



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YEME BOZUKLUKLARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN
YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İÇİN
BİR ARŞİV TARAMASI**

AYLA OĞUZ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. SİNEM ZEYNEP METİN

İstanbul - 2017

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YEME BOZUKLUKLARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN
YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İÇİN
BİR ARŞİV TARAMASI**

**AYLA OĞUZ
154102074**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. SİNEM ZEYNEP METİN

İstanbul - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102074
Öğrenci Adı Soyadı	: Ayla OĞUZ
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Sinem Zeynep METİN
Tezin Başlığı	: Yeme Bozukluklarında Psikolojik faktörlerin yaygınlığının Araştırılması için Bir Anket Taraması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.09.2017	Saati	: 09.00
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"/> GELMEDI		
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	Yrd.Doç.Dr. Sinem Zeynep METİN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	YrD.Doç.Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yeme Bozukluklarında Psikolojik Faktörlerin Yaygınlığının Araştırılması İçin Bir Arşiv Taraması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

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

AYLA OĞUZ

İmza

TEŐEKKÖR



Benim için anılarını erteleyen Öykü ve Özüm'e

ÖZET

(Oğuz, Ayla, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

YEME BOZUKLUKLARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İÇİN BİR ARŞİV TARAMASI

Bu araştırma, yeme bozukluklarıyla çoğu kez aynı zamanda görülen depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığını kanıtlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla NP Hastanesi'nde yeme bozukluğu tanısı alan, ayaktan ve/veya yatan 30 hasta dosyası izin ile incelenmiş ve bir arşiv çalışması yapılmıştır. Arşiv çalışmasında, hastalara uygulanan Beck Depresyon, Beck Anksiyete, Yeme Tutumu Testi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği, Duygu Durum Bozuklukları Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Psikolojik Bozukluk Değerlendirme Ölçeği ve Çocuk Depresyon Ölçeğinin sonuçları taranmıştır. Yeme bozukluğu hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlar gruplar arası karşılaştırma için istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Sonuç olarak yetişkin yeme bozukluğu hastalarının obsesif belirtilerinin ve duygu durum belirtilerinin çocuk yeme bozukluğu hastalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu, diğer ölçeklerden alınan ortalama puanların çocuk ya da yetişkin olmaya göre değişmediği bulunmuştur. Bulimia tanısı almış hastalarda çocukluk çağı travmalarının anoreksiya tanısı almış hastalardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönde, yeme tutumu ile duygu durum arasında negatif yönde, yeme tutumu ile çocuk depresyonu arasında pozitif yönde, dürtüsellik ile duygu durum arasında negatif yönde, psikolojik bozukluk ile çocuk depresyonu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer yandan hastanenin arşiv taramasında hasta dosyalarında bilgilerin işlenmesi ile ilgili problemlerin olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Yeme Bozukluğu, Anoreksiya nervoza, Bulimia nervoza, Depresyon, Anksiyete, Obsesif Kompulsif Bozukluk

ABSTRACT

(Oğuz, Ayla, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

AN ARCHIVAL SCAN FOR THE INVESTIGATION OF THE PREVALANCE OF PSYCHOLOGICAL FAKTORS IN EATING DISORDERS

This research aim to demonstrate the prevalence of depression, anxiety and obsessive compulsive disorder, often associated with eating disorder. For this purpose, the patient and inpatient files were examined who were diagnosid with eating disorder in the NP Hospital which these 30 patient files werw reviewed with permission and an archive study was conducted. The result of the Beck Depression, Beck Anxiety, Eating Attitudes Test, Barrat Impulsiveness Scale, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, Mood Disorder Questionnaire, Childhood Trauma Questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale and Childhood Depression applied to the illness in the archive study were examined. The scores of eating disorder patients' scales were statistically analyzed for comparison between groups. As a result, adult eating disorder patients' obsessive and mood symptoms were found to be significantly higher than children's eating disorder patients. It was found that the mean scores of the other scales did not change according to whether they were children or adults. In bulimia diagnosed patients, childhood trauma was found to be significantly higher than anorexia diagnosed. The correlations between scores of eating disorder patients' scales were examined. As a result, positive relationship between anxiety and depression, negative between eating attitude and emotional state, positive between eating attitude and child depression, negative between impulsivity and emotional state, and psychological disorder and child depression were positively correlated On the other hand, it was observed that the patient had problems with the processing of information in patient files during the archive scan.

