2.3.2	Sosyokültürel Etkenler.....	15
1.1.2.3.3	Ailesel Etkenler.....	16
1.1.2.3.4	Bireysel Etkenler.....	17
1.1.2.4	Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanış.....	18
1.1.2.5	Yeme Bozukluklarında Eş Tanı.....	19
1.1.2.6	Yeme Bozukluklarında Ayırıcı Tanı.....	19
1.2 Kuramsal Yaklaşımlar		
1.2.1	Psikanalitik Kuram ve Yeme Bozuklukları.....	20
1.2.2	Kendilik Psikolojisi ve Yeme Bozuklukları.....	21
1.2.3	Aile Terapileri ve Yeme Bozuklukları.....	23
1.2.4	Hipnoterapi ve Yeme Bozuklukları.....	24
1.2.5	Bilişsel Davranışçı Kuram ve Yeme Bozuklukları.....	24
1.2.5.1	Otomatik Düşünceler.....	25
1.2.5.1.1	Yeme Tutum Bozukluklarında Görülen Bilişsel Çarpıtmalar.....	26
1.3	Yeme Tutum Bozuklukları Ve Diğer Değişkenler.....	27
1.3.1	Depresyon.....	27
1.3.1.1	Belirti ve Bulgular.....	29
1.3.1.2	Depresyon Tanısı.....	29
1.3.1.3	Depresyon Etiyoloji ve Prognozu.....	31
1.3.2	Anksiyete.....	32
1.3.2.1	Belirti ve Bulgular.....	34
1.3.2.2	Anksiyete Tanısı.....	34
1.3.2.3	Anksiyete Etiyoloji ve Prognozu.....	35
BÖLÜM II.....37		
2 YÖNTEM.....37		
2.1	Araştırmanın Modeli.....	37
2.2	Araştırmanın Problemi.....	37
2.3	Araştırmanın Amacı.....	37
2.4	Alt Problemler.....	38

2.5	Araştırmanın Hipotezleri.....	40
2.6	Araştırmanın Önemi.....	41
2.7	Sayıtlar.....	42
2.8	Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	43
2.9	Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	43
2.10	Veri Toplama Araçları.....	44
2.10.1	Yeme Tutum Testi (YTT).....	44
2.10.2	Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ).....	45
2.10.3	Beck Depresyon Ölçeği (BDO).....	47
2.10.4	Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	48
2.11	Verilerin Toplanması.....	49
2.12	Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
BÖLÜM III	.....	50
3 BULGULAR	.....	50
3.1	Betimleyici İstatistiksel Analizler.....	50
BÖLÜM IV	.....	61
4 TARTIŞMA VE YORUM	.....	61
4.1	Araştırma Bulgularını Tartışma.....	61
4.2	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	65
SONUÇ VE ÖNERİLER	.....	66

GİRİŞ

Yeme tutumları ve bozuklukları ile ilgili çağımızda gelişen fizyolojik ve psikolojik nedenlerden dolayı birçok araştırma yapılmış ve yapılmaktadır. Beslenme; doğum öncesi süreçte başlayan, yaşamın devamlılığını sağlayan “dürtüsel” bir ihtiyaçtır. Ancak bu dürtüsel ihtiyaç doğumla birlikte ilk olarak anne ve bebek arasında başlayan emme ve emzirme hareketi ile davranış sürecine girmektedir. Bu süreç, ilişki ile desteklenerek tekrarlılık ve süreklilik ile “tutum” şekline dönüşmektedir. Bu süreçte yaşanan deneyimler birçok kuram tarafından “erken dönem çocukluk, çocukluk, ergenlik adlandırmaları ile dönemsel olarak ayrılmakta ve bu dönemlerde edinilen deneyimler, tutumların kaynaklarına ulaşma noktası olmaktadır.

Bu noktalar Bilinçaltı kazanımlar olarak birçok duygu ve düşünce sürecinde farkındalık dışında işlemekte ve problemler, duygular, düşünceler ile baş etme yöntemi olmaktadır.

Bilişsel davranışçı kurama göre bu baş etme yöntemleri bilgi işleme sistemindeki peşin hükümlerle bilginin işlenmesi durumunda sorunları çözmek için yeterli stratejileri yaratmak yerine sorunun kendisi olduğunu vurgulamaktadır. Birçok psikiyatrik bozuklukta; depresyon ve anksiyete duygu durumlarında hastaların baş etme yöntemi olarak bilişsel çarpıtmaların varlığı ve kaçınma davranışları olduğu görülmektedir (Maner, Doç. Dr. Fulya, Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Kuram, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları cilt:4, Sayı:2 ,1999).

Bu çalışmanın amacı bireylerin “yeme tutumlarının” saptanması, bu tutumların şekillenmesi ve bozukluklarında kaynakların belirlenmesinde otomatik düşüncelerin nasıl etkili olduğunun ve bu etkilenme ilişkisinde depresyon ve anksiyete duygu durumlarının da ilişkisel döngüyü nasıl etkilediğinin incelenmesidir.

Bu incelemenin farklı kazanımları adına “bireylerin depresif ve anksiyöz duygu durumlarından kaçınma ve baş etme yöntemi olarak yeme tutum bozukluklarına maruziyetini” önlemek, bu maruziyetin geçici rahatlama sağlaması ile bir sonraki psikopatolojinin uyarıcısı olmasının engellenmesi adına önemli bir katkı olacaktır.

Bu araştırma ile ortaya çıkacak sonuçların yeme tutum bozukluklarının tedavisinde, iyileştirilmiş yeme tutumlarının kazanımında, yeme tutum bozukluklarının tespiti ile

anksiyete ve depresyon duygu durumlarının tespiti ve tedavisinde etkili bir kaynak olacaktır. Bu çalışmadaki anahtar kelimeler olan “yeme tutumları, otomatik düşünceler, depresyon ve anksiyete” ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır; ancak bu çalışmanın farklılığı bu değişkenlerin yeme tutumları ile bir arada incelenecek olmasıdır.

Zaman ve değişim açısından fonksiyonellik adına “Bilişsel Kuram ve Yöntemleri” birçok uzman tarafından gerek araştırma gerekse yeme tutumları ve bozuklukları, depresyon, anksiyete duygu durum bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır.

Bilişsel tekniklerin hasta ve probleme ulaşılabilirliğinin yanısıra bilişsel tekniklerde “Otomatik Düşünceler” ilk öncelik değişime en açık olan katmanlardır, kişinin belli bir durum üzerinde yaptığı anlık değerlendirmeleri içerir ve değişime daha açıktır (Türkçapar, Hakan.M, 2007). Yöntemin bu özelliği açısından zamansal olarak da ekonomik yararı söz konusudur.

Otomatik Düşünceler; bir fikre ve düşünceye dayanmaksızın kendiliğinden ortaya çıkar, bireyler tutumlarında ve ruhsal durumlarında duygularının takibindedir, düşüncelerinin farkında değildir. Bu farkındalık dışı problemlerli duygu ve düşünce durumundan kurtulabilmek için farklı bir kaçınma yöntemleri işlevsel olmayan, duygu, düşünce ve davranış döngüsüne girmektedir. Bu döngünün sonucunda birçok psikopatolojik durumda olduğu gibi yeme tutumlarında da psikopatoloji gelişebilmekte veya tedaviye rağmen relaps ile karşılaşılabilir.

Bu çalışmada Otomatik düşünce, anksiyete ve depresyon değişkenlerinin yeme tutumları konusunda bir arada inceleyerek ile psikopatolojik tetikleyici döngüyü relaps nedeni olarak ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

1.1 YEME TUTUMU VE BOZUKLUKLARI

1.1.1 Yeme Tutumu

Beslenme, yaşamın devamlılığını sağlayan dürtüsel bir ihtiyaçtır. Bu dürtüsel ihtiyaç doğumla birlikte ilk olarak anne ve bebek arasındaki psikolojik ilişki ile başlar; emme ve emzirme davranışı ile de beslenme sürecine girer. Bu şekilde başlayan yeme süreci, ilişki ile desteklenerek tekrarlılık, süreklilik kazanır. Birey tarafından öznelleşerek, kişinin takındığı davranış biçimi olarak “tutum” şekline dönüşür. Bu süreçte yaşanan deneyimler birçok kuram tarafından “erken dönem çocukluk, çocukluk, ergenlik adlandırmaları ile dönemsel olarak ayrılmakta ve bu dönemlerde edinilen deneyimler, tutumların kaynaklarına ulaşma noktası olmaktadır. Bu kaynaklar yetişkinlikte de “neden” olarak bilişsel ve davranışsal süreçlerin işleyişini etkilemektedir.

Kaynaklar nasıl olursa olsun tutum şeklinde yerleşmiş tekrarlı davranışlar her zaman sağlık kriterleri dahilinde olmamaktadır. Burada da söz konusu yeme tutumları olduğunda “yeme tutum bozuklukları” olarak tanım bulmaktadır.

Yeme davranışı; yaşam için gerekli olan açlık ve iştah duyumu tarafından uyarılarak güdülenmektedir. Açlık duygusu doğuştandır ve öğrenilmemiştir. İştah ise belirli yiyeceklere yönelik sergilenen bir arzu ve tutumdur; öğrenmelere ve koşullamalara bağlı olarak gelişmiştir. Normal koşullarda açlık ve iştah birlikte işlev gösterir. Bunlardan biri diğerini uyararak harekete geçirir ya da yavaşlatarak durdurur. Nadir durumlarda örneğin ölümle yüz yüze gelinen açlık anlarında ne yenileceğini belirlemede iştahın etkisi ortadan kalkabilir (örn. kannibalizm). Bazen de bunun tersine bazı durumlarda kişi hiç aç hissetmese de belirli yiyeceklere karşı aşırı iştah sergileyebilir ve bunlardan büyük miktarlarda tüketebilir (örn., gebelikte aşırma) (Dally, 1969).

Her ne kadar yeme davranışının açlık ve iştah tarafından güdülendiği bilinse de bunların yeme davranışının tek belirleyicileri olmadığı görülmektedir. Çok sayıda

karmaşık psikolojik ve fizyolojik faktörün yeme davranışına etki ettiği izlenmektedir. Bu faktörlerin en önemlilerinden biri kilo kontrolünün sağlanması isteğidir. İnsanlar bazen sağlık problemleriyle ilgili olarak kilolarını ve dolayısıyla da yemelerini kontrol altına almaya çalışmaktadır. Günümüzde kalp hastalıkları, yüksek kan basıncı, diyabet gibi pek çok ciddi rahatsızlığın kilo ile bağlantısına dikkat çekilmektedir. Diğer yandan insanları daha az yemeye ve kilo vermeye yönlendiren diğer belki de en önemli etkenin daha çekici bir beden görünümüne sahip olma ve bu yol ile de kendilik değerini yükseltme isteği olduğu da bilinmektedir. Altta yatan motivasyon ne olursa olsun insanların kilolarını kontrol etmek için çeşitli türden davranışlara başvurdukları izlenmekte, söz konusu tüm bu faktörlerin bir araya gelmesi ise yiyeceklere ve yemeye yönelik tutumların belirleyicisi olmaktadır.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde yeme tutumlarına yönelik çok sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi bu tez çalışması kapsamında işlevsel olmayan yeme tutumlarının otomatik düşünceler ile ilişkisi ve ilişkili değişkenler olan depresyon ve anksiyete temelinde değerlendirilecektir.

1.1.2 Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları beslenme ve beden algısı ile ilgili bireyin duygu, düşünce, anlamlandırma, yorumlama ve yiyecek tüketimi davranışlarındaki bozukluklardır (Maner,1999).

Yeme Bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı olan Beşinci Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metninde (DSM-V-TR; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) klinik tablo “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” olarak adlandırılmış ve daha önce kullanılan DSM-IV’te geçerli olan tanı ölçütleri değiştirilmiştir. Yeme bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metninde (DSM-IV-TR; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007) iki klinik tabloda tanımlanmıştı: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza. DSM-5 te ise tanı ölçütlerindeki değişikliklerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığında AN ve BN’yi de içeren temelde altı bozukluk tanımlanmıştır. DSM-IV-TR’de ilk tanısı Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde konan bozukluklar başlığında, tanımlanan pika, geniş getirme bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, DSM-5’te AN ve

BN ile birlikte tanımlanmıştır (Erbaş, 2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı da DSM-5 ile birlikte yeme bozuklukları tanı sınıflandırmasına girmiştir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

1.1.2.1 DSM-V-Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri ve Temel Özellikleri

1.1.2.1.1 Pika

A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme

B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

C. Bu yeme davranışı kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk), otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Temel Özellikleri:

Küçük çocuklarda ve hamile kadınlarda sık görülen “Pika” yiyecek olmayan maddeleri yeme davranışıdır. Nedeni tam olarak belirlenememekle birlikte çeşitli mineraller özellikle de demir eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (Morrison, 2016).

1.1.2.1.2 Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

A. En az bir ay süreyle, kişinin sık sık yediği yiyeceği geri çıkarması. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.

B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bu belirtiler başka bir bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Temel Özellikleri:

Kişinin yediği yemekleri midesinden, geriye dönük sağınım mekanizması ile yukarı getirerek tekrar çiğnemesidir. Bu işlem “ruminasyon” olarak da adlandırılmaktadır. Zürafa, geyik vb. hayvanların sindirim sisteminin normal bir parçasıdır. Genellikle bebeklik döneminde katı gıda ile beslenmeye geçiş sürecinde ortaya çıkmaktadır (Morrison, 2016).

1.1.2.1.3 Kaçınan /Kısıtlı yiyecek Alımı Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve /ya da erke (enerji) gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme, yiyeceklerin duysal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçları ile ilgili olarak kaygı duyma)

1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması)

2. Belirgin bir beslenme eksikliği.

3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma

4. Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi

B. Bu bozukluk ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.

D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da

bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

Temel Özellikleri:

Bireyin yeteri kadar yemek yiyememesi ve buna bağlı olarak kilo alamama ve kilo kaybı durumudur.

Bebeklik veya erken çocukluk döneminde yeme ile ilgili gelişen zorlantılı davranışların atlatılmaması; ebeveyn ile ilgili deneyimlerde ihmal ve istismara maruz kalınması, ebeveynin depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi psikopatolojileri neden olarak gösterilmektedir. (Morrison,2016)

1.1.2.1.4 Anoreksiya Nervoza

A. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu; kişinin yaşı, cinsiyeti gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Temel Özellikleri:

Anoreksiya Nervoza birçok kaynakta çağımızın hastalığı olarak geçmesine rağmen tıbbi olarak ilk kayıt 1869’ da Richard Morton tarafından “tedirgin beslenme” özellikleri görülen hasta bilgilerinin sunumudur.

Hastalığın üç temel ölçütü vardır;

-Bireyin kendisinden kaynaklanan, önemli derecede şiddetli açlık,

-Zayıflığa yönelik kontrol edilemeyen dürtü ve/veya şişmanlamaya yönelik şiddetli korku,

-Şiddetli açlığın neden olduğu tıbbi belirti ve bulgular (Öyekçin, Şahin,2011)

Anoreksiya Nervoza sözcük anlamı olarak tedirginliğin, kaygının neden olduğu iştahsızlıktır. Ancak bu tanımlama ile vurgulanmak istenen iştahsızlık durumu değil, neden olan duygu durumu, kaygıdır. Anoreksiya Nervoza hastalarında yoğun bir kilo alma korkusu, şişman olduklarına dair çarpık bir benlik algısı ve düşük beden ağırlığının korunmasının bile reddedildiği görülür (Butcher, Hooley, Mineka, 2001).

Hastalar gıda alımını dikkat çekecek ölçüde kilo verene kadar azaltır ve bu davranışı ile kilo alma korkularını kabul etmezler, içgörü yoktur. (Morrison, 2016).

Hastanın kilo alma korkusu gerçekte kilo yitimi olmasına rağmen artarak devam eder. Kendine güven, benlik saygısı vücut ağırlıklarına ve vücut biçimlerine bağlıdır (Köroğlu,2009).

1.1.2.1.4.1 Kısıtlayıcı Tür

Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümüleri tanımlar.

Temel Özellikleri:

Hastaların, klasik gıda alımı oldukça az, kompulsif derecede hareketlilik mevcuttur. (Öyekçin, Şahin, 2011). Bu alt türde tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışı görülmez.

1.1.2.1.4.2 Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Türü

Kişinin son üç ay içerisinde yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Temel Özellikleri:

Birçok kişinin aynı koşul ve zaman içinde yiyebileceği miktardan çok daha fazla yemeği kontrolsüz bir şekilde tüketmesidir. Bu tıknıma şeklinde yenilen yemeğin hemen ardından onu bedenden çıkarma çabaları oluşabilir. Bu çıkarma yöntemleri sıklıkla kendini kusturma, müshil veya lavman kullanımı şeklindedir (Butcher, Hooley, Mineka, 2013).

1.1.2.1.5 Bulimiya Nervoza

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeği durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirilmesi, vücut biçimi ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Temel Özellikleri:

BN da hastanın tıknırcasına yeme, kilo almamak için kendi kendini kusturma ve aşırı düzeyde egzersiz gibi uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunması ile tanımlanır (Butcher, Hooley, Mineka, 2001).

Kontrol dışı yeme davranışlarından dolayı utanç duydukları için gizlice ve tek başlarına yemek yerler, tıkinma davranışından hemen sonra çıkarma ödünleyici davranış gerçekleşir. Hasta tıkinma dönemi dışında kalan zamanda kalori alımını kısıtlar ve yiyecekleri aşırı düzeyde denetler.

Kendilik algısı; beden şekli ve nasıl görüldüğü ile ilgili olmasından ötürü AN Hastalarına benzerler. Ayırıcı nokta ise şişman olmasa da şişman olduklarına dair çarpık görüşlerinin olmamasıdır (Morrison, 2016).

1.1.2.1.6 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede yeme) yeme
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeği durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az bir haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yem, yalnızca bulimiya nervozaya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

1.1.2.1.7 Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

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

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

1. Değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza: Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.

2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir kereden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.

3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kereden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.

4. Çıkarma bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma iç sürdüren ilaçların, idrar söktürücü ilaçların ya da başka ilaçların başka yere kullanımı)

5. Gece yemek yeme bozukluğu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntı ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu

ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaz.