Key words: Eating disorder, Anorexia nervoza, Bulimia nervoza, Depression, Anxiety, Obsessive Compulsive Disorder

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar	ix
BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
İKİNCİ BÖLÜM: İLGİLİ LİTERATÜR	3
2.1. YEME BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ	3
2.1.1. Biyolojik Yapının Etkisi	3
2.1.2. Genetik Yatkınlık Etkisi.....	5
2.1.3. Mizaç, Karakter ve Kişilik Özelliklerinin Etkisi	5
2.1.4. Aile ve Sosyokültürel Yapının Etkisi.....	6
2.1.5. Travma Etkisi	8
2.1.6. Beden Algısının Etkisi	9
2.2. YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON İLİŞKİSİ	10
2.3. YEME BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ	11
2.4. YEME BOZUKLUĞU VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ	12
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM	14
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	14
3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	14
3.2.1. Beck Depresyon Ölçeği	14

3.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	15
3.2.3. Yeme Tutumu Testi	15
3.2.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	15
3.2.5. Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği.....	15
3.2.6. Duygu Durum Ölçeği.....	16
3.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	16
3.3. İŞLEM	17
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	17
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	18
4.1. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DAĞILIMLARI VE ORTALAMALARI	18
4.2. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DAĞILIMLARI.....	20
4.3. YEME BOZUKLUĞU HASTALARINA UYGULANAN ÖLÇEKLER	28
4.4. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	31
4.5. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER	34
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA VE SONUÇ.....	35
5.1. TARTIŞMA	35
5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
5.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	41
KAYNAKLAR	42
EKLER.....	50
EK 1: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	50
EK 2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	54

EK 3: MAUDSLEY OBSESYON ÖLÇEĞİ	55
EK 4: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ	58
EK 5: KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	60
EK 6: DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ	61
EK 7: YEME TUTUMU TESTİ.....	63
EK 8: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ	65
EK 9: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	67



TABLolar

Sayfa No

Tablo 1.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Yaş Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Yaş Aralıkları	18
Tablo 2.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri	19
Tablo 3.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Aldıkları Yeme Bozukluğu Alt Tanılarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri.....	20
Tablo 4.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Aldıkları Eş Tanılara İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri.....	21
Tablo 5.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Travmatik Aile Öykülerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri	23
Tablo 6.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Alkol/Madde Kullanım Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri.....	24
Tablo 7.	Yeme Bozukluğu Hastalarının İstismar Öyküsü Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri	25
Tablo 8.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Doğum Sorunu Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri.....	26
Tablo 9.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Tıbbi Hastalık Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri.....	27
Tablo 10.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Arşivinde Kullanıldığı Gözlenen Ölçeklerin Uygulanıp Uygulanmamalarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri	29
Tablo 11.	Yeme Bozukluğu Hastalarında Olumsuz Beden İmajı Ölçeği Arşiv Bilgilerine İlişkin Frekans Dağılımı ve Yüzelikler	31
Tablo 12.	Yeme Bozukluğu Hastalarının Çocuk ya da Yetişkin Olmalarına Göre Arşivde Puanlanmış Ölçeklerden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları.....	32

Tablo 13. Yeme Bozukluğu Hastalarının Alt Tanılarına Göre Arşivde Puanlanmış Ölçeklerden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları.....	33
Tablo 14. Yeme Bozukluğu Hastalarının Hastane Arşivinde Bulunan Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları	34



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yeme bozuklukları yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen ve gerek fiziksel gerek psikolojik sorunlara yol açarak bireyin tıbbi yardım almasına sebep olan sıra dışı yeme davranışı bozukluklarıdır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Birçok olgu tarafından tetiklenen yeme bozuklukları, erken dönemde başlayan ve önlem alınmadığında ölümcül sonuçları olabilecek ciddi bir sorundur (Hebebrand et al., 1997) Normalin dışında gelişen bu davranım, ölüm ve hastalık seyir değerleri bakımından yüksek risk taşımaktadır. Araştırmalara göre günümüzde en çok karşılaşılan yeme bozuklukları anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tikanırcasına yeme bozukluğudur (Özsoy, 2017). Bu araştırmada daha çok anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza incelenecektir.

Anoreksiya nervozada kilo alma korkusu ile yeme-içme davranışı normalin dışına çıkmakta ve kişi bedeniyle aşırı ilgilenmektedir. Çoğu kez, kilo almaktan duyulan yoğun korku ve yarattığı yüksek kaygı neticesinde hastalık kriterlerinden biri olan adet düzensizliklerini hatta adet sonlanmasını tetikleyebilmektedir. Korku ve kaygı sebebiyle yeme miktarının önemli ölçüde azaltılması, katı diyet programlarının uygulanması ve aşırı egzersizle kilo verme fikri kişide sabit bir düşünce haline gelmektedir. Bulimia nervoza ise daha çok yeme davranışının kontrolsüzlüğü ile tanımlanmaktadır. Kişinin aşırı miktarda besin tüketmesi ve akabinde kusma, laksatif ve diüretik ilaçlar kullanma gibi davranışlar ile kilo alımına engel olmaya çalışması bulimia nervoza tanısına yardımcı olacak kriterlerdir (Kabakçı ve Başaran, 2001)

Yapılan araştırmalar yeme bozukluklarının eş zamanlı olarak farklı olgularla ilişkisini kanıtlamıştır. En sık eş zamanlı olarak majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları görülmektedir. Kişilik bozukluklarının yeme bozukluğu ile olan ilişkisinde en çok C kümesi kişilik bozuklukları (obsesif kompulsif ve bağımlı kişilik bozuklukları) tespit edilmiştir. Ayrıca anoreksiya nervozada daha çok obsesif kompulsif kişilik bozukluğu görülürken, bulimia nervozada daha çok sınır kişilik bozukluğu görülmektedir (Batum,2008).