1.1.2.1.8 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

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

1.1.2.2 Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı

Yeme bozuklukları konusunda tüm dünyada toplumların bilgilendirilmesi ve tedavi arayışına giren hastaların çoğalması ile yeme bozukluklarının görülme sıklığında artış olduğu gözlenmektedir (Maner, 2001).

Amerika’ da yapılan geniş toplum temelli yaygınlık tahminleri çalışmasında da anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda sırasıyla %0.9, %1.5, ve %3.5; erkeklerde ise %0.3, %0.5 ve %2 olarak bulunmuştur (Öztürk, Uluşahin 2015). Yaygınlık tahminleri çalışmalarında bulunan en yaygın yeme bozukluğu biçimi tıknırcasına yeme bozukluğudur. Topluluk bazlı Ulusal Eş Zamanlı Hastalık Taraması tahmin sonuçlarına göre tıknırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyunca görülme sıklığı kadınlarda %3.5, erkeklerde %2’dir. Obezlerde ise tıknırcasına yeme bozukluğu yaygınlık aralığı %6,5-8 aralığındaki sonuç ile daha yüksek orandadır. Yine Ulusal Eş Zamanlı Hastalık Taraması tahmin sonuçlarına göre, bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlık oranı kadınlarda %1.5, erkeklerde ise %0.5’dir. Anoreksiya ve bulimiya nervoza hastalarının %75’inde tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastaların da %50’sinde başlangıç yaşlarının 22 yaşından önce, sıklıkla ergenlik döneminde olduğu da saptanmıştır (Öztürk, Uluşahin, 2015).

Yeme bozukluklarına zayıflığın bir ideal beden imajı olarak algılandığı endüstrileşmiş, modern toplumlarda, üst gelir düzeyinde daha sık rastlandığı ifade edilmektedir. Sosyokültürel farklılıklar da yaygınlık açısından görülen oransal artışlarda etkili olmaktadır. Yaygınlık sonuçlarının ülkelere ve kullanılan araştırma yöntemine bağlı olarak farklılık gösterdiği de belirtilmektedir (Erbaş, 2015).

Ülkemizde yapılan yeme bozuklukları yaygınlık araştırmalarında, Edirne' de ergenler ile yapılan bir çalışmadaki sonuçlar; genel olarak yeme bozukluklarında nokta yaygınlık oranı %2.3, ergen kızlarda %4 oranında bulunmuştur. Sivas ilinde 18-44 yaş aralığında yetişkinlere uygulanan bir çalışmada ise yeme bozuklukları nokta yaygınlık oranında sonuç %1.5 olarak bulunmuştur (Öztürk, Uluşahin 2015). Yeme bozuklukları konusunda ülkemizde yapılan çalışmalarda yaygınlık oranı tespit ve değerlendirilmesi, yaş ve cinsiyetler arası görülme oranları bakımından yurt dışı çalışma sonuçları ile büyük ölçüde paralellik olduğu görülmektedir (Erbaş,2015).

Yapılan birçok araştırmada yeme bozukluklarındaki yaygınlık oranlarında genel olarak artış olduğu belirtilmektedir. DSM-5'te yapılan değişiklikler de yaygınlık oranlarındaki artış bilgilerini desteklemektedir. DSM-5 ölçütlerinin araştırmalarda; bulimiya nervoza tanısının yaygınlık oranında %30 artış ile, anoreksiya nervoza tanısının sıklık ve yaygınlık oranında da sonuçların önceki verilere göre iki kat arttığı belirtilmiştir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

1.1.2.3 Yeme Bozukluklarında Nedensel Etkenler

Yapılan araştırmalar sonucunda yeme bozukluklarının oluşumu ile ilgili tek bir nedenin etken olmadığı görülmektedir. Bu etkenler kendi içlerinde de ayrılabilir olması ile birlikte temel olarak üç ana başlık altında gruplanmaktadır. Bunlar; Biyolojik etkenler, sosyokültürel, ailesel ve bireysel etkenler olarak sıralanmaktadır.

1.1.2.3.1 Biyolojik Etkenler

Genetik etkenler yeme bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalardaki en önemli konuların başında gelmektedir. Bunun en temel nedeni olarak da yeme tutumlarında ailede birden çok bireyde bozukluk eğilimi görülmesidir. Bu konudaki ilk sistemli araştırma

Gershon ve arkadaşları tarafından anoreksiya nervoza hastaları ve onların birinci derece akrabaları ile yapılmıştır. Sonuç olarak hastaların akrabalarında %2 oranında anoreksiya nervoza, %4 oranında da bulimiya nervoza saptanmıştır (Kuruoğlu,200). Yakın zamanda yeme bozuklukları ile ilgili yapılan önemli ve geniş kapsamlı bir çalışmada da anoreksiya nervoza hastalarının yakın akrabalarında bu bozukluğun görülme risk oranı hastalısız kontrol grubunun akrabalarında görülme risk oranlarından 11,4 kat daha yüksek olarak sonuçlanmıştır (Butcher, Mienaka, Hooley, 2013).

Yeme bozukluklarında ailesel genetik geçişlerin araştırılması amacı sıklıkla ikizlerle çalışılmaktadır. İkizlerle yapılan anlamlı çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde eşhastalanma oranı %29-50 olarak sonuçlanmış, çift yumurta ikizlerinde eşhastalanma durumu görülmemiştir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

Yeme bozuklukları ile ilgili araştırmalarda genetik yatkınlıklar konusunda yapılan çalışmalarda; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastaların akrabalarında yüksek oranda majör depresyon tanısına da rastlanmıştır; risk olarak da obsesif-kompulsif bozukluk ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olduğu görülmüştür. Bulimia nervoza hastalarının akrabalarında da yüksek oranda alkol ve uyuşturucu bağımlılığı risk yatkınlık değerlerine rastlanmıştır (Butcher, Mienaka, Hooley, 2013).

Yeme bozukluklarının biyolojik nedenleri konusunda yapılan araştırmalarda üzerinde durulan bir diğer önemli konu da merkezi sinir sistemidir. Gastrointestinal sistemden gelen tokluk ve metabolik işleyiş uyaranları beyin sapı ve hipotalamusta bulunan homeostatik sistem tarafından dengelenir. Sürücü sistem olarak mezolimbik korteks ve striatumda dağılan uyaranlar beslenme ile ilgili yemek bulma, yeme-ödül (haz) dengesini düzenler. Özdengelenim sistemi ile de iştahın yukardan aşağıya değeri, anlamı ve amacı kontrol edilir (Erbay ve Seçkin, 2016). Bu sistemik düzenekte aksama olduğunda yeme bozuklukları da sinir sistemi odaklı gerçekleşmektedir.

Son yıllarda önemi artan nörobilim çalışmaları yeme bozuklukları üzerine de yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar özellikle anoreksiya nervoza vakalarında beyinde açlık ve kilo vermeye bağlı oluşan yapısal ve işlevsel değişiklikler ve bilişsel bozukluklar ile birlikte hastalara ait nörolojik özellikleri de belirlemeye yönelmiştir. Hastalıkta farklı dönemlerdeki bireylerin beyin işlevlerinin nöropsikolojik ölçüm sonuçları ile sağlıklı kabul edilen kız kardeşlerinin nöropsikolojik ölçümleri ve işlevsel beyin görüntüleme

sonuçlarının karşılaştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır. Hastalık tanısı alan bireylerin akut dönem sonrasında da beynin limbik sistem, frontal alan, oksipital, striatal ve serebellar bölgelerinde sürmekte olan işlevsel bozukluklar tespit edilmiştir. Bu sonuçlara yakın ve benzer bulgulara hastalık tanısı almamış kardeşlerde de rastlanmıştır (Öztürk, Uluşahin, 2015).

Yeme davranışını oluşturan öğeleri anlama ve araştırma sürecinde hormonal işleyişin de etkileri oldukça büyüktür. Hormonların üreme, büyüme ve yağ yakma sistemindeki işleyişleri üzerine birçok çalışma ve kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklara dayanarak açıklanması gerekli olan temel hormonlar ve merkezi sinir sistemi arasındaki ilişki hipotalamus-leptin-ghrelin eksenini, hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi eksenini, hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini olarak sınıflandırılabilir. Hipotalamusta bulunan leptin reseptörleri enerji depolarının yeterlilik derecesine ait sinyalleri alarak vücuda doygunluk hissini verir ve açlık hissini yaratan gherilin salınımı baskılanır (Akdeniz, 1999). Hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi ekseninde fazla çalışma durumunda özellikle anoreksiya nervoza hastalarında vücuttaki kortizol salınımının yükselmesi ile etkileşim görülmektedir. Hipotalamus-hipofiz-tiroid ekseninde de yien tiroid bezinin fazla çalışmasında metabolizmanın yağ yakımında hızla artma ile anoreksiya nervoza, tersi durum olan tiroid bezinin az çalışması durumunda da yağ yakımının hızında azalma ile obezite durumları görülmektedir. Bu etkiler ve benzer durumlar over-testis, adrenal bezi hormonları ile de ilişkilenebilir ve görülmektedir (Akdeniz, 1999).

1.1.2.3.2 Sosyokültürel Etkiler

İnsanlığın varoluşundan itibaren besin ve beslenme, var olabilme yaşamda kalabilme telaşı ve çabasıyla dolaylı olarak zorunlu, dürtüsel bir ihtiyaçtır. Bu yaşam kaynağı insanların sosyal yapıları ve bu yapıların birbirleri ile ilişkiler kurması ile kültürel özellikler kazanmıştır. Bu özellikler olumlu olumsuz birçok anlamda da kültürlerin birbirlerinden etkilenmelerine neden olmaktadır. Tarih kaynaklarına bakıldığında baharat yolu, coğrafi kesifler gibi geniş global etkiler de görülmektedir.

Günümüzde modernizm anlayışı, belli ölçütlere göre ilerlemiş kabul edilen ülkelerin toplumsal etkileri de artarak devam etmektedir. Bu etki şüphesiz uluslardan toplumlara ve bireylere ulaşmaktadır (Standage, 2016).

Bu etkinin temeli olan özellikle zayıflığın “kültürel bir idealizme” dönüşmesi 1960’lı yıllara dayanmaktadır. Özellikle moda dünyasında zayıflığa dikkatlerin çekilmesi önemli bir sosyal etki olmaktadır. Ayrıca zayıf bedenlere verilen anlamlar, toplumsal onaylar, cinsel çekicilik atıfları gibi tutumlar da özellikle genç kadın ve ergenlerde baskı niteliğinde etkiler yaratmaktadır (Öyekçin, Şahin, 2011).

Thomas Szasz’a göre de yeme bozuklukları psikiyatrik değil, sosyal politik sorunlardır. Kadınların mutfaktaki aktiviteleriyle kendi bedenleri ile ilişki kurduklarını, sosyal ilişkileri de yemek yolu ile kontrol ettiklerini savunur (Sarımurat, Baydemir, 1999).

1.1.2.3 Ailesel Etkenler

Anoreksiya nervoza hastalarının tedavilerinde ailelerde de düzenli olarak hastalık tanılarının görülmesi nedeni ile hastaların tedavi planlarına aile terapilerini de eklemek gereği birçok klinisyen tarafından önemle vurgulanmaktadır (Butcher ve arkadaşları, 2013).

Ailenin beslenme alışkanlıkları yeme tutumu, obezite, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar, bağımlı ilişkiler, ailenin problem ve çatışma çözme, duygusal baş etme becerilerinin zayıf olduğu durumlarda risk faktörleri olmaktadır.

Yapısal aile terapisi temsilcilerinden Salvador Minuchin özellikle anoreksiya nervoza tanısı almış kız çocuklarında hastalık öncesi aileler ile yapılan görüşmelerde; ailelerin çocuklarını tanımlarken, beklentilerini karşılayan, öfke ve isyan tepkileri göstermeyen, uysal uyumlu çocuklar ifadelerini kullandıklarını belirtmiştir. Bu ailelerdeki model annelerin kendilerini aile ve çocuklar için feda eden, bağımlı, tutucu, benlik saygısı düşük bayanlar olduğunu savunmaktadır.

Minuchin’e göre bu ailelerin en temel özellikleri, ailede bireysel sınırların olmadığı, değişime kapalı karmaşık iletişim kalıplarının varlığı, aşırı koruyucu ebeveyn tutumları, esnemeyen kurallar, problem çözmekten kaçınma, çatışmaları saptırma davranışlarıdır. Bu ailelerde üyeler değil bütünlük önemlidir. Minuchin özellikle gözlemlediği bu ailelerdeki kız çocuklarının bedenlerini kendilerinin değil, tüm aileye aitmiş gibi algıladığını, bu algıdan ötürü de yeme reddi davranışlarının aile içinde bağımsızlık, bireysellik çabası olduğunu savunmaktadır (Sarımurat, Baydemir, 1999).

Bir başka aile terapisti Humphery, çalıştığı ailelerde bulimik hastaların ailelerin ilişkilerinde empati ve desteğe ait doyurulmamış gelişimsel bir açlık olduğunu bu nedenle kusma davranışının birbirlerine karşı hissettikleri öfke, düşmanlık, ret ve engellenmenin açıkça dışa vurumu olduğunu savunmuştur (Sarımurat, Baydemir, 1999).

1.1.2.3.4 Bireysel Etkenler

Toplumsal olarak zayıflığa önem vermek, onaylamak tek başına yeme bozuklukları için yeterli neden değildir. Böyle bir anlamın geçerli neden olabilmesi için bireysel yatkinlikler da önemlidir.

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranlarına bakıldığında kadınlarda bu oranın daha yüksek olması, bireysel nedenler konusunda cinsiyet konusunun önemli olduğunu göstermektedir.

Jacobi ve arkadaşları, kadın olmanın anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gelişiminde önemli bir risk nedeni olduğu ve ergenlik döneminde başladığı görüşünü savunmuştur. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ise bu örüntü dışında, ergenlik sonrası dönemde başladığı, erkeklerde daha yaygın olduğu görülmüştür (Butcher ve arkadaşları, 2013).

Yeme bozuklukları konusundaki bireysel risk etkenlerinden en önemlilerinden biri de “mükemmeliyetçilik” konusudur. Her şeyin, tam ve doğru olması gerekliliğini bir ihtiyaç olarak yaşayan bireyler, mükemmel beden algısı ideali ile zayıflama ideali geliştirir ve buna bağlanırlar. Bu sistem daha sonra tıkınırcasına yeme-çıkarma döngüsü ile katı bir diyet yapma davranışı ile bulimiya nervoza hastalığını geliştirir (Fairburn, Harrison, 2003).

Bireylerin kendileri ile olan ilişkilerinde beden algısı ve bu konuda geliştirilen düşünce ve duygular da patolojik yeme davranışında önemli bir etkindir. Toplumsal algılar bireylerin beden algısının oluşumunda rol model ilişkisinde işlemektedir. Toplamların ideal olarak gösterdiği özellikler, bireylerin kendilik algısında etkili olmakta ve bu yönde hastalık oluşabilmektedir. Çocuk yaşlarda başlayan bu çarpıtılmış model algısında oyuncaklar etkili bir uyarı başlangıcıdır. Oyun ile başlayan simgeleştirme, imajları somutlaştırma sürecinde çocukların bu oyuncaklardaki mükemmel beden yapısını temsili olarak algılayıp yansıttıkları kişiler ve kendileri ile eşleştirerek bu patolojik ilişkiyi kurabilmektedirler.

Yeme bozukluklarında bireysel etkenler arasında; nedeni ve başlangıcı hayatın hangi döneminde ve nasıl olursa olsun, bireyin duygu ve düşünce şekilleri de yeme davranışında patoloji gelişiminde önemlidir. Bireyin olumsuz duygulanımda “kendini kötü hissetme” durumunda kendilik algısı, beden imajı ile ilişkisi de olumsuz etkilenmektedir.

Fairburn ve arkadaşları çalıştıkları birçok vakada olumsuz benlik algısı ile bilişsel çarpıtmaların (şişmanım, çirkinim, kimse beni beğenmez gibi) döngüsel etkileri olduğunu belirtmiştir. McCarthy de tıknırcasına yeme davranış nedeni olarak dikkatin olumsuz duygulardan kaçırılması olarak tanımlamıştır (Butcher ve arkadaşları, 2013).

Yeme bozukluklarında çocukluk dönemindeki yaşantıların da bireysel etkenler açısından önemlidir. Birçok hastada yeme tutumunun geliştiği dönemleri anlamak amacı ile erken dönem yaşantılar konusunda öykü alınması gerekli olmaktadır.

Öztürk çalışmalarında, anoreksiya nervoza hastalarında çocukluk döneminde “cinsel taciz” öyküsünün sıklığından bahsetmektedir. Geç başlangıçlı olarak tanımladığı (25 yaş üstü) hastalarda belirtilerin başlamasından önce sıklıkla cinsel travmalar konusunda olumsuz yaşantıların görüldüğünü belirtmiştir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

Johnson ve arkadaşları da ileriye dönük bir çalışma ile cinsel taciz veya fiziksel ihmal yaşayan çocukların ergenlik ve yetişkinlik döneminde yeme tutum bozuklukları geliştirme konusunda risk oranlarının yüksek olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır (Butcher ve arkadaşları, 2013).

1.1.2.4 Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanış

Yeme bozukluklarının tedavisinden sonra uzun süreli izleniminde hastaların %25 - 40 oranında sonuç normal yeme, tıknıma ve kusma olamadan duygusal durumun da iyiliği görülmüştür. Bu oranın dışında kalan hastalarda ise beden imajı algısındaki bozukluk, yeme davranışlarındaki anormallik belirtilerinin de devam ettiği görülmüştür. Tedavi konusundaki gidiş ve sonlanış sonuçlarının kötü olduğu hastalarda tedaviye hastalık

süresinin çok uzamasından sonra başlanması ve kişilik bozukluklarının eş tanı olarak tespit edildiği neden olarak gösterilmiştir (Maner,2001).

Bir başka çalışmada yataklı tedavi gören anoreksiya nervoza hastalarının tedavi sonrasında iyi bakım almadıkları durumda ölüm oranlarının yüksek olduğu, %19 oranına kadar yükselebildiği ifade edilmiştir. Bununla beraber yatış olmayan ayaklı tedavi ile grup ve aile terapilerine de katılan hastalarda izlenen 10-15 yıl içinde ölüm vakası görülmemiştir. Tedavi sonrasında 30 ay boyunca izlenen vakalarda %42 oranında tam iyileşme, %72 sinde kısmi iyileşme görülmüştür. Birçok çalışmada hastalığın gidiş ve sonlanışının hastalık ile birlikte görülen psikiyatrik eş tanı ile de ilişkili olduğu savunulmaktadır (Öyekçin ve Şahin, 2011).

1.1.2.5 Yeme Bozukluklarında Eş Tanı

Yeme bozukluklarında psikiyatrik eş tanıya sıklıkla rastlanmaktadır. Bunların içinde; narsisistik, histriyonik, sınır ve antisosyal kişilik bozuklukları ile majör depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar, madde bağımlılığı, en sık görülen eş tanılardır (Maner, 2001).

Yaygınlık çalışmalarında ise ergen ve yetişkinlerin izlenmesi durumunda bipolar bozukluk ile anoreksiya nervoza hastalığı birlikte sıklıkla görülmüştür (Öyekçin ve Şahin, 2011).

1.1.2.6 Yeme Bozukluklarında Ayırıcı Tanı

Yeme bozukluklarında eş tanı içinde en sık görülen majör depresyon hastalığında iştahsızlık, kilo kaybı görülür, fakat hastanın beden imajındaki algısı bozulmamıştır. Obsesif kompulsif bozuklukta kompülsiyon olarak tıknama davranışı görülebilir ancak hastanın bu tıknamalarda kilo alma korkusu yoktur ve burada da hastanın beden imajında algı bozukluğu görülmez (Maner, 2001).

Eş tanıları ile yeme bozukluğu tanısı zamansal açıdan da ayırıcı tanı durumu için önemlidir. Yeme bozukluğu başladıktan sonra hastalarda depresif duygu durumu görülmekle birlikte depresyonda hasta önce duygu durumunda isteksizlik başladıktan sonra

iştahsızlık yaşamaktadır. Benzer durum anksiyete bozukluğunda da görülmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

1.2. Kuramsal Yaklaşımlar

1.2.1 Psikanalitik Kuram ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarına ait ilk psikanalitik açıklamalar 1930 yılında başlamıştır. Açıklama ve çalışmaların konusunda odak noktası yeme davranışları ve çıkarma olmuştur. Açıklamaların temeli genel olarak Freud'un "organizmanın cinselliği kontrol etme konusundaki yetersizliği ve bozulmuş beslenme dürtüsü" kuramına dayanmakta idi.

Oberholzer'in yeme bozukluklarına ait ilk psikanalitik makalesinde 13 yaşında, takibi 6 yıl süren bir kız çocuğunun psikanalitik tedavisi ve sonuçlarının tartışılması konusunu yer almaktadır. Bu çalışmada "yemekten tiksinen, açlık duygusunu kaybetmeye bağlı yeme reddi davranışı tanısı alan bir kız çocuğunun durumu; baba ile olan ilişkisinde saplanma, babadan çocuk sahibi olma isteği ile açıklanmıştır. Hastanın klinik tablosu, içsel olarak erkek olma arzusu ile babadan çocuk sahibi olma arzusu arasındaki çatışmadan kaynaklandığı şeklinde açıklanmıştır. 1940 yılında bu açıklama Deutsch ve Kaufman tarafından kompulsif bir şekilde yemek yiyerek hamile kalma ve sonrasında suçluluk duygusu ile gıda reddi şeklinde yeniden yorumlanmıştır. Bu çalışmada ayrıca, anoreksiya nervoza cinselliğin reddedilmesi olarak açıklanmıştır (Akyüz, 1999).

Psikanalitik kuramla yeme bozukluklarını anlamak ilk dönemlerde gıdanın sembolik anlamlarını belirlemek üzere yapılandırılmıştır. 1970'lerde modern psikanalitik çalışmalarda ise sembolik anlamlardan uzaklaşarak ebeveyn çocuk ilişkisine odaklanılmıştır (Akyüz, 1999).

Bruch yeme bozukluğu hastalarının erken dönem anne çocuk ilişkisinde bebeklik ihtiyaçlarına anneleri tarafından uygun yanıt alamadıkları görüşünü savunmuştur. Anne bebeğin her türlü kaygısına onu besleyerek yanıt vermiştir. Bu şekilde beslenme süreci ile haz ve doyum yaşanmaz, anne sadece mekanik şekilde çocuğu beslemektedir. Bebek açlık tokluk ve diğer huzursuzluk nedenleri arasındaki ayırım ilişkisini kuramadan büyür. Bedensel duyular ile duygusal deneyimler arasındaki farkı ayıramaz. Bu durum özellikle ergenlik döneminde beden algısının bozulmasına neden olur. Beden algısı bozulmuş ergen

bedensel arzularını anlayamaz, doyuramaz, ve bu arzuları oral dürtüler ile bastırmaya çalışır. Psikanalitik yaklaşıma göre özellikle anoreksiya nervoza hastaları gerçek bedenini ne özne olarak ne de arzu nesnesi olarak yaşayabilir. Bedenindeki değişimi ve ortaya çıkan cinsel gelişimi reddederek bedenini kurutur, böylece bedeni de öznesizleşmiş olur. Özellikle genç kızlar için yeme davranış kontrolü bedeni denetim altında tutmanın en ilkel ve en kolay yoludur. Giderek artan kilo kaybı ile incelen beden ile adet görmeyi durdurarak cinsel gelişimini buna bağlı olası hamileliğini, kadınlığını, cinsel arzu ve hazlarını denetim altına alabilmektedir. Bu kuramsal yaklaşım ile tanımlanan hasta annesi ile olan ilişkisinde de özerklik ve ayrışma yaşayamaz. Bu yaklaşım aynı zamanda kız çocuklarında yeme bozukluklarının neden daha sık görüldüğünün, ödipal çatışmaların ergenlik döneminde neden tekrarlanarak yeme bozukluğu hastalığının tetiklendiği sorusunun cevabı olmaktadır (Gürdal Küey, 2001).

1.2.2.Kendilik Psikolojisi ve Yeme Bozuklukları

Kendilik psikolojisinin temsilcisi Kohut'a göre bebeğin iç dünyasında kendilik gelişimi anne babanın bebekten beklentileri ile karşılaştığında gelişmeye başlar. Benlik tamamlanmışlık ve tümlük duygusuna ulaşabilmek için başkalarına ihtiyaç duyar. Kohut'a göre bu başkaları "öznesne" olarak adlandırılmaktadır. Öznesne bebeğin kendilik uzantısı olarak algıladığı kişidir. Erken gelişim döneminde kendilik işlevselliği olan; yatışma, duygu düzenlenmesi, özdeğer duygusu ve güven duyma gibi ruhsal düzenlemeleri bebek için anne sağlar. Bebek annenin benliğini kullanmaktadır. Annenin bebekle kurduğu ilişki içine bebeğin ihtiyaçlarını doğru algılayarak eşduyum içinde uygun davranışlar gösteriyor ise bebeği kendilik gelişimi için uygun ortam ve koşullar sağlıyor demektir (Çuhadaroğlu, 1999).

Kendilik gelişimi için gerekli olan, annenin empatik yaklaşımı sağlayamadığı zaman bebeğin aynalama, içselleştirme ve ayrışma gibi önemli kendilik yapılanmaları gelişemez. Bu durumda da kendilik gelişimi için gerekli olan öznesneye duyulan ihtiyaç devam eder. Yetişkinlik döneminde de kendisini çaresiz, değersiz, eksik ve kontrollerini kaybetmiş gibi algılar. Bu olumsuz algı ve duygular ile baş etme çabaları da bireyde belli dönemlerde saplanmalara neden olur. Kendilik psikolojisine göre yeme bozukluklarında

saplanma ağız bölgesini ifade eden “oral bölge” ye olmakta ve birey kendilik gelişiminin düzenlenmesini yeme davranışının kontrolü ile sağlamaktadır(Çuhadaroğlu,1999).

Kohut da özellikle yeme bozukluklarını anne bakımında eşduyumdan yoksun kalan bireylerin anneye olan öfkeli depresyon tepkisi olarak yorumlamaktadır. Kohut’ a göre yeme bozukluklarında esas olan besin değil ruhsal yaşam için gerekli olan “ilişki”dir (Çuhadaroğlu, 1999). Bu nedenle erken dönem anne çocuk ilişkisi çok önemlidir. Bu ilişki yapısında travmatik yaşantılara maruz kalan çocuk yetişkinlik dönemine hazırlanamaz. Kohut’a göre bu bağlamda, özellikle anoreksiya nervoza hastaları yetişkin yaşamı ile baş edemeyen bireylerdir.

Kendilik psikolojisinde “kimlik” kavramı sağlıklı gelişim ve süreklilik duygusunu ifade eden önemli bir terimdir. Yeme bozukluklarına bu kuramsal yaklaşımda özellikle hastalarda; kimlik duygusunun gelişmediği, kendisini nasıl bir kişi olduğunu anlamak ve tanımlamakta zorlandığı, başkaları ile olan ilişkilerinde özgün, bağımsız değerler geliştiremedikleri görüldüğü savunulmaktadır. Bağımsız bir kimlik geliştiremeyen hastalarda ayrışma bireyleşme süreci çelişkili duygular ile sürmektedir. Anoreksiya nervoza hastalarındaki yiyecek miktarının sıkı kontrolü ile bireyleşmeyi sağlamak, aynı zamanda bu hastalıklı tutum ile yakın çevresinin ilgi ve bakımını aktif tutarak bağımlılık ilişkisini sürdürmek bu kuramsal açıklamaya örnek olarak sunulmaktadır. (Çuhadaroğlu,1999).

Kendilik psikolojisi açısından yeme bozukluklarını açıklayan Bruch, özellikle anoreksiya nervoza hastalarında üç temel psikolojik bozukluğu neden olarak göstermiştir. Bunlar, beden imgesi bozukluğu, bedenden gelen acıkma belirtilerine ait duyuların doğru algılanmaması ve yorumlanamaması, tüm düşünce ve davranışlarda donukluk etkisi yaratan “yetersizlik” özdeğeri yitirme duygusu.

Bruch’a göre beden imgesine ait bozukluklar yaşayan kişiler bedenlerinden memnun değildir ve utanırlar. Her zaman kendilerinin şişman olduklarına inanır ve ideallerindeki şekle sokmaya çalışırlar. Kilo aldıklarında kendilerinden nefret eder, toplumsal olarak kabul edilen kadın imajının ideal zayıflık olduğuna inanırlar. Yeme davranışlarını kontrol ederek özdeğer duygularındaki tutarsızlıkları kontrol etmeye çalışırlar. Yemek yemediklerinde kendilerini başarılı hissettikleri için özdeğer duyguları da artar (Çuhadaroğlu, 1999).

1.2.3 Aile Terapileri ve Yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları tedavisinde birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi aile ilişkileri nedensel etkiler arasında görülmektedir. Bu etki aile terapistleri konu ile ilgili çalışmalarda bulunmuş ve hasta tedavisinde kalıcı sonuçları hedeflerken ailenin de tedaviye alınması gereğini vurgulamışlardır. Özellikle anoreksiya nervoza hastalığının tedavisinde ailenin katılmadığı bir tedavi programının başarılı olamayacağı görüşünü savunmuşlardır. Anoreksiya nervozanın bir ergenlik dönemi hastalığı olduğu, hastanın ailesi ile yaşadığı yaşam döneminde ayrılma bireyleşme sorunu ile doğrudan ilgili olduğunu vurgulamışlardır (Küey, 1999).

Aile terapisi kuramcılarına göre aile dinamikleri yeme bozuklukları tedavisinin görüşme süreçlerinde davranış kalıpları olarak olduğu gibi aktarılır. Hastalığın geliştiği aile ortamında ilişkilerde sınırlarda mahremiyet yoktur, bireyler, özellikle de ergenlere müdahale sık görülen davranış biçimidir. Aile içinde bireysellik değil “aileye ait olma” duygusu önemlidir. Hasta bireyleşme mücadelesi içindeyken diğer aile üyeleri gibi aileden ayrılmakta zorlanır. Bu çatışmalı duygu durumu hastayı ayrışma çabasından vazgeçirerek kontrol edemediği aile ilişkilerinden, kendi bedenini kontrol etmeye yönlendirir (Küey, 1999).

Bulimiya nervoza tanılı hastaların aile ilişkilerinde de duygusal uzaklık ve reddedici davranış kalıpları olduğu savunulmaktadır. Özellikle yeme nöbetlerinde anne ile bütünleşme, ardından ayrılma bireyleşme ihtiyacı ile kusma davranışları görüldüğü şeklinde açıklanmıştır. Anoreksiya nervoza hastalarında olduğu gibi bulimiya nervoza hastalarında da çocukların bireyselliğini değil, çocuk kalmasını destekleyen patolojik davranış kalıpları olduğu ileri sürülmüştür (Toker ve Hocaoğlu, 2009).

Aile terapileri kuramları arasında aile sistemi içinde gelişen patoloji ile ilgili yaklaşımlar geliştiren iki temel yaklaşım vardır: Yapısal ve sistemik aile terapileri.

Yapısal aile terapileri kuramında Salvador Minuchin patoloji geliştiren aile üyesini “günah keçisi” olarak adlandırır. Bu patolojinin bir görevi vardır ve bu görev, aile yapısı içinde iç denge olan homeostasisi ve sürekliliği sağlamaktadır.

Sistemik yaklaşımda patolojiden kurtulmak esastır ve bunun için de kuralların değişmesi gerekir. Özellikle aile yemeklerini yeme bozukluklarında koruyucu etken olarak

görmektedir. Bulimik yeme davranışlarını önleyici olduğunu savunmaktadırlar (Toker ve Hocaoglu, 2009).

1.2.4 Hipnoterapi ve Yeme Bozuklukları

Hipnoz; düşünce yapısında diğer kişilere göre daha az analitik ve mantıklı, sözlü telkinlere yanıt verme kapasitesi yüksek olan hastaların ruhsal deneyimlerinde dalıp gitme şeklinde duygular yaşayarak, zihinsel gevşeme ve kısıtlanmış farkındalık durumu olarak tanımlanmaktadır (Müezzinoğlu, 2011).

Müezzinoğlu, gevşemenin kaygının azalmasına yardımcı olduğunu, kısıtlanılan farkındalık durumunu ise hastanın içsel yaşantılarının, mutluluk hayallerinin yoğunluğunda dalgınlık durumu oluştuğunu, bu sayede de hastanın kafasında korkuları en önemli düşünce olmaktan çıkar, dış olaylara, uyanlara da farkındalık azalır.

Özer, yeme bozuklukları için hipnoterapiyi, psikanaliz, bilişsel davranışçı terapi ve tüm kuramsal yaklaşımların uygulanabildiği, hasta ve terapistin kapsamlı açılımlar sağlayan bir tedavi tekniği, farklı kuramsal tedavilerin kolaylıkla uygulanmasını sağlayan bir “araç” tır şeklinde tanımlamıştır (Özer,1999).

Günümüzde anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza dışında obezite hastalığında da hipnoz kullanılmaktadır. Kirsch ve arkadaşları obezitede kilo verme konusunda yaptıkları çalışmada bilişsel davranışçı terapiye dayalı kuramsal tedaviye hipnoz telkinlerini eklediklerinde, hipnoterapi görmeyen hastalardan daha iyi sonuçlar aldıklarını hatta tedavi sonrasında da hastalarda kilo kaybı görülebildiğini açıklamışlardır (Akt. Özer, 1999).

Hipnoz sırasında psikanalizden bilişsel davranışçı terapiye kadar yeme bozukluklarında kullanılan tüm yaklaşımlar uygulanmaktadır. Bu yönü ile hipnoterapinin terapist ve hastalara geniş açılımlar sağlayan bir araç olduğu da uygulayıcılar tarafından savunulmaktadır (Özer, 1999).

1.2.5 Bilişsel Davranışçı Kuram ve Yeme Bozuklukları

Bilişsel davranışçı terapi; bireyin düşünce sisteminde alışkanlık haline gelmiş özgün çarpıtmaları düzeltmeyi hedefleyen, yapılandırılmış, zaman sınırlı, aktif bir psikoterapi yöntemidir. Hasta ile yapılan seanslarda davranış değiştirme teknikleri

kullanılarak işlevsel olmayan düşüncelerin belirlenmesine yardımcı olmak, bu çarpıtılmış düşünce sisteminin altında yatan fonksiyonel olmayan inanç ve hatalı kavramlaştırmaları düzeltmeyi amaçlar (Maner, 1999).

Kuramcılar, kişilerdeki olumsuz duygu ve davranışların nedenlerini akılcı olmayan düşünceler, yanı sıra işlevsel olmayan tutumlar ve şema olarak adlandırılan kökleşmiş yerleşik düşünceler ile açıklarlar (Köroğlu, 2009). Yeme tutum bozukluklarında bu yerleşik düşünceler bedensel biçim ve ağırlıklarına ilişkin çarpıtmalar olarak görülmektedir. Kişiler özellikle kendine verilen değeri, biçim ve ağırlık açısından düşünerek aşırı diyet yapar ya da tıknırcasına yeme davranışı ile benlik saygısının azalmasına yol açarlar. Azalan benlik saygısı ve artan beden memnuniyetsizliği yeme tutum bozukluklarının gelişimi için risk oluşturmaktadır (Ergüney, 2012).

Bilişsel davranış terapisinin temel çalışma düzeneği yeme tutum bozukluklarında da kişilerin olaylar karşısındaki algılarının; duygu, davranış ve fizyolojilerini etkilediğini varsayan “bilişsel model” açıklaması ile yapılanmıştır (Türkçapar, 2007).

Bu bilişsel model süreci insanda, durum veya olay, zihinde dolaşan otomatik düşünceler ve sonucunda duygu, davranış ya da fizyolojik tepkiler olarak işlemektedir. Bilişsel modele göre bir durum veya bir olay kendi başına insanların nasıl hissettiklerini ya da davrandıklarını belirlemez. Duygu ve davranışlar; nasıl algılandıkları, yorumlandıkları ile şekillenir ve en önemlisi bu sırada zihinden hızla geçen düşüncelerdir. Bu kuramsal yapılanma yeme tutum bozukluklarını açıklamak için de geçerlidir.