Yeme bozukluklarında travmanın önemi üzerine araştırmalar yapılmakta ve travma sonrası stres bozukluğunun yeme bozuklukları üzerine etkisini gösteren çalışmalar giderek artmaktadır. Yeme bozuklukları ve travma ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsel, fiziksel ya da duygusal istismara dikkat çeken, ihmal ve ilgisizliğin etkilerini sorgulayan sonuçlar ortaya konmaktadır (Ağırman ve Maner, 2010). Bireyin içinde bulunduğu çevre, ebeveyn ilişkileri, ebeveyn- çocuk ilişkisindeki sorunlar ya da aile üyelerinin veya bir yakının yaşadığı travmalar yeme bozukluğunu tetikleyen etkenler olarak tespit edilmiştir (Ören ve Gençdoğan, 2007).

Yeme bozukluğunun bir diğer ilişkili bulunduğu alan ise bağlanmada ortaya çıkan dengesizliklerdir. Bakım verenin, yeni doğan ile arasındaki ilk iletişimlerde ortaya çıkan değişkenliğin, ilerleyen zamanda yeme davranışında bozukluğa yol açan etkenlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Gerek güvensiz bağlanan bireylerde gerekse yeme bozukluğu hastalarında düşük kendilik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duygularının varlığı benzer düzeyde tespit edilmiştir (Alantar ve Maner, 2008)

Yeme bozukluklarında bir diğer dikkat çeken olgu dürtü kontrolsüzlüğünün varlığıdır. Dürtüsel kişiler ile yapılan çalışmalarda bu kişilerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıkları ve yüksek kalorili besinlere karşı kontrolü kaybettikleri tespit edilmiştir (Annagür, 2010)

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, yeme bozukluğu teşhisi konulan ayaktan ve/veya yatan hastalarda depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığına dikkat çekmek ve yeme bozukluklarını etkileyen faktörler ile ilgili açıklayıcı bilgi sunmaktır.

Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1-Yeme bozukluklarında depresyon yaygın mıdır?

2-Yeme bozukluklarında anksiyete yaygın mıdır?

3-Yeme bozukluklarında obsesif kompulsif bozukluk yaygın mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

İLGİLİ LİTERATÜR

Yeme bozuklukları, yeme davranışının anormal seyriyle karakterizedir. Farkedilmesi zaman aldığından ölümlü sonuçlanma riski vardır (Maner, 2001) Yeme bozuklukları anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve atipik yemek bozukluğu olarak üç tanıda incelenmektedir. Yapılan araştırmalar daha çok anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırca yeme bozukluğu üzerinedir (Zincir, 2014) Yeme bozukluklarının görülme sıklığı genel olarak ergen ve genç kadınlarda daha fazladır (Fairburn and Harrison, 2003). Genel olarak anoreksiya nervoza, erken ve orta ergenlikte (kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce), bulimiya nervoza ise geç ergenlik (erkeklerde 14, kızlarda 13 yaşından sonra) veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Çelik, 2014). Yeme bozukluğu olan kişilerde beden algısında bozulma ve kilo kaygısı ile gelişen psikolojik sorunların yanı sıra kemik yapısındaki gelişim geriliği ve adet düzensizlikleri veya adet sonlanması gibi fiziksel sorunlar da önemli oranda görülmektedir (Koroğlu, 2009). Ayrıca yeme bozukluklarının çoğu kez kişilik bozuklukları ve duygu durum bozuklukları ile birlikte eş tanı aldığı da dikkat çekmektedir (Batum, 2008).