1.2.5.1 Otomatik Düşünceler

Bilincin akışını oluşturan sözel ya da imgesel parçalara cognition yani “bilış” adı verilmektedir. Bilincin akışı içinde, genellikle duygusal sıkıntı anlarında, ortam ve duruma özgü, değerlendirici bilişler eşlik eder. Bu bilişlere “otomatik düşünceler” denilmektedir. (Türkçapar, 2007).

Otomatik düşünceler, seri olarak kendiliğinden ortaya çıkan, yönlendirilmemiş bilişlerdir. Genellikle fark edilmeyen ve refleks gibi aniden ortaya çıkan ilk tepkilerdir. Bir olay ya da durum sırasında bilince ulaşır, yaşantı ile ilgili ilk tepkilerdir. Herhangi bir düşünceden farkı, benzer yaşantılarda tekrarlayarak bilince gelmesidir.

Kişinin, kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili yaşadığı iç diyaloglarıdır. Bu diyaloglara da içerik ve anlamlarına göre değişerek birleşmiş, eşlik eden duygular vardır. Kişi genellikle düşüncelerin farkında değildir; ancak eşlik eden duyguları fark edebilir (Gül ve ark, 2014).

Duruma özgü gerçek kelime veya olaylardan oluşan otomatik düşünceler bilişin en üst düzeyindedir. Bu düşüncelerin altında, kaynak olan inançlar, kurallar bulunmaktadır. Bunlar bilişsel davranışçı terapide sırasıyla “ara inançlar ve temel inançlar” olarak adlandırılır.

Ara inançlar, otomatik düşüncelerin altında yer alan, kişinin kendisi, başkaları ve dünya ile ilgili kural, tutum ve varsayımlarıdır. Bu kural ve varsayımlar kişinin davranışlarının soyut düzenleyicileridir. Başka bir deyişle, bireyin kendi ve diğer insanların davranışları, yaşantıları ile ilgili kalıcı hale gelmiş beklentileridir. (Türkçapar, 2007).

Temel inançlar; bireyin kişisel ve çevresel bilgileri nasıl düzenleyeceğini belirleyen, yine bireyin kendisi, başkaları ve dünya ile ilgili kural ve varsayımları içeren, geçmişteki yaşantı ve deneyimleri sonucunda gelişmiş bilişsel yapılardır. Temel inançlar birey için katıdır ve mutlak doğrudur. Kişi, sadece temel inancını destekleyen bilgilere odaklanır ve olayları bu inanca göre yorumlar. Gerçeğe uygun olmayan bu işlevsiz inançlar bireyin düşünce işleyişinde psikopatolojiye neden olan bilişsel hatalara neden olur. (Türkçapar, 2007).

Bilişsel davranışçı kurama göre inançlardan yola çıkarak bilginin hatalı işlenmesi ile olumsuz, duruma ve olaya uygun olmayan duygusal sorunlara neden olan otomatik düşünceler ortaya çıkar. Olumsuz otomatik düşünceler her zaman düşünce hataları olan bilişsel çarpıtmalar içermektedir. (Türkçapar, 2007).

Yeme tutum bozukluklarına açıklama getirirken de bilişsel davranışçı kuramda düşünce hataları içeren bilişsel çarpıtmalardan söz edilmektedir (Köroğlu, 2009).

1.2.5.1.1 Yeme Tutum Bozukluklarında Görülen Bilişsel Çarpıtmalar

Bu hastalarda görülen bilişsel çarpıtmaların ortak özelliği vücut boyutları ile ilgili algısal çarpıtmalardır. Duygu durumları ve benlik saygıları, vücut biçimleri ve ağırlıkları ile bağımlıdır.

a. Aşırı genelleme: Bir olaya bağlı olarak kural geliştirme ve bu kuralı benzer olmayan durumlarda da geçerli kılma, uygulama, “karbonhidrat yediğim için şişmanladım, bu yüzden asla karbonhidrat almamalıyım ki şişmanlamayayım”.

b. Seçici algılama: Aksî delilleri yok sayarak, ayrıntılara dayanarak sonuç çıkartmak. “Zayıf olursam farklı ve değerli olurum, diyet yapmak beni arkadaşlarımdan daha güçlü kılıyor”.

c. Büyütme: İstenilmeyen sonuçlarda olayların anlamını aşırı derecede büyütme. “Bir kilo aldım ve hiçbir giysim üzerime olmayacak”

d. Ya hep ya hiç şekline düşünme: Olayları kesin sözler ve uçlarda düşünmek. “Tam bir kontrol içinde olmalıyım, yoksa tüm kontrolümü kaybederim. Tek bir kilo alırsam, mutlaka daha da fazla kilo alırım”

e. Kişiselleştirme ve kendine yönelme: Kişisel olmayan olayları kendine yönelme, ya da kendine yönelik olayları aşırılaştırarak yorumlama.

f. Büyüsel düşünme: Batıl inançlar ile olaylar arasında sebep sonuç ilişkisi kurmak ve buna inanmak. “Bir parça çikolata yersem hemen yağlanıp, şişiyorum” (Maner, 1999).

Bilişsel davranışçı kuram yukarıda sözü edilen bilişsel çarpıtmaların diğer davranışlarda olduğu gibi yeme davranışlarında da etkili değişikliklere neden olduğunu savunmaktadır. Bu değişiklikler düşük benlik saygısı ile başlar ve kişi artan kaygısı ile bedeni ve ağırlığı ile normalden daha fazla ilgilenmeye başlar. Yiyeceklerde kısıtlama ve sıkı bir diyet sürecine geçer. Bu süreç de tıknırcasına yeme davranışını başlatır, tıknırcasına yeme davranışı da kendini kusturma sonucunu getirir. Tüm bu davranışların sonucunda tekrarlayarak kişinin kendine olan saygısı azalır ve benlik algısı ile ilgili bilişsel çarpıtmaların temel olduğu bir kısır döngü ortaya çıkmaktadır (Koroğlu, 2009).

1.3 Yeme Tutum Bozuklukları Ve Diğer Değişkenler

1.3.1 Depresyon

Ruhsal bozukluklar arasında “çökkünlük” olarak da adlandırılan depresyon ilk olarak M.Ö.400 yıllarında Hipokrat tarafından kara safra miktarındaki artımın neden olduğunu düşündüğü “melankoli” adı ile tanımlanmıştır (Türkçapar, 2018).

Yüzyıllar sonra ise gelişen tıp bilgileri ve çalışmalar ile psikiyatri alanını ayrı bir tıp dalı olarak kuran İsviçreli psikiyatr Emile Kraepelin (1856-1926) tarafından Latince kökeni “depressus” tan gelen “depresyon” adı ile ruh sağlığı alanında ilk kez kullanılmıştır (Pahalı, 2015).

Depresyon; bireyin, çökkünlük düzeyinde derin üzüntü, bunaltı duygu durumları ile birlikte, genel ilgi kaybı, değersizlik, güçsüzlük, suçluluk, pişmanlık özellik de intihar düşüncelerinin olduğu, genel görünümde özbakım yitimi, konuşma, iş yaşamı, yeme tutumları, uyku düzeni, cinsel yaşantı gibi bedensel ve ruhsal ihtiyaçların karşılanmasında aksaklıklar yaşanan önemli bir bozukluktur (Uluşahin ve Öztürk, 2015).

Depresyon aynı zamanda birçok psikiyatrik bozukluk gibi, belirli bir bozukluğa özgü ve birlikte ortaya çıkan bulgu ve belirti topluluğu anlamına gelen “sendrom” tanımı ile de açıklanmaktadır (Türkçapar, 2018). Bu açıdan da depresyon birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta birlikte görülebilir.

Yüksek yeti yitimine neden olan ve yinelemeler gösteren depresyon, tüm dünyada ve her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Genellikle geç 20’li yaşlarda başlamakla birlikte özellikle 25-44 yaş arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Son yıllarda yapılan araştırmalara göre gelişmiş toplumlarda kadınların sosyoekonomik durumlarındaki değişikliklerine bağlı olarak depresyon bozukluğunun görülme oranında kadın erkek ayrımı arasındaki fark giderek azalmaktadır (Taştan, 2017).

İlk majör depresyon tanısının genç yaşta alındığı kişilerde, yaşam kalitesinin diğer yaş gruplarına göre daha çok bozulduğu, sosyal ve mesleki işlevsellikte yüksek oranda yeti yitimi olduğu görülmektedir. Bu hasta gruplarında depresyon belirtilerinin ve intihar risklerinin diğer yaş gruplarındaki hastalardan daha da şiddetli yaşandığı görülmektedir (Taştan, 2017).

Ayrıca son yıllarda yapılan çalışmalarda depresyon şiddetinin 44-55 yaşları arasında görülen kişilerde de en yüksek noktaya ulaştığı ortaya konulmaktadır (Pahalı, 2015).

1.3.1.1. Belirti ve Bulgular

Depresyon geçiren hastaların genel görünümünde, belirgin ve derin çizgiler ile üzüntülü bir yüz ifadesi ve omuzların çöktüğü, zayıf duruşlu, güçsüz kaygılı bir beden duruşu hakimdir. Hastanın özbakımı fark edilir derecede ihmale uğramıştır.

Konuşma ve ilişki kurma yetisi hastalığın şiddetine göre değişmekle birlikte, genel olarak alçak ses ile yavaşça konuşabilmektedirler. Yoğun düzeyde çökkünlük durumlarında ilişki kurma ve konuşabilme yetisi daha da azalmakta hatta bazı hastalarda “mutizm” denilen geçici konuşmama durumu görülmektedir. Bedensel olarak da yavaş hareket, enerji azlığı, çabuk yorulma durumu söz konusudur.

Duygu durumlarında yoğun üzüntü, keder, pişmanlık, bunaltı hakimdir. Yetersizlik, değersizlik, pişmanlık, suçluluk düşünceleri ile bazı hastalarda ölüm ve öz kıyım düşünceleri görülebilmektedir.

Hastaların psikomotor becerilerinde yavaşlama, dikkati yoğunlaştırmakta güçlük, çoğu zaman da dalgınlık hakimdir. Uyku düzeni bozulmuş aşırı uyuma ya da uyanıklık hali artmıştır.

Hastaların çoğunda yeme isteği azalmış, belirgin kilo kaybı olmaktadır. Bazı hastalarda tersi durum ile iştahta artma ve aşırı kilo alımı şekli de görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.3.1.2 Depresyon Tanısı

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı olan DSM-5'e göre depresyon tanı kriterleri şu şekildedir:

A. İki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme veya zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn: üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir

(örn: ağlamaklı görünür)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir)

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn: bir ay içinde ağırlığın %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekmeye de kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkiye bağlanamaz.

A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemi oluşturur. Önemli bir yitim (kayıp, örneğin yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde

bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülerine göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (DSM 5, 2014).

1.3.1.3 Depresyon Etiyoloji ve Prognozu

Depresyonun nedenleri birçok ruhsal hastalıklar gibi araştırılmakta psikolojik ve biyolojik özellikler bir arada incelenmektedir.

Psikolojik nedenler bireysel özgünlük de değerlendirilse de sendromun ortaya çıkmasında ortak noktalar görülmektedir. Bu ortak nedenlerin başında kişinin hayatında kayıp yaşanması gelmektedir. Aile üyelerinden birinin ya da yakın arkadaşın kaybı, duygusal ayrılıklar, iş ve statü kaybı en önemli nedenler olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra olumsuz yaşam olayları, önemli sağlık problemleri de depresyon duygu durumuna neden olabilmektedir (Köroğlu, 2009).

Psikolojik nedenler farklı kuramlar ile araştırılarak açıklanmaktadır. Psikanalitik kuramda erken dönem yaşamdaki ilişki deneyimleri ve olumsuz duygular kişilerde zemin olarak yerleşmekte ve ileri dönem yaşantılarda depresyon nedeni olabilmektedir.

Bilişsel davranışçı kuramda ise depresyon sendromundaki bilişsel modele göre; kişinin erken dönem yaşantıları bir takım işlevsel olmayan kuralların oluşmasında rol oynar. Yaşanılan kritik olaylar sonucunda bu kurallar olumsuz otomatik düşünceleri harekete geçirir; bu sistemik döngü ile depresyon sendromu arasında da döngüsel bir ilişki vardır.

Bilişsel Davranışçı Kuramda depresyon sendromunun nedenlerinin açıklanma düzeneği; olumsuz üçlü ya da “bilişsel triad” olarak da adlandırılan kişinin kendisi, çevresi ve gelecek hakkındaki olumsuz algıları ve olumsuz otomatik düşünceler ile başlamaktadır. Kişinin bilgi işleme ve algılamada sürecinde hatalar vardır ve bu çarpıtılmış bilişler yanlış değerlendirmeler ile depresif duygu durumunu tetikleyen olumsuz otomatik düşünce ve davranışlar gelişmektedir.

Depresyonun biyolojik nedenleri ile ilgili çalışmalarda genetik özellikler ve biyokimyasal etkiler önemlidir. Birinci derece akrabalarda depresyon tanısı alınmış bir aile üyesinin olması kişinin risk oranını önemli ölçüde arttırmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Biyolojik nedenler incelenirken nöroanatomi ve beyin görüntüleme çalışmaları ile depresyon durumunda beyin birçok farklı bölgesinde farklı değişikliklerin görülmesi de önemlidir. Özellikle çökkünlük durumunda olumsuz duygusal uyaranlar ile beyin duygular ile ilgili bölümleri olan amigdala , ventral striatal ve medyal prefrontal alanlarında aktivite artışı, olumlu duygusal uyaranlara ise yanıtızlık görülmüştür. Ayrıca beyin biliş ile ilgili alanlarında da etkinlik azalması olduğu yapılan çalışmalarda sunulmuştur(Duran, 2016).

Hormonsal etkiler ve herhangi başka bir hastalık tedavisi için kullanılan ilaçlar ya da madde kullanım durumlarının da depresyon sendromunu tetikleyen nedenler arasında olduğu da görülmektedir.

Depresyon sendromunun prognoz özelliklerinin gidişi de değişkenlik göstermektedir. Bazı hastalarda hiç depresyon belirtisi olmadan uzun süre geçmesine rağmen bazı hastalarda kısa sürede tekrarlama görülmektedir. Hastalığın tekrar yatışma dönemi kısa süreli tekrarlarda daha uzun zaman almaktadır. Tek bir majör depresyon geçiren hastaların %60'ında ikinci dönem geçirebileceği, iki dönem geçiren hastaların %70 olasılıkla üçüncü dönem geçirebileceği ve üç dönem geçiren hastaların da %90 olasılıkla dördüncü dönem majör depresyon geçirebileceği öngörülmektedir (Koroğlu, 2009).

Majör depresyon geçiren hastaların yaklaşık üçte ikisinde hastalık tamamen sonlanırken üçte birinde tam olarak ya da hiç düzelme görülememektedir. Tam yatışma olmayan hastaların başka bazı dönemleri olabileceği öngörülmektedir. Kronik genel tıbbi durumlar da dönemlerin sürmesinde önemli etken olarak kabul edilmektedir (Koroğlu, 2009).

1.3.2.Anksiyete

Evrensel bir duygu olarak kabul edilen anksiyete, günümüz modern yaşantıdaki gelişmelerle yaşanma sıklığında önemli artışlar görülen, genel yeti ve iş gücü yitimi ile

önemini gösteren “bunaltı bozukluğu” olarak da ifade edilebilen yaygın bir psikiyatrik bozukluktur (Beck, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Tarihsel açıdan kavram olarak ilk kez Mısır hiyerogliflerinde rastlanmış, ortaçağ döneminde de anksiyete ile ilgili kavramsal bilgiler görülmüştür (Beck, 2008).

Tanımsal açıklama süreçlerinde anksiyete “korku”ya benzetilmekte ve karıştırılmaktadır. Anlamlarındaki karmaşa birbirleri ile ilintili olmakla beraber artık genel kullanımda birbirinden kesin sınırlar ile ayrılabilir. En önemli tanımsal sınır ayrımı; korku durumunda gerçek veya somut potansiyel bir tehlikenin varlığının kabul edilmesidir. Bu anlamda korku, duygusal bir reaksiyon değil, bilişsel bir süreçtir. Başka bir deyişle korku, özel bir kavrayış, yetenek türü; anksiyete ise bir duygu olarak ifade edilmektedir. Duygu olarak anksiyete durumunda ise; bireyin nesnesini somut olarak tanımadığı, ancak kendisine, varoluşuna tehdit, tehlike ifade eden yoğun bunaltılar yaşanmaktadır. Korku durumunda somut karşılaşmalar söz konusu iken anksiyete durumunda kişi somut olmayan bir uyarana karşı tehlike algısı ile alarm sistemi halindedir (Beck, 2008).

Anksiyete tanım ile ifade bulduğunda; kişide, belli bir zemin, nesne, zorlantı ya da saplantılı düşünceye odaklanma olmadan, yaygın bir şekilde fizyolojik ve ruhsal bunaltı belirtilerinin de birlikte görüldüğü önemli bir psikiyatrik bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda belirtiler genellikle erken yaşlarda 35 yaş öncesi dönemlerde görülmektedir. Önemli yeti yitimine neden olan anksiyete bozukluğu erken yaşlarda görülmesi aile, arkadaş ilişkileri ve özellikle de akademik başarılarında bozulmalara neden olabilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda yetişkin hastaların %38’inde de mesleki işlev yitimi olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Anksiyete bozukluğu hastalarında sıklıkla duygudurum bozuklukları ve madde kullanımına bağlı bozukluklar da görülebilmektedir. Özellikle irritabl bağırsak sendromu gibi zorlanmalar ile ilgili durumlar da eşlik etmektedir (Köroğlu, 2009).

1.3.2.1. Belirti ve Bulgular

Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların genel görünümünde huzursuzluk, davranışlarında tedirginlik, sinirlilik, sabırsızlık ve endişeli yüz ifadesi hakimdir. İletişim ve ilişkilerinde zorlantılar yaşamaktadırlar. Duygulanımda her an kötü bir şey olacaktıymış hissiyatı hakimdir. Uzun süren bunaltı durumlarının neden olduğu yılgınlık duygusu ile beraber ruhsal çökkünlük belirtileri de görülmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Dikkatte dağınıklık, odaklanmakta güçlük çekme, unutkanlık söz konusudur. Bedensel olarak aşırı uyarılma hali, kas gerginliği, kolay yorulma, kan basıncında artma, kalp atımının hızlanması, terleme, sindirim sisteminin farklı çalışması sık boşaltım ya da kabızlık, solunumda değişme, en sık görülen belirtilerdir. Klinik olarak açıklanamayan halsizlik, göğüs ve karın ağrıları da sık görülmekle birlikte psikiyatri dışında hekimlere başvurma neden olmaktadır.