2.1. YEME BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ

2.1.1. Biyolojik Yapının Etkisi

Canlının büyüme, üreme, hareket ve beyin fonksiyonlarının devamı için gıda alımına beslenme denir (French et al., 1993). Yeme davranışı ağızda başlar ve gastrointestinal sistemde son bulur. Yeme davranışı sürecinde farklı yapılar görev alır. Alınan gıdanın tadı, ısısı, yoğunluğu gibi bilgiler ağızda işlenerek, diğer sistemlere iletilir. Olfaktör, gustatuar, takdil ve ısıl uyaranlardan oluşan tad duyumu mekanizması, olifaktör, trigeminal, fasiyal, glossofaringeal ve vagal sinirleri vasıtasıyla beyine ulaştırılır. Olfaktör sinir girdileri hariç bu afferent yollar beyin sapında işlenir. Beyin sapında bulunan duyuşal çekirdeklere ulaşan ve çıkan yollarla üst merkezlere iletilen bu bilgiler internöronal ağ vasıtasıyla çiğneme hareketini düzenleyen kranial sinirlerin

premotor ve motor çekirdeklerine ulaşırlar. Yeme sürecini araştırmak için beyin sapına yapılan deneysel müdahale çalışmalarının; yeme davranışını etkilediği, besin arama ve yemeyi başlatma davranışının gözlenmediği tespit edilmiştir (Kıcalı, 2015). Ön beyin sisteminde yer alan hipotalamus çekirdeklerinin de yeme davranışında aktif rol oynadığı kanıtlanmıştır. Hipotalamusun lateral çekirdekleri açlık duygusunu, medial çekirdekleri ise tokluk duygusunu kontrol etmektedir. Hipotalamus çekirdeklerindeki işlev kayıpları ve yapısal değişimlerin yeme davranışı bozukluklarına yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca hipotalamustaki arkuat, dorsomedial ve paraventriküler çekirdekler, telensefalon, nukleus akumbens , ventral pallidum, amygdala, olfaktör korteks, visseral duyuşal korteks ve orbito-frontal korteks de yeme davranışını belirleyen diğer yapılar olarak kabul edilmektedir (Burakgazi ve arkadaşları., 2013). Bireylerde tespit edilen bu gibi biyolojik farklılıklar, tikanıracasına yeme davranışı gösteren bireylerdeki tok olmaya rağmen yeme davranışını bitirememeye veya anoreksiya nervoza hastalarında olduğu gibi açlığa rağmen iştahı durdurma davranışını açıklamaya yardımcı olmaktadır (Kocakaya, 2016). Ayrıca biyolojik yapıdaki farklılıkların psikolojik yapıyı etkilediği ve kişilik değişimlerine yol açtığı kanıtlanmıştır. Phineas Gage vakası bu konudaki en önemli çalışmalardan biridir. Bu vaka kafatasının sol tarafına demir çubuk giren bir işçinin frontal bölgesinin ciddi şekilde hasar görmesine rağmen sol göz körlüğü dışında herhangi bir bedensel sekel kalmaması ve hayatına normal şekilde devam etmesini anlatmaktadır. Motor beceriler ve konuşma - dil becerilerinin normal kaldığı vakada, işçinin kişiliğinin belirgin bir değişmeye başlaması; ahlaklı, yardımsever, saygılı, çalışkan ve işinde oldukça başarılı biri iken yaralanmadan sonra ahlaki değerlere önem vermeyen, kaba, saygısız, saldırgan, kontrolsüz ve plansız biri haline gelmesi, biyolojik yapıdaki bozulmanın kişiliği nasıl etkilediğini kanıtlayan önemli bir sonuçtur (Savrun, 2005). Orhan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırma da silahla yaralanma sonucu oluşan temporal bölge ve limbik sistem hasarlarının kişilik değişimlerine ve bozulmalarına yol açtığını destekleyen veriler ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar doğuştan gelen biyolojik yapının önemini vurgulamakla beraber biyolojik yapıda, özellikle beyin yapısında meydana gelen hasarların kişilik yapısına etkisini ortaya koymaktadır (Üngüren, 2015).

2.1.2. Genetik Yatkınlık Etkisi

Yapılan araştırmalar, genetik yatkınlığın yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili nedenler arasında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Klinik temelli çalışmalar özellikle anoreksiya nervozanın kalıtsal ilişkisini bulimia nervozaya göre yüksek bulmuştur (Fairburn and Harrison, 2003). Genetik olarak yeme bozukluğu riskini arttırdığı kanıtlanan hipotalamus gibi biyolojik yapıların ve serotonin gibi nörotransmitter yapıların kişilik özellikleri ve duygu durumuyla birlikte yeme tutumlarını da etkilediği belirtilmektedir (Erbay ve Seçkin 2016). Gerek aile araştırmaları gerek monozigot ikiz araştırmaları da bu olguyu kanıtlar nitelikte sonuçlar vermektedir. Bulimiya nervozanın monozigot ikizlerde görülme sıklığı %22.9 iken dizigot ikizlerde bu oran %8.7 bulunmuştur. İkiz çalışmalarındaki bu anlamlı fark yeme bozukluklarını genetik açıdan açıklamaya katkı sağlamıştır (Kendler et al.,1991). Bu sonuçla birlikte anoreksiya nervoza etiyolojisinde, genetik etkenlerin çevresel etkenlerden daha önemli olduğu ortaya konmaktadır (Kuruoğlu, 2000). Ayrıca, yeme bozukluğu tanısı olan ocuk ve ergenlerin ailelerinde yeme bozukluğu ve/veya obezite görülme oranı dikkat çekmektedir (Siyez, 2010). Ancak yapılan çalışmalarla, evre ve yetişme özelliklerinin her toplumda farklılık gösterdiği ve bireylerin aynı evre ve ortak yetişme koşulları sebebiyle benzer davranışları gösterme olasılığının da bulunduğu ve dolayısıyla yeme tutumlarındaki benzerliklerin de her zaman genetik yatkınlıkla açıklanamayacağı tespit edilmiştir (Ertaş, 2006).