1.3.2.2 Anksiyete Tanısı

Anksiyete tanısı ilk kez DSM-III'te "nevrotik reaksiyonlar" kategorisi ile tanımlanırken, DSM-IV 'te tamamen "anksiyete bozuklukları" sınıflamasına geçmiştir. Bu tanı kategorisi agorafobinin eşlik ettiği ya da etmediği, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozuklukları ile toplanmıştır. Tanı ölçütlerinde tartışmalı konulardan bir diğeri de süre ölçütüdür. DSM-III 'te tanı için süre en az bir ay olarak kabul edilirken diğer DSM kriterlerinde ölçüt olarak süre en az altı ay olarak gösterilmiştir (Pahalı, 2015).

DSM-5'te ise ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), maddenin/ilacın yol açtığı bozukluklar kategoriye dahil edilmiş, travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılmıştır (Pahalı, 2015).

DSM-5'e göre yaygın anksiyete bozuklukları tanı kriterleri şu şekildedir;

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.

B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

1. Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma.
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

1.3.2.3 Anksiyete Etyolojisi ve Prognozu

Anksiyete bozukluğu çevresel etkiler ile ortaya çıkmakla birlikte, nedenleri arasında psikodinamik etkenler, öğrenme ve biyolojik etkenler de önemlidir. Her hastada farklı nedenler olabileceği gibi etiyolojik açıdan ele alındığında farklı olgular ve nedenler olsa da tüm nedenler bir arada değerlendirilmelidir.

Psikodinamik nedenler açısından bunaltı içsel bir çatışmanın sonucudur. Benlik dürtüler karşısında zayıf kaldığında içinde bulunduğu durumu tehlike olarak algılar ve homeostatik işlev olarak anksiyete geliştirir.

Biyolojik nedenler açısından ise genetik yatkınlık esas olmakla birlikte, amigdala ve prefrontal korteks hacminde artma, aralarındaki bağlantıların azalması, prefrontal korteks aktivesinde artma, serotonin ve kortizol sistemlerinin anormal işlevi, norepinefrin düzeylerinin artması biyolojik nedenler olarak düşünülmektedir (Pahalı, 2015).

Çevresel etkenler olarak kayıp, yas, boşanma, travmatik hastalıklar, işten çıkarılma gibi hayat olayları kabul edilmektedir. Ailede bunaltı ve diğer ruhsal bozuklukların olması

da önemli nedenler arasındadır. Beyindeki ana önleyici nörotransmitter olan GABA da anksiyete bozukluklarında önemlidir Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Anksiyete bozukluğu tedavi edilmemesi durumunda konversiyon ve hipokondriazis veya diğer birçok somatoform bozukluk belirtileri görülebilmektedir. En önemlisi tedavi edilmediği durumda kronikleşme özelliği olmasıdır. Bazı hastalarda tedaviye tam uyum sağlanırken bazı hastalarda kötü gidiş de görülmektedir.

Ayrıca hastaların birçoğunda diğer ruhsal bozuklukların görülme olasılığı %91.3 olarak bildirilmektedir. Fobiler, panik bozukluklar, artmış majör depresyon, alkol, madde ve ilaç bağımlılıkları gibi. Hastaların birçoğunda bedensel hastalık ek tanıları da olmaktadır, endokrin, kalp damar, sindirim ve solunum hastalıkları gibi.



İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, problemi, amacı, alt problemler ve hipotezler, araştırmanın önemi, sayıtlılar, evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplanma yöntemleri ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler açıklanmaktadır.

2.1 Araştırmanın Modeli

İstanbul ilinde, klinik olmayan sosyal ortamda yaşayan, 18 yaş ve üzeri sağlıklı bireyler ile yapılan bu araştırmanın modeli, tarama (survey) modeli olarak belirlenmiştir. Tarama (survey) modelindeki araştırmalar, bir grubun belirli özelliklerini belirlemek için gerekli verilerin toplanmasını amaçlamaktadır. Modelin avantajı çok sayıda bireyden oluşan örneklem bilgisine ulaşılabilir olmasıdır.

2.2 Araştırmanın Problemi

Literatür ve yapılan araştırmaların incelenmesinde yeme tutum ve bozukluklarının birçok farklı değişken ile ilişkisini inceleyen araştırmaların bulunduğu gözlenmiştir. Çağımızda modernleşen toplum ve gereklerinin etkisi ile ruh sağlığı alanında artan depresyon ve anksiyete duygu durum bozuklukları da birlikte ya da ayrı ayrı olarak birçok araştırmanın konusu olmuştur. Otomatik düşünceler ise tüm bu kavramlara olan etkisi ile açıklama getirmesi açısından önemi giderek artan bir değişken olmaktadır.

Araştırmanın problemi sağlıklı 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin yeme tutumlarının, otomatik düşünceler, depresyon ve anksiyete duygu durum boyutları ve bazı alt boyutlar açısından karşılaştırılmasını yapmaktır.

2.3 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Bilişsel Davranışçı Terapi kuramından yola çıkarak bireylerin “yeme tutumlarının ve bozukluklarının” oluşması sürecinde otomatik

düşüncelerin etkisi ve bu etkilenme ilişkisinde depresyon ve anksiyete duygu durumlarının da bu ilişkisel döngüyü nasıl etkilediği, aynı zamanda da birbirleri arasındaki ilişkinin araştırılarak incelemektir. Bu süreçte elde edilen veriler ile yeme tutumlarının nedenlerinin ayrıştırılarak nedenlerin birbirleri arasındaki etki ve ilişkilerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Bu amaçla araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

2.4 Alt Problemler

1. Yeme tutumları ve bozuklukları ile otomatik düşünceler arasında ilişki var mıdır?
2. Otomatik düşünceler ile depresyon duygu durumu arasında ilişki var mıdır?
3. Otomatik düşünceler ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki var mıdır?
4. Yeme tutumları ve bozuklukları ile depresyon duygu durumu arasında ilişki var mıdır?
5. Yeme tutum ve bozuklukları ile anksiyete duygu durum bozuklukları arasında ilişki var mıdır?
6. Yeme tutum ve bozuklukları ile, depresyon ve anksiyete duygu durum arasında ilişki var mıdır?
7. Sosyal içe dönüklük alt boyutu ile anksiyete ve yeme tutumu arasındaki ilişki var mıdır?
8. Yeme tutumları ve bozuklukları ile depresyon duygu durumu ve otomatik düşünceler arasında ilişki var mıdır?
9. Cinsiyet ile depresyon, otomatik düşünce ve anksiyete arasında ilişki var mıdır?
10. Yaş grupları ile depresyon, otomatik düşünce ve anksiyete arasında ilişki var mıdır?
11. Cinsiyet ve yaş grubu ile otomatik düşünceler alt boyutları arasında ilişki var mıdır?
12. Cinsiyet ve yaş grubu ile anksiyete alt boyutları arasında ilişki var mıdır?

13. Yeme tutumları ile kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri alt boyutu arasında ilişki var mıdır?
14. Yeme tutumları ile şaşkınlık ve kaçınma fantezileri alt boyutu arasında ilişki var mıdır?
15. Yeme tutumları ile kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu arasında ilişki var mıdır?
16. Yeme tutumları ile otomatik düşünceler alt boyutu yalnızlık ve izolasyon arasında ilişki var mıdır?
17. Yeme tutumları ile ümitsizlik alt boyutu yönünden arasında ilişki var mıdır?
18. Otomatik düşüncelerin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu ile, depresyon duygu durumunun bedensel imge alt boyutu ile arasında ilişki var mıdır?
19. Otomatik düşüncelerin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu ile depresyon duygu durumunun kendinden nefret etme boyutu ile arasında ilişki var mıdır?
20. Otomatik düşünceler alt boyutu kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri ile yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
21. Otomatik düşünceler alt boyutu yalnızlık ve izolasyon ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki var mıdır?
22. Depresyon duygu durum kendini cezalandırma alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
23. Depresyon duygu durum doyumsuzluk alt boyutu ile otomatik düşünceler arasında ilişki var mıdır?
24. Depresyon duygu durum doyumsuzluk alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
25. Depresyon duygu durum alt boyutu kendini cezalandırma ile otomatik düşünce arasında ilişki var mıdır?
26. Depresyon duygu durum kötümserlik alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
27. Kilo kaybı alt boyutu ile otomatik düşünceler ve yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
28. Depresyon duygu durum sosyal içe dönüklük ile yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?

29. Depresyon duygu durumu ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki var mıdır?

2.5 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Yeme tutumları ve bozuklukları ile otomatik düşünceler arasında ilişki vardır.

H2: Otomatik düşünceler ile depresyon duygu durumu arasında ilişki vardır.

H3: Otomatik düşünceler ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki vardır.

H4: Yeme tutumları ve bozuklukları ile depresyon duygu durumu arasında ilişki vardır.

H5: Yeme tutum ve bozuklukları ile anksiyete duygu durum bozuklukları arasında ilişki vardır.

H6: Yeme tutum ve bozuklukları ile, depresyon ve anksiyete duygu durum arasında ilişki vardır.

H7: Sosyal içe dönüklük alt boyutu ile anksiyete ve yeme tutumu arasındaki ilişki vardır.

H8: Yeme tutumları ve bozuklukları ile depresyon duygu durumu ve otomatik düşünceler arasında ilişki vardır.

H9: Cinsiyet ile depresyon, otomatik düşünce ve anksiyete arasında ilişki vardır.

H10: Yaş grupları ile depresyon, otomatik düşünce ve anksiyete arasında ilişki vardır.

H11: Cinsiyet ve yaş grubu ile otomatik düşünceler alt boyutları arasında ilişki vardır.

H12: Cinsiyet ve yaş grubu ile anksiyete alt boyutları arasında ilişki vardır.

H13: Yeme tutumları ile kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri alt boyutu arasında ilişki vardır.

H14: Yeme tutumları ile şaşkınlık ve kaçınma fantezileri alt boyutu arasında ilişki vardır.

H15: Yeme tutumları ile kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu arasında ilişki vardır.

H16: Yeme tutumları ile otomatik düşünceler alt boyutu yalnızlık ve izolasyon

arasında ilişki vardır.

H17: Yeme tutumları ile ümitsizlik alt boyutu yönünden arasında ilişki vardır.

H18: Otomatik düşüncelerin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu ile, depresyon duygu durumunun bedensel imge alt boyutu ile arasında ilişki vardır.

H19: Otomatik düşüncelerin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt boyutu ile, depresyon duygu durumunun kendinden nefret etme boyutu ile arasında ilişki vardır.

H20: Otomatik düşünceler alt boyutu kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri ile yeme tutumu arasında ilişki vardır.

H21: Otomatik düşünceler alt boyutu yalnızlık ve izolasyon ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki vardır.

H22: Depresyon duygu durum kendini cezalandırma alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki vardır.

H23: Depresyon duygu durum doyumsuzluk alt boyutu ile otomatik düşünceler arasında ilişki vardır.

H24: Depresyon duygu durum doyumsuzluk alt boyutu yeme tutumu ile arasında ilişki vardır.

H25: Depresyon duygu durum alt boyutu kendini cezalandırma ile otomatik düşünce arasında ilişki vardır.

H26: Depresyon duygu durum kötümserlik alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki vardır.

H27: Kilo kaybı alt boyutu ile otomatik düşünceler ve yeme tutumu arasındaki ilişki vardır.

H28: Depresyon duygu durum sosyal içe dönüklük ile yeme tutumu arasındaki ilişki vardır.

H29: Depresyon duygu durumu ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki vardır.

2.6 Araştırmanın Önemi

Yeme tutumları ve bozuklukları ile ilgili çağımızda gelişen fizyolojik ve psikolojik nedenlerden dolayı birçok araştırma yapılmış ve yapılmaktadır. Günlük hayatın formlarının değişmesi, bu nedenleri de etkilemektedir.

Bu anlamda bu çalışmada bireylerin “yeme tutumlarının” saptanması, bu tutumların şekillenmesi ve bozukluklarındaki nedenlerin belirlenmesinde otomatik düşüncelerin nasıl etkili olduğu, bu etki ilişkisinde diğer değişkenler; depresyon ve anksiyete duygu durumlarının da ilişkisel döngüyü nasıl etkilediği, alt boyutlar arasındaki ilişkiler de dahil edilerek araştırılmaktadır.

Bu araştırma ile “bireylerin olumsuz otomatik düşünceler, depresyon ve anksiyete duygu durumlarından, kaçınma ve baş etme yöntemi olarak yeme tutum bozukluklarına maruziyetini” önlemek, bu maruziyetin geçici rahatlama sağlayarak bir sonraki psikopatolojinin uyarıcısı olmasının engellenmesi adına önemli bir katkı olacaktır. Bu araştırma ile ortaya çıkacak sonuçların yeme tutum bozukluklarının tedavisinde, iyileştirilmiş yeme tutumlarının kazanımında, yeme tutum bozukluklarının tespiti ile anksiyete ve depresyon duygu durumlarının tespiti ve tedavisinde etkili bir kaynak olacaktır.

2.7 Sayıtlar

Araştırmada yer alan sayıtlar şunlardır:

1. Araştırmada veri toplamak amacı için kullanılan, veri toplama araçları, araştırmanın amacına yönelik elde edilmesi gereken bilgiler için uygun ve yeterlidir.

2. Araştırmaya klinik olmayan ortamda, gönüllü olarak katılan 18 yaş ve üstü sağlıklı bireyler tarafından verilen cevapların doğru ve güvenilir olduğu kabul edilmektedir.

3. Araştırmada kullanılan, veri toplama araçları ile elde edilen bilgiler, araştırmaya klinik olmayan ortamda, gönüllü olarak katılan 18 yaş ve üstü sağlıklı bireylerin görüşlerini tam olarak yansıtmaktadır.

2.8. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırmanın veri toplama aşaması İstanbul ilinde klinik olmayan ortamda 01.07.2017 – 20.02.2018 tarihleri süresince, araştırmaya gönüllü katılan sağlıklı bireylere yeme tutum testi, otomatik düşünceler ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete envanteri uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İstanbul ilinde klinik olmayan ortamda yaşayan 18 yaş ve üstü sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem grubu ise İstanbul ilinde yaşayan, gönüllü katılım ile ulaşılabilen, farklı yaş, cinsiyet ve meslek gruplarındaki 18 yaş üstü, sağlıklı kadın ve erkekler ile toplam 149 kişiden oluşmuştur. Araştırmanın örnekleme küme örnekleme yöntemi ile basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

.Katılımcıların yaş ortalaması 35,8 yıldır (standart sapma 10,0). Çalışma grubu için bulunan ortanca yaş 35 iken, en genç katılımcı 18, en yaşlı olanı 62 yaşındadır. Katılımcıların %13,4'ü ergen (18-24 yaş), %86,6'sı yetişkin (25 yaş ve üstü) gruptadır. Cinsiyete göre incelendiğinde ise katılımcıların %29,5'i erkek, %70,5'i ise kadınlardan oluşmaktadır. Ergen grubun %55'i (n=11), yetişkin grubun ise %72,9'u (n=94) kadındır

Tablo-1 Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımlar

	Frekans	Yüzde
Yaş Grubu		
18-24 yaş	20	13,4
25 yaş ve üstü	129	86,6
Cinsiyet		
Erkek	44	29,5
Kadın	105	70,5

2.10 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 01.07.2017 – 20.02.2018 tarihlerinde, kendilerinin yanıtladığı, Yeme Tutum Testi (EK 1), Otomatik Düşünceler Ölçeği (EK 2), Beck Depresyon Ölçeği (EK 3), ve Beck Anksiyete Envanteri (EK 4) uygulanarak toplanmıştır.

2.10.1 Yeme Tutum Testi

Yeme tutum testi bireylerin yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları, normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ve anoreksiya hastalarının yemek yemekle ilgili davranış ve tutumlarını ölçmektedir.

Başta yeme bozukluğu olan hastaların yanı sıra yeme tutumunun taranması ve değerlendirilmesi amacıyla genel toplumda kullanılabilir.

Likert tipi; “daima” ve “hiçbir zaman” arasında ifadelerin olduğu yanıtlar formu, bireyin kendisi tarafından doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. Çalışmaya katılan bireyler ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Bireylerin yeme alışkanlıklarına göre her madde için kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeleri istenir. (Aydemir, Ömer, Psikiyatride kullanılan Klinik Ölçekler; HYB Basım Yayın, Psikoloji ve Psikiyatri Dizisi 36,2009).

Ölçeğin özgün adı, Eating Attitudes Test dir. Garner DM, Garfinkel PE tarafından geliştirilmiştir. (Garner DM, Garfinkel PE; The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa: Psychol Med:1979;9:273-279). Türkçe form adı: Yeme Tutum Testi, Uyarlayanlar: Neşe Erol, Işık Savaşır.

YTT’de şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme olmak üzere dört faktör bulunmaktadır (Savaşır ve Erol, 1989). Örneğin; “Aklım fikrim yemektedir”, “Şişmanlamaktan ödüm kopar”, “Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim” soruları bu faktörlere aittir (Karaköse, 2012).

Ölçek maddelerinden 1, 18, 19,23, 27, 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan , diğer seçenekler ise 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Her soru için elde edilen puanların toplanarak oluşan toplam puan için minimum değer 0 iken maksimum değer 120 puandır. Puan ile yeme bozukluğu patolojisi doğru orantılıdır. 30

puan ve üzeri yeme bozukluğu için risk içermektedir. Testten alınan yüksek puan, patolojik yeme tutumuna işaret etmektedir (Savaşır ve Erol, 1989).

Yeme Tutumu Testi (YTT40) asıl formu, 1979'da Garner ve Garfinkel tarafından anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen, 40 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir (Savaşır ve Erol, 1989). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılarak test-tekrar test güvenilirliği .65 olarak bulunmuştur. Daha sonra da Elal, Altuğ, Slade ve Tekcan (2000) tarafından yapılmıştır; dilimizde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (Varlık, E., Kabakçı, E. Türk psikoloji dergisi, 2008)

Türkçe formun güvenilirliği ve geçerliliği çalışmasında. ölçeğin yeme bozukluğu olan hastaları hem sağlıklı kontrol deneklerinden hem de diğer hasta gruplarından iyi ayırt ettiği saptanmıştır. Ayrıca yüksek güvenilirlik katsayıları göstermektedir (Savaşır, 1989).