2.1.3. Mizaç, Karakter ve Kişilik zelliklerinin Etkisi

Mizaç; bireyin doğumla birlikte getirdiği duygusal eğilimini ifade eden, genetik kökenli ve yaşam boyunca değişimi çok beklenmeyen yapısal özellikleridir Karakter ise koşulların belirlediği ve çoğunlukla öğrenilmiş tutumları yansıtır ve zamanla değişebilecek özellikleri barındırır (Aydın, 2012). Yapılan araştırmalar kişiliğe yapılan biyolojik katkıları mizala, sosyal ve kültürel katkıları ise karakter ile tanımlamaktadır. Cloninger'e göre kişiliğin yapısı; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme ile tanımlı dört mizaç özelliği ve kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma ile tanımlı üç karakter özelliğinin toplamından oluşmaktadır (Sayın ve Aslan, 2005).

Kişilik özelliklerinin yeme bozuklukları üzerine etkisini araştıran çalışma sonuçlarına göre bu olgular arasında yakın ilişki bulunmuştur. Anoreksiya tanısı almış bireylerde gözlenen obsesif davranışlar, yeni durumlardan çabuk bıkmaya ve kaçınma tavrı ve karamsar ruh hali anoreksiklerin karakter özelliklerini ifade etmekte ve kişilik özelliklerinde yenilik arayışının ve kendini yönetmenin düşük, zarardan kaçınmanın yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bulimiklerin anoreksiklere göre yenilik arayışının daha fazla, kaçınanlığının yüksek ve kendini yönetmede daha düşük olduğu belirtilmektedir (Onar, 2008). Ayrıca anoreksiya vakalarında mükemmeliyetçi, utangaç, uysal olma kişilik özelliklerini; bulimiya vakalarında ise histriyonik, duygu durumunda dalgalanma ve sosyal açıdan yakınlık görülmektedir (Özsoy, 2017; Bektaş, 2016; Sönmez, 2017).

Kişilik üzerine yapılan araştırmalar kişilik bozukluğu ile yeme bozukluğu arasındaki eş zamana dikkat çekmiştir. Yeme bozuklukları ile birlikte en sık görülen kişilik bozuklukları C grubu (korku-kaygı) kişilik bozukluklarıdır. En çok eş tanı alanlar %26 ile obsesif kompulsif ve bağımlı kişilik bozukluklarıdır. Bu kişilik bozuklukları anoreksiya nervoza hastalarının önemli bir bölümünde eş tanıya ortak olmuştur. Yeme bozukluklarında B grubu kişilik bozukluklarının (dramatik, duygusal) görülme sıklığı %10 bulunmuştur. Bu gruba dahil olan sınır ve histriyonik kişilik bozukluklarına daha çok bulimia nervoza hastalarında rastlanmıştır. Paranoid ve şizoid kişilik bozuklukları ise A grubu kişilik bozukluklarıdır ve yeme bozukluklarında en az eş tanı alan grup olmuştur. (Kıcalı, 2015; Batum, 2008)

2.1.4. Aile ve Sosyokültürel Yapının Etkisi

Bireyin ilk sosyal çevresi ailedir ve birey toplumun bir üyesi olma becerisini ilk olarak ailede kazanmaktadır. Uyumlu bir ailenin, çatışmaları çözerken gösterdiği doğru iletişim ve duyguları ifade etme şekli bireyin gelecek yaşantısını belirleyen etmenlerden biridir (Aytın, 2014). Yavuzer'e (1998) göre anne-baba tutumları otoriter, ilgisiz ve kayıtsız, serbest, dengesiz ve kararsız, aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi -kabul edici ve güven verici-demokratik olarak yedi başlık altında toplanmaktadır. Bu saptama otoriter anne-babanın çocuk üzerindeki etkisinin çekingen, aşırı hassas ve kırılğan bir kişilik yapısına sebep olacağını ortaya koymaktadır (Kaya ve arkadaşları., 2012).