Türkçe formunun makalesi: Erol N, Savaşır I. Yeme Tutum Testi: anoreksiya nervoza belirtiler indeksi. Psikoloji Dergisi 1989;7:19-25 (psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, Prof. Dr. Aydemir Ömer, Prof. Dr. Köroğlu Ertuğrul, 2009).

2.10.2 Otomatik Düşünceler Ölçeği

Ölçek ilk kez Automatic Thoughts Questionnaire orijinal adı ile S.D.Hollan ve P.C Kendall tarafından depresyonla ilişkili olan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçeğin ilk Türkçe çevirisi 1986'da Yeniçeri tarafından, ikinci kez Aydın ve Aydın (1990) tarafından yapılmıştır. Çevirilerin İngilizce okutman görüşüne sunulmasından sonra asıl formdaki maddeleri en iyi temsil eden maddeler ölçeğe alınmıştır. Şahin ve Şahin (1992)'nin çalışmalarında kullanılan 2.çeviri 1988'de bir lisans tezinde gerçekleşmiştir. Bu çalışmada ölçeğin İngilizce ve Türkçe formları her iki lisansı da bile 53 öğrenciye uygulanmış ve iki dil arasındaki korelasyon sonucu .92 olarak belirlenmiştir.

Normları, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve bazı seçme ölçütlerine uyan 50 kişinin (40 kadın ve 10 erkek) oluşturduğu hasta grubu ile daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı konmamış ya da sağaltım almamış

50 gönüllünün (40 kadın ve 10 erkek) oluşturduğu normaller grubundan elde edilen puan ortalaması ve standart sapma değerleri çıkarılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği; iki Yarım test güvenilirliği, ölçekteki tek ve çift numaralı maddelerden alınan puanların Spearman Brown Tekniği ile elde edilen iç tutarlılık katsayısı .95 olarak bulunmuştur.

Geçerliliği: Ölçüt Bağımlı Geçerlik, Otomatik düşünceler ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ve Minnesota çok yönlü kişilik envanterinin depresyon alt testi arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Normaller üzerinde elde edilen korelasyon katsayıları Otomatik düşünceler ölçeği ile (1) Beck depresyon ölçeği arasında .78 ; (2) Minnesota çok yönlü kişilik envanteri “depresyon” alt testi arasında da .57 olarak belirlenmiştir. Hasta grubundaki otomatik düşünceler ölçeği puanları ile (1) Beck depresyon ölçeği arasındaki korelasyon .77;(2) Minnesota çok yönlü kişilik envanteri “depresyon” alt testi arasındaki korelasyon da .59 olarak saptanmıştır.

Test tekrar test güvenilirliği; 30 kişilik bir öğrenci grubu üzerinde uygulanan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .77 bulunmuştur.(Aydın ve Aydın, 1990).

İç Tutarlılık: Şahin ve Şahin (1992) 345 öğrenci örneklemeden .93, Aydın ve Aydın (1990) 57 depresif hasta ve 57 normal normal örneklemeden .95 ve Cronbach alfa, Aytar (1987) 21 depresif, 20 depresif olmayan psikopatolojik ve 20 diğer hasta örneklemeden sırayla .94, .89 ve .91 Cronbach alfa değeri elde edilmiştir. Madde ve toplam puan korelasyonları, .35 ile .69 (Şahin ve Şahin, 1992) ve .37 ile .85 (Aydın ve Aydın, 1990) arasında bulunmuştur (Akt.Öner, 2008).

ODÖ 30 maddeden oluşmakta ve her madde için “hiçbir zaman”, “bazen”, “oldukça sık”, “sık sık” ve “her zaman” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmektedir. Verilen cevaplara 1-5 arasında değişen puanlar verilir. Puan dağılımı 30-150 arasındadır ve alınan toplam puanların yüksekliği bireyin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir (Babayiğit , Zeliha, 2013).

ODÖ’ni, Türkçe form olarak Güler Aytar, Gül-Orhan Aydın, Nesrin-Nail Şahin uyarlamıştır (Akt.Öner, 2008) .

ODÖ’nin yapı geçerliliği; faktör analiz çalışması ölçeğin 5 faktörden oluştuğunu ortaya çıkarmıştır. Bu faktörler şöyledir: “Kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri” (2,3,5,7,8,17,16,18,21,23,24,27.sorular), “Şaşkınlık ve Kaçınma Fantazileri” (13,14,15,19,20,22.sorular), “Kişisel Uyumusuzluk ve Değişme İstekleri”

(9,26,29.sorular), “Yalnızlık ve İzolasyon” (1,4,10,28.sorular), ”Ümitsizlik” (6,11,12,25,30.sorular).

Bu faktörler, araştırmada ilişkisel istatistiksel çalışmada alt skala ilişkileri olarak kullanılmıştır.

2.10.3 Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından, depresyonda görülen somatik, duyuşsal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin kullanım amacı depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

Asıl formun geliştirilme çalışmasında ölçeğin maddeleri klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Psikoterapi gören depresif hastaların tutum ve davranışları ,belirtiler açısından değerlendirilmiş, depresyon tanımları ile tutarlı olan tipik belirtilerin dökümü yapılmış, bu şekilde 2 Başarısızlık Duyumu1 belirti kategorisi seçilmiştir (Teğin,1980). Bu belirtiler, duygudurumu, kötümserlik, başarısızlık duyumu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı olarak yer almaktadır.

BDÖ likert tipi olarak 21 madde zaman sınırlaması olmadan kişinin kendisi tarafından doldurulmaktadır. Uygulama sırasında soru formunun başında kısa bir açıklama ile uygulama tarihi de dahil olmak üzere geçirilen son hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cevabı gruptaki dört maddeden birini seçerek işaretlemesi istenir. Ölçeğin uygulanması için özel bir eğitim gerektirmemesi, hastanın kendisi tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olarak kolay anlaşılması ve puanlanmasının da pratik olması özellikleri kullanım sıklığını arttırmaktadır.

Ölçekte her maddenin yanında yer alan sayı (0 ile 1 puan arasında değişen) o maddeye verilecek puanı göstermektedir. Ölçekte toplam puan 0-63 arasında değişmekte, alınabilecek en yüksek puan 63 olmaktadır. Hisli tarafından ölçek uyarlama çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (Pahalı, 2015). Toplam puan 0-9 arasında

“depresyon yok” 10-16 arasında “hafif düzeyde depresyon”, 17-23 puan arasında “orta düzeyde depresyon” 24 ve üzeri puanlarda şiddetli düzeyde depresyon sonuçları olmaktadır.

Türkçe versiyon güvenilirliği; iki yarım test güvenilirlik katsayısı üniversite öğrenci grubu için .78, depresyon belirtileri olan bireyler için .61 olarak bulunmuş, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .65 olarak saptanmıştır. Türkçe versiyon geçerliği: yapı geçerliği çalışması şeklinde, normal kişiler grubu ile depresif ve şizofren olarak iki ayrı gruptan oluşan hasta grubuna BDÖ ile Depresyonda Bilişsel Tepkiler ölçeği uygulanmıştır. Depresyonda Bilişsel Tepkiler ile BDÖ skorları arasındaki korelasyon katsayıları sağlıklı deneklerde .20, depresyon belirtileri olan deneklerde .52, şizofrenik deneklerde ise -.33 olarak saptanmıştır (Öner, 2008).

2.10.4 Beck Anksiyete Envanteri

Asıl formu Beck Anxiety Inventory (BAI) olan envanter, 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Envanter tüm sağlıklı ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. 21 maddeden oluşan, kendi kendine değerlendirilen, 0-3 arasında değişen puanların verildiği Likert tipi değerlendirmesi olan bir ölçektir. Ölçekte belirtilerin işaretlenmesinde o “hiç yok”, 1 “hafif düzeyde”, 2 “orta düzeyde”, 3 “şiddetli düzeyde”, anlamını ifade etmektedir. Puan aralığı 0-63’tür ve alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyete ve düzeyini göstermektedir. Buna göre 0-15 anksiyete yok, 16-22 hafif anksiyete, 23-42 anksiyete, 43-63 yoğun anksiyete olarak değerlendirilmektedir.

Uygulanan faktör analizi sonucunda ölçek, “Subjektif anksiyete” (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17 ve 19. maddeler) ve “Somatik belirtiler” (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerliliği; Ölçüt Bağımlı Geçerlik, Otomatik Düşünceler ölçeği ile korelasyonu .41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile korelasyonu .34, Beck depresyon envanteri ile .46, Durumluk sürekli Kaygı Envanteri, Durumluk sürekli kaygı ölçeği ile .45 ve Durumluk Sürekli Kaygı envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ile .53 olarak

saptanmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin anksiyete olgularını diğer olgulardan belirgin olarak ayırabildiği kanıtlanmıştır.

Güvenirlilik konusunda, iç tutarlılık çalışmasında Envanterin Cronbach Alfa içi tutarlılık katsayısı 177 psikiyatrik hasta örneklemini üzerinde .93, madde-toplam korelasyon katsayıları .45 ile .72 arasında bulunmuştur. Türkçe versiyonun test-tekrar test güvenilirliği katsayısı .57 bulunmuştur (Öner, 2008) .

2.11 Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri İstanbul ilinde klinik olmayan ortamda 01.07.2017 – 20.02.2018 tarihlerinde toplanmıştır. Araştırmaya gönüllü katılan sağlıklı bireylere yeme tutum testi, otomatik düşünceler ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete envanteri verilmiştir. Araştırma kapsamında örneklemini oluşturan gönüllü bireylerden alınan veriler yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 40 dakika kadar sürmüş araştırmacı tarafından yapılmıştır.

2.12 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket program ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük-en büyük, frekans, yüzde olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis analizi, posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçlar ve kurulan nedensel hipotezler doğrultusunda araştırma değişkenlerinin birbirleri ile ilişkileri tablolar ve yorumları ile birlikte sunulmaktadır.

3.1 Betimleyici istatistiksel Analizler

Araştırmaya gönüllü olarak 149 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 35,8 yıldır (standart sapma 10,0). Çalışma grubu için bulunan ortanca yaş 35 iken, en genç katılımcı 18, en yaşlı olanı 62 yaşındadır. Katılımcıların %13,4'ü ergen (18-24 yaş), %86,6'sı yetişkin (25 yaş ve üstü) gruptadır. Cinsiyete göre incelendiğinde ise katılımcıların %29,5'i erkek, %70,5'i ise kadınlardan oluşmaktadır. Ergen grubun %55'i (n=11), yetişkin grubun ise %72,9'u (n=94) kadındır ve yaş grupları arasındaki cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,103). Ayrıntılar Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo-1 Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Yaş Grubu		
18-24 yaş	20	13,4
25 yaş ve üstü	129	86,6
Cinsiyet		
Erkek	44	29,5
Kadın	105	70,5

Araştırmada katılımcılara uygulanan ölçek puanları Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo-2 Katılımcılara Ait Ölçek Puanları

Ölçek	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (En Küçük-En Büyük)
Yeme Tutumu	18,9±11,7	16 (2-69)
Otomatik Düşünce	50,9±20,0	44 (29-130)
Beck Depresyon	11,1±9,3	10 (0-45)
Beck Anksiyete	10,2±9,4	8 (0-47)

Cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında Beck Depresyon Ölçeği puanları her iki cinsiyette birbirine oldukça yakın bulunmuştur.

Otomatik Düşünce ve Beck Anksiyete puanları kadınlarda hafif daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklı değildir.

Cinsiyetler arasında en büyük fark Yeme Tutum Testi puanında olsa da, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,054$). Ayrıntılar Tablo-3'tedir.

Tablo-3 Cinsiyetlere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Cinsiyet	Ortalama±ss	Ortanca (En Küçük-En Büyük)	P değeri *
Yeme Tutum	Erkek (n=44)	16,7±11,7	13 (3-69)	0,054
	Kadın (n=105)	19,9±11,6	16 (2-54)	
Otomatik Düşünce	Erkek (n=44)	49,8±20,8	43,5 (30-130)	0,485
	Kadın (n=105)	51,4±19,8	44 (29-104)	
Beck Depresyon	Erkek (n=44)	11,0±9,7	10,5 (0-45)	0,930
	Kadın (n=105)	11,1±9,1	9 (0-38)	
Beck Anksiyete	Erkek (n=44)	9,5±10,8	6 (0-47)	0,154
	Kadın (n=105)	10,5±8,8	9 (0-45)	

ss=Standart Sapma *p değeri Mann Whitney U testi sonucuna aittir.

Yaş gruplarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında “Beck Depresyon ve Otomatik Düşünce Ölçek” ortalama puanları ergenlerde daha yüksektir. Buna karşılık Yeme Tutum ve Beck Anksiyete ortalama puanları yetişkinlerde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo-4’te gösterilmiştir.

Tablo-4 Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Yaş Grubu	Ortalama±ss	Ortanca (En Küçük-En Büyük)	P değeri *
Yeme Tutum	18-24 (n=20)	17,4±8,1	15 (9-39)	0,916
	25+ (n=129)	19,2±12,1	16 (2-69)	
Otomatik Düşünce	18-24 (n=20)	57,4±23,7	49,5 (30-130)	0,105
	25+ (n=129)	49,9±19,3	43 (29-104)	
Beck Depresyon	18-24 (n=20)	13,0±10,8	11 (0-45)	0,374
	25+ (n=129)	10,8±9,0	9 (0-38)	
Beck Anksiyete	18-24 (n=20)	9,9±6,3	9 (0-24)	0,552
	25+ (n=129)	10,3±9,8	8 (0-47)	

ss=Standart Sapma *p değeri Mann Whitney U testi sonucuna aittir.

Katılımcıların Otomatik Düşünce Ölçeğine ait ölçek puanları Tablo-5'te sunulmuştur.

Tablo-5 Katılımcılara Ait Otomatik Düşünce Alt Ölçek Puanları

Alt Ölçek	Ortalama± standart sapma	Ortanca (En Küçük-En Büyük)
Kişinin Kendine Yönelik Duygu ve Düşünceleri	18,5±7,2	16 (12-43)
Şaşkınlık ve Kaçınma Fantezileri	10,6±4,9	9 (5-30)
Kişisel Uyumsuzluk ve Değişme İstekleri	6,2±2,7	6 (3-15)
Yalnızlık ve İzolasyon	7,5±3,3	7 (3-18)
Ümitsizlik	8,3±3,9	7 (4-24)

Cinsiyete ve yaş gruplarına göre “Otomatik Düşünce Alt Ölçek” puanları karşılaştırıldığında her iki özellik için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Beck Anksiyete Ölçek puanları kesme noktaları üzerinden sınıflanarak katılımcılara ait anksiyete düzeyleri belirlenmiştir. Sınıflama 0- 7 puan arası “yok denecek seviyede anksiyete”, 8- 15 puan arası “hafif düzeyde anksiyete”, 16-25 arası “orta düzeyde anksiyete”, 26 puan ve üzeri ise “şiddetli düzeyde anksiyete” şeklinde yapılmıştır. Katılımcıların %49’unda “yok denecek düzeyde anksiyete” saptanmışken, “şiddetli anksiyete” düzeyi grubun %8’inde mevcuttur. Ayrıntılar Tablo-6’da sunulmuştur.

Tablo-6 Katılımcıların Anksiyete Düzeylerine Göre Dağılımı

Anksiyete Düzeyi	Frekans	Yüzde
Yok denecek düzeyde	73	49,0
Hafif	43	28,9
Orta	21	14,1
Şiddetli	12	8,0

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğine ait alt ölçek puanları da Tablo-7’de sunulmuştur.

Tablo-7 Katılımcılara Ait Beck Anksiyete Alt Ölçek Puanları

Alt Ölçek	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (En Küçük-En Büyük)
Subjektif Anksiyete	6,9±6,6	5 (0-32)
Somatik Anksiyete	3,3±3,4	2 (0-16)

Cinsiyete ve yaş gruplarına göre “Beck Anksiyete Alt Ölçek” puanları karşılaştırıldığında her iki özellik için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Beck depresyon ölçeğinin sosyal içe dönüklük alt boyutu ile anksiyete arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=0,372$, $p<0,001$).

Beck Depresyon Ölçek puanları kesme noktaları üzerinden sınıflanarak katılımcılara ait depresyon düzeyleri belirlenmiştir. Sınıflama 0- 9 puan arası “minimal”, 10-16 puan arası “hafif”, 17-29 arası “orta”, 30 puan ve üzeri ise “şiddetli depresyon” şeklinde yapılmıştır. Katılımcıların %49,7’sinde minimal düzeyde depresyon saptanmışken, şiddetli depresyon düzeyi grubun %4’ünde mevcuttur. Ayrıntılar Tablo-8’de sunulmuştur.

Tablo-8 Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı

Depresyon Düzeyi	Frekans	Yüzde
Minimal	74	49,7
Hafif	42	28,2
Orta	27	18,1
Şiddetli	6	4,0

Katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; “Yeme Tutum Testi” puanı ile diğer 3 ölçek puanı arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ise “Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları ile pozitif yönde, orta ve iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korele bulunmuştur ($p<0,05$). “Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları arasında bulunan korelasyon da pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ölçekler arasında bulunan en güçlü korelasyon “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ile “Beck Depresyon” puanı arasındadır. Ayrıntılar Tablo-9’da gösterilmiştir.

Tablo-9 Katılımcıların Ölçek Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

	Yeme Tutum Puanı	Otomatik Düşünce Puanı	Beck Depresyon Puanı	Beck Anksiyete Puanı
Yeme Tutum Puanı				
r_s değeri		0,231	0,282	0,221
p değeri		0,005	0,001	0,007
Otomatik Düşünce Puanı				
r_s değeri	0,231		0,717	0,673
p değeri	0,005		<0,001	<0,001
Beck Depresyon Puanı				
r_s değeri	0,282	0,717		0,655
p değeri	0,001	<0,001		<0,001
Beck Anksiyete Puanı				
r_s değeri	0,221	0,673	0,655	
p değeri	0,007	<0,001	<0,001	

r_s =Spearman Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların “Otomatik Düşünce Alt Ölçek puanları” ile “Yeme Tutum Testi puanı” korelasyonları incelendiğinde; “Şaşkınlık ve Kaçınma Fantezileri” ve “Kişisel Uyumsuzluk ve Değişme İstekleri” alt ölçek puanları ile “Yeme Tutum Testi” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık “Kişinin Kendine Yönelik Duygu ve Düşünceleri”, “Yalnızlık ve İzolasyon” ve “Ümitsizlik” alt ölçek puanları ile “Yeme Tutum Testi puanı” arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar mevcuttur ($p<0,05$).

Otomatik düşünceler ölçeğinin Yalnızlık ve İzolasyon alt ölçek boyutu ile anksiyete arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,612, p<0,001$).

Otomatik düşünceler ölçeğinin alt ölçeği olan Kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri alt boyutu ile yeme tutumu arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,251, p=0,002$).

Otomatik düşünceler ölçeğinin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt ölçek puanı ile yeme tutum puanı arasında zayıf, istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,131, p=0,110$).

Tablo-10 Katılımcıların Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Alt Ölçek Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

Otomatik Düşünce Alt Ölçek Puanı	Yeme Tutum Puanı	
	r_s değeri	p değeri
Kişinin Kendine Yönelik Duygu ve Düşünceleri	0,251	0,002
Şaşkınlık ve Kaçınma Fantezileri	0,139	0,091
Kişisel Uyumsuzluk ve Değişme İstekleri	0,131	0,110
Yalnızlık ve İzolasyon	0,263	0,001
Ümitsizlik	0,265	0,001

r_s =Spearman Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların depresyon şiddetine göre “Yeme Tutum” puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p=0,025$). Farkın nedeni orta depresyon grubuna ait puanın, minimal depresyon grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasıdır. Şiddetli depresyon grubuna ait puan da yüksek olmakla birlikte bu grup sadece 6 kişiden oluştuğundan aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Beck depresyon ölçeğinin sosyal içe dönüklük alt boyutu ile yeme tutumu arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,169$, $p=0,040$).

Beck depresyon ölçeğinin kötümserlik alt boyutu ile yeme tutum testi arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,200$, $p=0,005$).

Beck depresyon ölçeğinin kilo kaybı alt boyutu ile yeme tutumu arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,056$, $p=0,498$).

Beck depresyon ölçeğinin doyumsuzluk alt ölçeğinin yeme tutumu ile pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,202$, $p=0,013$). Beck depresyon ölçeğinin kendini cezalandırma alt boyutu ile yeme tutumu arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,044$, $p=0,595$).

Diğer yandan katılımcıların depresyon şiddetine göre “Otomatik Düşünce Ölçek” puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Depresyon şiddeti arttıkça “Otomatik Düşünce Ölçek” puanı artmaktadır. Orta ve şiddetli depresyon grupları karşılaştırması dışında, tüm gruplar arasındaki karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur.

Ayrıca Otomatik düşünceler ölçeği ile Beck depresyon ölçeğinin duygu durumu alt boyutu arasında da pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,620$, $p<0,001$).

Ayrıntılar Tablo-11’de sunulmuştur.

Ayrıca alt boyut arası ilişkiler de araştırılmış anlamlı korelasyon sonuçları bulunmuştur. Beck depresyon ölçeğinin duygu durumu alt boyutu ile otomatik düşünceler arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,620$, $p<0,001$).

Beck depresyon ölçeğinin kendini cezalandırma alt ölçeği ile otomatik düşünce ölçeği arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,223$, $p=0,006$).

Otomatik düşünce ölçeğinin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt ölçek puanı ile Beck depresyon ölçeğinin bedensel imge alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,319$, $p<0,001$).

Otomatik düşünce ölçeğinin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt ölçek puanı ile Beck depresyon ölçeğinin kendinden nefret etme alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s= 0,382$, $p<0,001$).

Tablo-11 Katılımcıların Depresyon Şiddetine Göre Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Minimal Depresyon (N=74)	Hafif Depresyon (N=42)	Orta Depresyon (N=27)	Şiddetli Depresyon (N=6)	P değeri
Yeme Tutum	16,5±9,9 14 (2-51)	19,9±13,7 14 (4-69)	23,3±11,4 23 (5-54)	22,5±13,1 23 (6-43)	0,025
Otomatik Düşünce	39,4±10,9 36 (29-81)	54,7±15,8 53 (30-101)	70,9±18,8 71 (32-104)	77,5±33,8 74 (37-130)	<0,001

*p değeri Kruskal Wallis testi sonucuna aittir

Katılımcıların anksiyete şiddetine göre “Yeme Tutum” puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,083$). Yok denecek düzeyde anksiyetesi olan grubun puanı, diğer gruplardan daha düşük olsa da aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna karşılık katılımcıların anksiyete şiddetine göre “Otomatik Düşünce Ölçek” puanları incelendiğinde ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Anksiyete şiddeti arttıkça “Otomatik Düşünce Ölçek” puanı artmaktadır. Gruplar arasında bulunan farkın nedeni yok denecek düzeyde anksiyetesi olan grubun diğer 3 gruptan istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olmasıdır. Hafif, orta ve şiddetli anksiyete grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar Tablo-12’de sunulmuştur.

Tablo-12 Katılımcıların Anksiyete Şiddetine Göre Yeme Tutum ve Otomatik Düşünce Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Yok Denecek Düzeyde Anksiyete (N=73)	Hafif Anksiyete (N=43)	Orta Anksiyete (N=21)	Şiddetli Anksiyete (N=12)	P değeri
Yeme Tutum	16,4±9,5 14 (2-51)	21,5±14,9 15 (4-69)	20,6±11,3 18 (5-40)	22,4±8,3 22 (12-43)	0,083
Otomatik Düşünce	39,7±10,9 37 (29-71)	54,9±18,6 54 (30-130)	70,4±22,6 71 (37-104)	70,9±17,7 71 (41-100)	<0,001

*p değeri Kruskal Wallis testi sonucuna aittir

Ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları hesaplandığında her 3 ölçeğin de tutarlılık katsayısı 0,85'in üzerindedir ve değerlendirilen 3 ölçek de yüksek düzeyde tutarlı bulunmuştur. Ayrıntılar Tablo-13'te verilmiştir.

Tablo-13 Ölçeklere Ait Bulunan Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçek	Cronbach alfa katsayısı
Otomatik Düşünce	0,960
Beck Depresyon	0,887
Beck Anksiyete	0,909

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın konusu olan klinik olmayan örnekleme otomatik düşüncelerin yeme tutumuna etkisi ve diğer değişkenler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi ile ilgili elde edilen bulgular, konuyla ilgili literatürün dikkate alınarak tartışılması sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

4.1 Araştırma Bulgularını Tartışma

Yeme tutum ve bozuklukları görülme sıklığının artması ile birlikte bu konudaki araştırmalar da artmaktadır. Araştırmamız için literatür ve kaynak tarama aşamasında ülkemiz genelinde ve ulusal çalışmalarda yeme tutum bozukluklarının alt türlerinin çeşitli değişkenler ile sıklıkla araştırıldığı görülmüştür. Ancak bu çalışmalarda araştırmamız içinde yer alan çoklu değişkenlerin birarada ele alındığı kaynaklarda sınırlılıkla karşılaşmıştır. Araştırmamızın bu çalışmalar içerisindeki farkı genel olarak yeme tutum ve bozukluklarını bilişsel davranışçı kuram açısından ele alarak otomatik düşüncelerin etkisi ile eş tanı olarak sıklıkla rastlanılan depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte etki ilişkilerinin ele alınmış olmasıdır.

Bu çalışmada araştırmanın konusu açısından sonuçlara bakıldığında katılımcıların yeme tutum testi puanı ile araştırmada kullanılan diğer ölçekler puanları arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. İlişkisel olarak kendi aralarında ölçeklerin puanları da anlamlı korelasyon sonuçları vermiştir. “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ise “Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları ile pozitif yönde, orta ve iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korele bulunmuştur. “Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek” puanları arasında bulunan korelasyon da pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Ölçekler arasında bulunan en güçlü korelasyon “Otomatik Düşünce Ölçeği” puanı ile “Beck Depresyon” puanı arasındadır.

Araştırmanın bulguları detaylı olarak değerlendirildiğinde; bağımsız değişkenlerden depresyon duygu durumunda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulgusuna

rastlanmamıştır. Katılımcıların cinsiyet açısından farklılık gösterme özelliğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan sonuçlara yeme tutumlarında rastlanmıştır.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişmanlık Polikliniğinde 93 obezitesi olan, 43ü ise normal kiloda olan kadınlarla yapılan ve obeziteli kadınlarda tıknırcasına yeme bozukluğunun psikopatolojisinin bilişsel açıdan incelendiği bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda yüksek değerlerde Otomatik Düşünce ve Fonksiyonel olmayan Tutumlar ölçeği puanları saptanmıştır. Araştırmanın sonuçlarında tedavi amacı ile kliniğe başvuran tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda psikopatoloji ve bilişsel açı arasındaki ilişki oranı yüksek korelasyon değerinde bulunmuş, ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğunda düşünce yapısına bağlı olarak bir bozukluk olduğu saptanmıştır (Alçalar, Babayiğit, ve Bahadır, 2013). Bu çalışma konusu ile yeme tutum bozukluklarının türleri ve nedenlerine kuramsal yaklaşım açısından, özellikle otomatik düşüncelerin etkisinin araştırılması yönünde paralellik göstermektedir. Araştırmamızın sonucunda da cinsiyetler arasında en büyük fark kadınlar yönünde Yeme Tutum Testi puanında bulunmuş, otomatik düşünce ölçeği puanı ile Yeme Tutum Testi Ölçek puanında da pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Uluslararası araştırmalar arasında, İngiltere’de Kingston Üniversitesi Psikoloji Bölümünde 338 üniversite öğrencisi ile “Aşırı yemek yeme ile düşünce şekilleri arasındaki ilişki” konulu çalışmada, otomatik düşüncelerin bir yaklaşım olarak aşırı yeme ve özellikle anoreksiya nervoza üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmada amaç “beslenme” tutumuna yönelik otomatik düşünce stillerinin eğilimsel etkisini ve tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğini araştırmak olmuştur. Bir yıl boyunca takip edilen katılımcılarda otomatik düşünce şekillerinin uyumsuzluğa neden olduğu sonucuna varmışlardır. Araştırmada özellikle beslenmeye yönelik yiyeceklerin kalorileri konusunda yaklaşımsal olarak düşünce şekillerinin etkili olduğu bulunmuş, ancak bireylerin kaçınma davranışlarında anlamlı korelasyon sonucu görülmemiştir (Caselli vd., 2017).

Araştırmamızın yeme tutum ve bozukluklarına otomatik düşüncelerin etkisi ile olan ilişkide özellikle otomatik düşünceler ölçeğinin alt boyutu bölümündeki çalışma sonuçlarında, “Kişinin Kendine Yönelik Duygu ve Düşünceleri”, “Yalnızlık ve İzolasyon” ve “Ümitsizlik” alt ölçek puanları ile “Yeme Tutum Testi puanı” arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Bu sonucu yorumlama ve destekleme yönünden benzer bir uluslararası çalışma olan “Yeme Bozuklukları Alt

Gruplarında Yeme Bozukluğu Davranışı ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar (Eating Disorder Behavior and Early Maladaptive Schemas in Subgroups of Eating Disorders) isimli bir araştırmada özellikle anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza teşhisi konulan hastalarda “duygusal yoksunluk, terk edilme-terk etme, boyun eğme-eğdirme duygu durumları tespit edilmiştir (Unoka vd., 2010). Bu sonuçlar, araştırmamızın bilişsel yaklaşım açısından yorumlandığında otomatik düşüncelerin şemalara ulaşan kaynaklar olması nedeni ile paralellik göstermektedir.

Bir başka kaynak olarak Maner (2007) tarafından , yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı tedavi konulu çalışmasında, Cooper ve arkadaşlarının modeli ile olumsuz otomatik düşüncelerin yeme tutum bozukluklarında tetikleyici neden olarak anlamlı ilişki modeli, veri olarak sunulmuştur.

Araştırmamızın korelasyon bulgularına detaylı olarak bakıldığında; katılımcıların yeme tutum testi puanları ile depresyon şiddeti arasında anlamlı fark bulunduğu görülmektedir.

Wit ve arkadaşları (2010), 507 katılımcı ile 17 araştırma uygulayarak yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında obezite ile depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptamışlardır. Scott ve arkadaşları da (2008) genel popülasyondaki obezite ve ruhsal bozukluklar ile dünya ruh sağlığı araştırma sonuçları (Obesity and mental disorders in the general population: result from the world mental health surveys) konulu araştırmalarında obezite ve depresyonun ortaya çıkışında fiziksel rahatsızlık ve stres faktörlerinin serotoninerjik dengenin bozulmasında etkili olduğu ve sıklıkla birlikte görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu kaynaklar da yeme tutumları ile depresyon arasında ilişki vardır hipotezimiz ile örtüşmektedir.

İstanbul Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı’nda yapılan yeme bozukluğu hastalarında depresyon duygu durumunun değerlendirildiği yüksek lisans tez çalışmasında; depresyonun yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiyi şekillendirme yönünde etkisi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada anoreksiya tanısı alan hastalarda depresyon eş tanısı tanımlanmış, anlamlı ve yüksek korelasyon puanları bulunmuştur (Ergüney, 2012). Bu çalışmadaki sonuçların araştırmamızın depresyon değişkeni etkileri açısından desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarında elde edilen veriler doğrultusunda depresyon şiddeti arttıkça otomatik düşünce puanının da artmış olması yeme tutum bozukluklarında otomatik

düşüncelerin etkisi araştırılırken depresyon değişkeninin önemli belirleyen olduğu düşüncesi ile oluşturulan hipotezleri desteklemesi açısından önemlidir.

Duran (2016), rastgele yöntemle seçilen 204 gönüllü katılımcı ile depresyon ve erken dönem uyum bozucu şemalara arasındaki ilişkide otomatik düşünce özelliklerinin etkisini inceleyen araştırmasında uygulamış olduğu “Young Şema Ölçeği” alt boyutu “karamsarlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon,” alt boyutları ile depresyon ve otomatik düşünceler arasında orta düzeyde, anlamlı pozitif ilişki sonucuna varmıştır. Bu veriler araştırmamız sonuçları ile tutarlı olmakla birlikte bilişsel davranışçı kuram yaklaşımı açısından “şemaların incelenmesi “ yönünde tamamlayıcı bir kaynak olmaktadır.

Otomatik düşünceler ve yeme tutumları arasındaki ilişkiler üzerine yapılmış benzer bir uluslararası araştırmada, Flett ve arkadaşları (2011) klinik olmayan gönüllü 94 genç kadın ile mükemmeliyetçi ve olumsuz otomatik düşünceler ile Bulimik düşünceler arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Bu çalışmanın sonucunda mükemmeliyetçi düşünce ve olumsuz otomatik düşünceler ile bulimik düşünceler arasında sosyal etki ile artan anlamlı ve pozitif ilişki elde etmişlerdir.

Araştırmamızda bir başka bağımsız değişken olarak incelenen anksiyete duygu durumunun yeme tutumuna etkisi ve diğer değişkenler ile olan ilişki sonuçlarına bakıldığında yeme tutumları ile olan ilişkisinde anlamlı korelasyon verileri bulunmamıştır.

Ancak farklı bir çalışmada, Yağız ve arkadaşları (2015), üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığı ile bu bozukluğu olan bireylerde, öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile beden imgesi ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı 1000 öğrencinin katıldığı bir çalışma ile sosyal anksiyete bozukluğunun üniversite öğrencilerinde sık görüldüğü, ve anksiyete durumunda bastırılan öfke ve öfkenin içe atma düzeyinin yüksek olduğu ve öfke içe atımı ile beden imgesi ve yeme tutumu arasında ilişki olduğu hipotezlerini doğrulayan veri sonuçlarına ulaşmışlardır.

Özdemir (2011), “duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi konulu tez çalışmasında, Schneider ve arkadaşlarının obeziteli bireylerle sürekli öfke ve sürekli kaygının etkilerini karşılaştırdıkları ve sürekli kaygının etkisinin daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkan çalışmaları ile , araştırmasında varılan kaygının duygusal yeme üzerindeki etkisini gösteren anlamlı korelasyon sonuçlarını desteklemektedir. Uluslararası bir başka çalışmada Hearon ve arkadaşları (2013), anksiyete ve yeme tutumları üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyeteye karşı hassasiyetin

duygusal yemeye neden olduğu ve yeme davranışını da anksiyete ile bir baş etme stratejisi olarak kullanmakla ilişkili olduğunu savunmaktadır (Hearon ve ark., 2013).

Ancak anksiyete duygu durumu ile otomatik düşünce arasında önemli ve anlamlı korelasyon sonuçları görülmüştür. Bu verilere göre anksiyete şiddeti arttıkça otomatik düşünce ölçek puanı da artmaktadır.

Meriç (2010), “Yaygın Anksiyete bozukluğu olan kadın hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisi” konulu doktora tezi çalışmasında bilişsel yaklaşıma dayalı danışmanlığın, hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin ve otomatik düşüncelerinin sıklığında azalma sağladığı, anksiyetenin azalmasına katkı sağladığı sonucuna ulaşmıştır. Bu veri, araştırmamızda elde edilen otomatik düşünce ile anksiyete duygu durumu arasındaki sonuç ile paralellik göstermekte ve desteklemektedir.

Araştırmamızın bulguları incelenen literatür bazında da anlamlı olduğu ve öngörüldüğü gibi yeme tutum ve bozukluklarında otomatik düşüncelerin etkileri ile depresyon ve anksiyete duygu durumları arasında etkileşim ilişkisinin örtüştüğünü ortaya koymaktadır.

4.2 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İstanbul ilinde klinik olmayan ortamda gönüllü olarak katılan yetişkin bireylerde yeme tutumlarına otomatik düşüncelerin etkisi ve depresyon anksiyete değişkenleri ile ilişkisini incelemektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara kullanılan ölçekler ve katılımcıların paylaşımları ile sınırlıdır.