Türkel (1992) tarafından yapılan araştırma da duygusal uzaklık içinde olan aşırı koruyucu ebeveynlerin çocuklarında yeme davranışındaki problemleri ortaya koymaktadır. Bu ailelerde yetişen çocuklar kendilerini reddedilmiş ve yalnız kalmış olarak ifade etmektedir. Bu çocukların kendini kanıtlama duygularını fiziksel özellikleri üzerinden göstermeye çalışmaları araştırmanın bir diğer sonucudur (Toker ve Hocaoğlu, 2009). Ayrıca, anoreksiya nervoza tanısı almış bireylerin ailesinde mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, teşhircilik ve yoğun aile içi çatışmalar görülmektedir. Düşmanlık, ayrışma ve empati yetersizliği ise daha çok bulimiya nervoza tanısı almış bireylerin aile özellikleri olarak tespit edilmektedir (Akün, E. 2013).

Yeme davranışı, anne-baba ve çocuk ilişkisinin duygu durumunu gösteren önemli bir olgudur. Bulimiya nervoza tanısı almış pek çok hastanın aile öyküsünde uzak ve reddedici ebeveyne rastlanmaktadır. Yeme ataklarının anne ile bütünleşmenin dışavurumu ve peşinden gelen kusma davranışının anneden ayrılma ve bireyselleşme çabasının göstergesi olduğu nesne ilişkileri kuramına göre açıklanmaktadır. Bu kurama göre anoreksiya nervoza tanılı birey; kendini aç bırakarak, ayrılma bireyselleşme aşamasında yaşadığı engellemeleri, kötü ve aşırı kontrollü gördükleri anne temsilini kendi bedenleri ile eşleştirmekte ve bu yolla anneyi cezalandırmaktadır (Erbaş, 2015).

Yeme bozukluğunu önemli oranda etkileyen bir diğer sebep kültürel ve sosyal unsurlardır. Yapılan araştırmalarda, dünya toplumlarının çeşitli nedenlerle aşırı tüketime yönelmesinin, bireyin aşırı ve bilinçsiz yeme davranışı gösterme sebeplerinden biri olduğu yönünde kanıtlar bulunmuştur. Tüketim kültürünün gelişmesi ile birlikte birey artık çok fazla çalışmakta ve tüketmektedir. Çalışma saatlerinin artması gündelik yaşamı da etkilemiş ve sürekli göz önünde olan birey, bedeni ile daha fazla alakadar olmaya başlamıştır. Zayıf olma, genç ve sportif görünme, günümüzde gelişmiş ülkelerin “sağlıklı yaşam biçimi” tanımlamalarının birey üzerindeki etkisidir. Bu etki, medya ve reklam yöntemleri ile sağlıklı bireylerin üst sınıf bireyler olduğunu vurgulayarak bireyin beden üzerine daha çok düşünmesini ve bedeni üzerinden tüketimi destekler davranışları arttırmasına sebep olmaktadır. Beslenme-diyet-spor üzerinden başlayan bu davranışlar kozmetik ve estetik müdahaleler ile devam etmektedir (Öngören, 2015). Sanatçılar, sporcular, model ve mankenler zayıflığa vurgu yapan fiziksel özellikleriyle öncelikle ergenler için rol modeli olmakta ve ergen zihninde zayıflık olgusunun çerçevesini

çizmektedir. Ergen zihni zayıflama fikrini kendi sosyokültürel ve sosyoekonomik şartlarına göre işleyerek beslenme modelini şekillendirmekte ve bu durum günümüzde oldukça yaygın olan fast food tarzı yüksek kalorili ve ucuz gıdalar ile bağımlı beslenme tercihinde bulunan bireylerin yeme bozukluklarıyla karşılaşma riskini arttıran önemli bir sorun haline gelmektedir (Annagür, 2010).

Yeme bozuklukları farklı kültür ve ırklara göre değişiklik gösterebilmektedir. Farklı kültür ve ırkların yeme davranışları ve alışkanlıkları yeme bozukluklarıyla karşılaşma oranlarını da etkilemektedir. Siyah ırk ve beyaz ırk bireylerin yeme bozukluklarını araştıran bir çalışma siyah ırk lehine sonuçlar bulmuştur. Anoreksia ve bulimia nervoza tanılı bireylerin çoğunlukla ABD, Kanada, Japonya gibi endüstrileşmiş ülkelerde görülmesi hem kültür hem de tüketim farklılıklarıyla açıklanan sonuçlardan biri olarak kabul edilmektedir (Kocakaya, 2016).

Cinsiyet farklılığı da yeme bozukluğu için farklılık kriterlerinden biri olarak araştırma sonuçlarında dikkat çekmektedir. Yeme bozukluğunun kadınlarda daha fazla görülmesinin nedenleri araştırmalarla ortaya çıkmaktadır. Kadınların zayıf, çekici, başarılı olma çabalarının zayıf olmayan insanların kontrolsüz ve güçsüz görülme fikrine bir karşı duruş olduğu belirtilmektedir (Ertuş, 2006). Stice (1994) göre kadın cinsiyeti rolünde, görünümün etkileyici olması ve sosyal başarı için gerekliliği fikri, bulimiya nervoza tanılı kadın hastalara temel olmaktadır. Ayrıca aile, akran ve medyanın negatif etkisi bulimik kadınlarda daha fazla görülmektedir. Gilbert ve Thompson'un feminist yaklaşımı ise zayıf olmayı kadın açısından belirteç kabul eden ve bu bağlamda da kadın özgürlüğünü kısıtlayıcı bir olgu olarak değerlendirmektedir. Bu yaklaşım yeme bozukluklarındaki kilo kaybını, kadının cinsel obje olmayı reddetmesi olarak yorumlamaktadır (Maner ve Aydın, 2007)

2.1.5. Travma Etkisi

Travma; bireyin ani olarak karşı koyamayacağı bir tehditle karşılaşması durumunda yaşadığı yoğun korku ve çaresizlik duygusunun ifadesi olarak açıklanmaktadır (Ünsal ve arkadaşları; 2010). Geçmişte kalan travmatik olayın süregelen hayat akışını negatif olarak etkilediği ve kişinin ruhsal durumunda değişikliklere yol açtığı yönünde yapılan çalışmalar; depresyon, fobi, travma sonrası

stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğünü kanıtlamaktadır (Gölge, 2005). Travma sonrası alkol ve/veya madde bağımlılığının geliştiği olgularda aynı zamanda yeme bozukluklarının ve depresif bozuklukların varlığı da tespit edilmektedir. Ayrıca çocuklukta geçirilmiş cinsel travmada bu sonuçların daha yüksek oranda olduğu araştırma sonuçlarında belirtilmektedir (Güneş ve arkadaşları; 2017) Ergenler arasında yapılan bir çalışma, geçmişinde travmatik bir olay yaşayan kişilerde yeme bozukluğu görülme oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu göstermiştir ($p < 0.05$). Bu sonuç yeme bozukluklarının ergenlerde görülen kronik sağlık sorunları içinde üçüncü sırada bulunmasına vurgu yapmaktadır. Ebeveyn ölümü, anne -babanın boşanması veya terk etmesi, aile içi şiddet, yaşanan çevre ve okulun değişmesi ergen için travmatik olaylardan bazıları olarak açıklanmıştır (Ünsal ve arkadaşları., 2010; Çabuk, 2015). Yeme bozukluklarının erkek çocuklar üzerindeki etkisini açıklayan bir araştırma ise sünnet operasyonunun birey tarafından travmatik algılanarak yeme bozukluğuna sebep olduğunu ortaya koymaktadır (Tahiroğlu ve arkadaşları., 2005).

2.1.6. Beden Algısının Etkisi

Beden algısı bireyin bedeninin tümüne veya bedeninin belirli bölgelerine karşı olumlu ve olumsuz bakış açısını ifade etmektedir (Özgen ve arkadaşları., 2012). Yapılan çalışmalar beden algısına olumsuz yaklaşım şeklinin bireyi toplumdan uzaklaştıran bir neden olduğunu belirtmektedir. Beden algısı, bireyin kendisini ve çevresini algıladığı yıllardan başlayarak, bireyin gelişimiyle beraber getirdiği yaş, cinsiyet, vücut yapısı, benlik algısı, kişilik özellikleri, güven duygusu ile zaman içinde değişerek devam etmektedir (Uskun ve Şabaplı, 2013). Beden imgesinin olumlu veya olumsuz algılanmasında fizyolojik etkenlerin rolü kadar kültürel etkenlerinde rolü bulunmaktadır. Aile, medya, sosyal çevre ve edinilen alışkanlıklar bireyin bedenini algılamasında kültürel etkenler olarak kabul edilmektedir (Aslan, 2001). Beslenme ve spor alışkanlıkları, tıbbi hastalık, estetik arayışlar ve kozmetik katkı ile vücut bakımına destek sağlanması da bireyin beden algısını etkileyen etkenler olarak görülmektedir (Aslan, 2004).

2.2. YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Yeme bozukluğu tanısı almış bireylerle yapılan araştırmalarda, özellikle gelişim-ergenlik döneminde kişilerarası ilişkilerde ve sosyal alanlarda yaşanan sorunlarla başa çıkmada zorlanma görölmektedir. Aile yaşantısı ve akran çatışmaları, çocukluk travması, kişilik özellikleri ve beden ölçüsünün önemini vurgulayan sosyal çevre, yeme bozukluğunu etkileyen sebeplerden bazıları olarak kabul edilmektedir (Deveci ve arkadaşları., 2016). Özellikle çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel ihmale veya travmaya maruz kalan kişilerin ergenlik, ileri ergenlik ve yetişkinlikte pek çok psikiyatrik bozukluk açısından risk altında oldukları yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre depresyon, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve psikotik bozukluklar en çok karşılaşılan tanılar olmaktadır (Alpay ve arkadaşları., 2017)