Araştırmada otomatik düşünceler ile ulaşılan temel inançlar, erken dönem şemaların duygu, düşünce ve davranış sürecinde değişken olarak ölçülmesi önemlidir. Ayrıca araştırmada tüm ölçekler ve alt boyutları, örneklem grubunun daha detaylı sosyodemografik özelliklerinde tek tek karşılaştırılamamıştır. Bu çalışmaya ayrılan kaynak sınırlılığı ve zaman kısıtlılığı nedeni ile ideal ölçümler gerçekleştirilememiştir.

Araştırmanın daha geniş zamanda, daha çok sayıdan oluşan örneklem grubuna temel inanç ve erken dönem şemaların da ölçülmesi ve alt boyutların yaş ve cinsiyet gruplarında detaylandırılarak, genişletilerek uygulanması ideal bir araştırma yöntemi olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Klinik olmayan örnekleme, otomatik düşüncelerin yeme tutumlarına etkisi ve diğer değişkenler olan anksiyete ve depresyon ile aralarındaki ilişkilerin incelenmesi konulu araştırmanın sonuçları bu bölümde incelenecektir. Örnekleme alınan 149 gönüllü yetişkin katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde yeme tutum testi ile diğer üç ölçek arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yeme tutum testi dışında otomatik düşünce ölçeği puanı Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları ile anlamlı ilişkiler olarak bulunmuştur. Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon puanları bulunmuştur. Buna göre araştırmamızın depresyon duygu durumu ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki vardır hipotezi doğrulanmaktadır.

Araştırmamızda otomatik düşüncelerin yeme tutumuna etkisi ölçekler arası karşılaştırmada hipotezimizi doğrulayan, anlamlı, fakat zayıf korelasyon sonucu bulunmuştur. Bu iki ölçek arasındaki ilişkilerin incelenmesinde otomatik düşünceler alt boyutu “şaşkınlık ve kaçınma fantezileri”, “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri”, arasında hipotezimizin tersine istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Buna karşılık “kişinin kendine yönelik duygu ve düşünceleri”, “yalnızlık ve izolasyon” ve “ümitsizlik” alt ölçek puanları ile “Yeme Tutum Testi puanı” arasında hipotezimizi doğrulayan istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar mevcuttur.

Tüm ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde en güçlü korelasyon otomatik düşünce ile Beck depresyon ölçek puanları arasında bulunmuştur. Otomatik düşünce ölçeğinin kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt ölçek puanı ile Beck depresyon ölçeğinin bedensel imge ve kendinden nefret etme, alt boyutu arasında pozitif yönde, hipotezimizi doğrulayan, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Katılımcılar cinsiyete göre incelendiğinde yaş grupları arasındaki cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı olmamaktadır. Cinsiyete göre ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda Beck depresyon ölçeği puanları her iki cinsiyette birbirine oldukça yakın bulunmuştur.

Otomatik düşünce ve Beck anksiyete puanları kadınlarda hafif daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklı değildir.

Cinsiyetler arasında en büyük fark yeme tutum testi puanında olsa da, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Cinsiyete ve yaş gruplarına göre otomatik düşünce alt ölçek” puanları karşılaştırıldığında her iki özellik için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Araştırmamızın cinsiyet ve yaş grubu ile otomatik düşünceler alt boyutları arasında ilişki vardır hipotezi doğrulanmamaktadır.

Cinsiyet ve yaş grubuna göre yapılan incelemede Beck anksiyete alt ölçek puanlarında da istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Araştırmamızın cinsiyet ve yaş grubu ile anksiyete alt boyutları arasında ilişki vardır hipotezi doğrulanmamaktadır

Yaş gruplarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında Beck depresyon ve otomatik düşünce ölçek” ortalama puanları ergenlerde daha yüksektir. Buna karşılık yeme tutum ve Beck anksiyete ortalama puanları yetişkinlerde daha yüksek bulunmuştur, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Katılımcıların depresyon şiddetine göre yeme tutum puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. Farkın nedeni ise orta düzeyde depresyon grubuna ait puanın, minimal düzeyde depresyon tespit edilmiş gruptan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olmasıdır. Şiddetli depresyon grubuna ait puan da yüksek olmakla birlikte bu grup sadece 6 kişiden oluştuğundan aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Örneklem puanlarında yeme tutumları ve bozuklukları ile depresyon duygu durumu arasında ilişki olduğuna dair veriler olmasına rağmen, veri sayısının istatistiksel anlamlandırma düzeyinde olmadığı için hipotezimizin doğrulanmasına dair yeterli veri bulunamadığı önemle belirtilmektedir. Diğer yandan katılımcıların depresyon şiddetine göre otomatik düşünce ölçek puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak hipotezimizi doğrulayan anlamlı korelasyon bulunmuştur Depresyon şiddeti arttıkça otomatik düşünce ölçek puanı da artmaktadır. Orta ve şiddetli depresyon grupları karşılaştırması dışında, tüm gruplar arasındaki karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir.

Katılımcıların anksiyete şiddetine göre “Yeme Tutum” puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, yok denecek düzeyde anksiyetesi olan grubun puanı, diğer gruplardan daha düşük olsa da aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu veri ile yeme tutum ve bozuklukları ile anksiyete duygu durum bozuklukları arasında ilişki vardır hipotezimiz doğrulanmamaktadır.

Katılımcıların anksiyete şiddetine göre “Otomatik Düşünce Ölçek” puanları incelendiğinde ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Veri sonuçlarına göre anksiyete şiddeti arttıkça “Otomatik Düşünce Ölçek” puanı artmaktadır. Bu sonuca göre de otomatik düşünceler ile anksiyete duygu durumu arasında ilişki vardır hipotezimiz doğrulanmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre şu önerilerde bulunulabilir:

Bu araştırma klinik olmayan ortamda gönüllü katılımdan oluşan örneklem grubu ile yapılmıştır. Aynı konu ve yöntem ile klinik ortamda kontrol grubu ile bu araştırmanın yapılması ve sonuçların karşılaştırılmasının önemli bir araştırma olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada tüm ölçekler ve alt boyutları, örneklem grubunun daha detaylı sosyodemografik özelliklerinde tek tek karşılaştırılamamıştır. Araştırmanın daha geniş zamanda, daha çok sayıdan oluşan örneklem grubuna ve ek olarak temel inanç ve erken dönem şemaların da ölçülmesi ve alt boyutların yaş ve cinsiyet gruplarında detaylandırılarak, genişletilerek uygulanması ideal bir araştırma yöntemi olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akyüz, G., Bayraktar, F., Çuhadaroğlu, F., Maner, F. (1999). Yeme Bozuklukları. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.

Alladin, A. (2016). Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bütüncül Bdt. (Çev. M. Benveniste). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

Alçalar, N., Babayiğit, Z. ve Bahadır, G. (2013). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açından İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 33(4), 1077-1085.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Çev. E. Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2009). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Aydın, D.G. (2012). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi

Aytin, N. (2014). Ergenlerde Yeme Tutumları İle Sorun Çözme Eğilimleri Ve Ebevyne Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.

Babayiğit, Z. (2007). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsek Kurama Göre İncelenmesi. Yayımlanmış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi

Beck, A. T. (2008). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. (Çev. V. Öztürk, A. Türkcan). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beck, J. S. (2014). Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi. (Çev. M. Şahin). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Beck, J. S. (1995). Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi. (Çev. N. H. Şahin).Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Beck, J. (2007). “The Beck Diet Solution: Train Your Brain to Think Like a Thin Person”. Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews, Vol.4,No.5.

Beştepe, E. Küçükgöncü, S. (2014). “Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu”. Nöropsikiyatri Arşivi, 51:368-375.

Bozkurt, S. (2017). “Yeme Bozuklukları ve Obezite Epidemiyolojisi”. Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi, Sayı 49 / 39.

Bruce, T. J., Jongasma, A. E., Peterson, J. M., (2016). Yetişkin Psikoterapisi Tedavi Planlayıcısı. (Çev. Aydın, G., Ermiş, E., Şahin, M.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Burç, B. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumları İle Dürtüsellik ve Aleksitimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Butcher, J. N., Mineka, S., ve Hooley, J. M. (2013). Anormal Psikoloji. (Çev. O. Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yayıncılık.

Caselli, G., Marino, C., Nikcevic, A.V., Spad, M.M., (2017). The Importance Of Thinking Styles In Predicting Binge Eating. London: Kinston University Press.

Cantürk, N., Doğan, B., Özdeş, T. (2001). Pika: Bir Olgu Sunumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Adli Tıp Dergisi Sayı 3.

Chen, Y. E., Safer, L. D., Telch, Y. E. (2013), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Ve Bulimia İçin Diyalektik Davranış Terapisi. (Çev. G. Sart). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Çilli, S. A., Kaya, N. (1997). “Anoreksiya Nervoza”. Genel Tıp Dergisi. 7(2):107-10.

Duran, S. (2016). Depresyon ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Arasındaki İlişkide Otomatik Düşünce Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.

Dow, M. (2017). Yemek Bağımlılığı. (Çev. M. Yalçın). İstanbul: Remzi Kitabevi

Eker, E. (2014). Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışı İle Korelasyonu. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.

Erbaş, S. (2015). Yeme Tutumlarının Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi. Yayımlanmış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Erbay, G. L., Seçkin, Y. (2016). “Yeme Bozuklukları”. Güncel Gastroenteroloji, 20/4.

Ertan, D. (2008). “Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi”. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62,s:25-30.

Ergüney, E. (2012). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Erol, A., Yazıcı, F. (1999). “Bulimia Nervozada Tedavi”. Klinik Psikiyatri, 2:172-178.

Fairburn, G. C., Harrison, J. P. (2003). “Eating Disorders”. Oxford University Department of Psychiatry, Warneford Hospital. The Lancet 361: 407-16.

Flett, L. G., Hewitt, P. L., Newby, J., Persaud, C. (2011). "Perfectionistic Automatic Thoughts, Trait Perfectionism, and Bulimic Automatic Thoughts in Young Women". *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 29:192–206.

Gül, İ. A., Keskin, D., Bozkurt, G. (2014). "Tükenmişlik Sendromu İle Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15:93-98.

Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A. J., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 37, 923-933.

Jong, P. J., Renate A.M. (2015). "Automatic approach/avoidance tendencies towards food and the course of anorexia nervosa". Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, University of Groningen, Grote. Elsevier Ltd. *Appetite* 91.28-34.

Karaköse, S. (2012). *Yeme Bozukluğu Semptomolojisini Yordamada Baş etme Stratejilerinin ve Olumsuz Temel İnançların Rolü*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

Karaosmanoğlu, H. A. (2002). "Otomatik Düşünceler Nedir?". Available on site https://www.psikonet.com/otomatik-dusunceler_nedir-154.html

Kazmirci, T. (2009). *Duyularını Yemek*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık Hizmetleri.

Konuk, N., Sevinçer, G. M. (2014). "Emosyonel Yeme". *Derlemeler*, DOI: 10.5455/jmood.20130926052526.

Köroğlu, E. (2009). *Klinik Uygulamada psikiyatri Tanı ve Tedavi Klavuzları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Kuruoğlu, Ç. A. (2000). "Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Ankara: 10:32-37.

Leahy, R. L. (2004). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. (Çev. F. Özpilavcı., H. Hacak., M. Macit). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Maner, F. (2007). “Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavi”. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Maner, F. (2007). “Yeme Bozuklukları”. RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, 1:1.20.

McWilliams, N. (2017). Psikanalitik Tanı. (Çev. E.Kalem). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

McKenna, P. (2017). Hipnotik Mide Bandı. (Çev. S.S. Tezcan). İstanbul: Pegasus Yayınları.

Meltem, M., Oflaz, F. (1990). “Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi”. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3):109-118.

Meriç, M. (2010). Yaygın Anksiyete bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Danışmanlığın Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşüncelerine Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

Morrison, J. (2016). DSM-5’i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi. (Çev. H. U. Kural). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Müezzinoğlu, E.A., (2011). Tıbbi Hipnoz Eğitimi. İstanbul: Sokak Kedisi Omnia Yayıncılık.

Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., Sungur, M., Z., (2016), “Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(2):133-144.

Oral, N., Şahin, H. N. (2008). “Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi”, Türk Psikoloji Dergisi, 23(62):37-48.

Orhan, F. Ö., Tuncel, D. (2009). “Gece Yeme Bozuklukları”. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1(2):132-154.

Öner, N. (2008). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Öyekçin, D. G., Şahin, E. M. (2011). “Yeme bozukluklarına yaklaşım”, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 15(1):29-35.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. N. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.

Özdemir, G. S. (2015). Duygusal Yememin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri İle Olan İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Özer, Ş. (1999).”Yeme Bozukluklarında Hipnoterapi”. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar, cilt4,sayı2,ss257-260.

Pahalı, C. (2015). Beden Kitle İndeksinin Anksiyete ve Depresyon Belirtileri ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Savaşır, E., Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi:Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. İstanbul: Psikoloji Dergisi, cilt7, sayı23,ss.19-25.

Standage, T. (2016). İnsanlığın Yeme Tarihi. (Çev. G. Çakır). İstanbul: Maya Yayınları

Scott, K.M. et al., 2008, “Obesity and mental disorders in the general population: result from the world mental health surveys”, International Journal of Obesity, 32:192-200.

Tangör, A. (2007). Psikoterapiler ElKitabı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Kitap 4.s:50-56.

Toker, E. D., Hocaoğlu, Ç. (2009). “Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme”. Düşünen Adam, 22(1-4):36-42.

Turan, B. (2014). Hipnoz Telkinleri. Ankara: Pusula Yayınevi.

Türkçapar, H. (2007). Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Unoka, Z., Simon, T., Tölgyes, T. And Czobor, P. (2010). “Eating Disorder Behavior and Early Maladaptive Schemas in Subgroups of Eating Disorders”. The Journal of Nervous and Mental Disease. Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, 198: 425-431.

Üneri, Ş. Ö. (2010). “Anoreksiya Nervoza ve Kaygı Bozuklukları”. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 4(4):236-239.

Yağız, K. A.,Kavakcı, Ö., Kuğu, N., Semiz, M. (2015). “Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Öfke İfadesinin Beden İmgesi ve Yeme Tutumu İle İlişkisi”. Türk Psikiyatri Dergisi:260.

Yalom, I. D. (2008). Yeme Bozuklukları Terapisi. (Çev. R. Kastro). İstanbul: Prestij Yayınları.

Vardal, E. (2015). Yeme Tutumu: Bağlanma Stilleri ve Gestalt Temas Biçimleri Açısından Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

Wit, L. et al., 2010, ”Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies”, Psychiatry Researches, 178:230-235

EKLER

Ek.1

YEME TUTUM TESTİ (YTT)

Ad Soyad:

Yaş:

Meslek:

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin “ Çikolata yemek hoşuma gider “ cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima” nın altını (X) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum .						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						

8. Yiyeceđimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9.Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10.Ekmek , patates,pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.Ailem fazla yememi bekler.						
13.Yemek yedikten sonra kusarım.						
14.Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.Tek düşüncem zayıf olmaktır.						
16.Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17.Günde birkaç kez tartılırım.						
18.Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.Et yemekten hoşlanırım.						
20.Sabahları erken uyanırım						
21.Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23.Adetlerim düzenlidir.						
24.Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						

25.Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26.Yemeklerimi yemek başkalarinkinden uzun sürer.						
27.Lokantada yemek yemeyi severim.						
28.Müşhil kullanırım.						
29.Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30.Diyet (Perhiz) yemekleri yerim.						
31.Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32.Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33.Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34.Yiyecekler ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35.Kabızlıktan yakınırım						
36.Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37.Perhiz yaparım.						
38.Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39.Şekerli , yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40.Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek.2

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODO)

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi
2. Ender olarak aklımdan geçti
3. Arada sırada aklımdan geçti
4. Sık sık aklımdan geçti
5. Hep aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Arasına	Sıksık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiçbir işe yaramıyorum					
3. Neden hiç başarılı olamıyorum					
4. Beni hiç kimse anlamıyor					
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu					
6. Devamedebileceğimi sanmıyorum					
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım					
8. Öyle güçsüzüm ki ..					
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor					
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım					
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı					
12. Artık dayanamayacağım					
13. Bir türlü harekete geçemiyorum					
14. Neyim var benim					

15. Keşke başka bir yerde olsaydım					
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum					
17. Kendimden nefret ediyorum					
18. Değersiz bir insanım					
19. Keşke birden yok olabilseydim					
20. Ne zorum var benim					
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum					
22. Hayatım karmakarışık					
23. Başarısızım					
24. . Hiç bir zaman başaramayacağım					
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum					
26. Bir şeylerin değişmesi gerek					
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı					
28. Geleceğim kasvetli					
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez					
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum					

Ek.3.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için çok teşekkürler.

Adı Soyad:

Cinsiyeti:

Yaşı:

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
Minimal depresyon	0-9
Hafif depresyon	10-16
Orta depresyon	17-29
Şiddetli depresyon	30

Ek.4.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				

14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Ayla Nilgün Katırcı

Doğum Yeri: Ankara

Yabancı Dil: İngilizce

Lisans: Marmara Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü (1990-1995)

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji

İş Deneyimleri:

2004- Context Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezi

(GSK (Glaxo Smith Klein) “Hasta hekim ilişkileri ve Empati

Psikosomatik Hastalıklar; Cilt ve Deri hastalıklarının Psikolojik Nedenleri” konulu

Eğitim

2017 Unilever “İş Hayatında Psikoloji,Nörobilim
ve Pazarlama Sürecine Etkileri” konulu eğitim

2014 Bayrampaşa Göznuru Vakfı Hastanesi

Hastane Personeli Öfke Kontrol Eğitim Programı

2012-2014 YS Beslenme Danışmanlık

Uzm. Diyetisyen Yasemin Serintürk

Obezite, Zayıflama ve Beslenme Bozukluklarında Psikoterapi ve

Danışmanlık

Dental Akademi (Kaygı ve depresyona bağlı çene ve eklem hastalıklarında
psikoterapötik destek)

2004-2005 Kadıköy Belediyesi Aile Danışmanlık Merkezi

Psiko-Sosyal Destek Komitesi -Aile Terapisi

2002-2004 FMV Özel Ayazağa Işık Lisesi

1998 -2002 Gündönümü Psikoterapi Merkezi

1995 -1997 Aura Psikoterapi Merkezi

1995 -1996 Bolluca Çocuk Köyü