Depresyon; düşünce, konuşma ve davranımda yavaşlamanın göröldüğü derin üzüntü halinin belirgin olduğu bir duygu durum bozukluğudur. Bireyin kendini değersiz, güçsüz ve karamsar hissetmesi ile tanımlanmaktadır. Psikiyatrik sınıflandırmaya göre major depresif nöbet, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre genel toplum yaşamı üzerinde en çok görölen hastalıklardan biridir (%15) (APA, 2014).Bu alanda Türkiye'de de birçok araştırma (Alper 2006, Dilbaz ve Seber 1993, Işık ve ark. 2008, Karaca 1997, Ögel ve ark. 2001, Şenol 1989) yapılmıştır (Öngider ve Eyüboğlu, 2013).

Çökkün duygu durum, bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilginin azalması ya da bunlardan zevk almama durumu, istek olmadan çok kilo verme ya da kilo alma ve neredeyse hemen her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması, değersizlik ya da suçluluk duygularının olması, düşünmede ya da odaklanmada zorluk, kararsızlık ve yineleyen ölüm düşüncelerinin varlığı ve bu kriterlerden iki veya daha fazlasının iki hafta süre içinde devamlı bulunması (hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiş olması şartıyla) DSM V'e göre depresyon tanısını sağlamaktadır (DSM 5 2013; Beck 1979). Depresyon şiddetini ölçmek için ise Beck Depresyon Ölçeği veya Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır (Kara ve arkadaşları., 2016).

Yapılan araştırmalar bulimiya nervoza hastalığında, bireyde hızlıca başlayan tıknıma ataklarının, duygu durumunda normal d6neme g6re negatif dalgalanmaya sebep olduğunu ve yeme davranışından sonra da kişinin duygu durumunun olumsuzluk hissettirdiğini belirtmektedir (Hilbert and Caffier, 2007). Depresyonda cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalar, kadınların k6lt6r farkı olmaksızın genelde daha fazla depresyon tanısı aldığını ortaya koymaktadır. Bu araştırma sonuçları, kadınların fiziksel ve psikolojik yapıları sebebiyle gerek cinsel kimlik rol6 6zerinde gerekse başa çıkma becerilerinde depresyona daha yatkın olmayı tetikleyen nedenlere sahip olduklarını g6stermektedir (6nal ve arkadaşları., 2002).

2.3. YEME BOZUKLUğU VE ANKSİYETE İLİşKİSİ

Anksiyetenin, potansiyel bir tehlike anında yaşamı koruyan bilişsel bir tercih ve olumsuz yaşam olaylarında canlının hayatta kalmasını sağlayan fizyolojik ve psikolojik 6nlemlerin ortaya çıkmasını sağlayan bir fakt6r olduğu bilinmektedir. Ancak gerçekçi olmayan bir tehlike durumunu tehlike olarak algılamak patolojik bir olguyu g6stermektedir (Uzbay, 2002). T6rkapar'a (2004) g6re somut bir tehlike olmadığında dahi, kişinin yoğun korku, endişe, kalp çarpıntısı, terleme, huzursuzluk gibi negatif duyumlari yaşaması anksiyete bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Anksiyetenin çoğu kez yeme bozukluğu ile eş tanı aldığı (%60 6zerinde), yeme bozukluğu riskinin en y6ksek g6r6ld6ę6 lise ve 6niversite 6ęrencileri ile yapılan araştırmalarla kanıtlanmaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011). Canals ve arkadaşlarının (1996) ergenlerde yeme bozukluğu 6zerine yaptığı bir diğer çalışmada, yeme bozukluğunda anksiyetenin g6r6lme sıklığının yanı sıra, benlik saygısı ile anksiyete arasında negatif bir ilişki olduğu y6n6nde bulgular olduğunu belirtmişlerdir (Erol ve arkadaşları., 2000). Halmi ve arkadaşlarının (2003)yaptığı araştırma da yeme bozukluğu ile anksiyetenin eş tanı aldığı hastalarda yaygın olarak obsesif kompulsif bozukluk g6r6ld6ę6n6 ve anoreksiya nevrozda, anksiyete ve osesif kompulsife bozukluğun aynı anda g6r6lme sıklığının %68, bulimia nevrozda ise %79.1 olduğunu kanıtlayan sonuçlar bulmaktadır (Swinbourne and Touyz, 2007). Yeme bozukluğunu araştıran bir diğer çalışma ise (Vitousek ve Manke,1994) bireyin ailesinde yeme bozukluğu, anksiyete bozukluklari ve obsesif kompulsif bozukluklar g6r6lmesinin; çocukluk çağında duygu durum, anksiyete

bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve mükemmeliyetçi kişilik eğilimlerinin ortaya çıkmasına sebep olduğunu ve bireyde yeme bozukluğu riskini arttırdığını kanıtlayan sonuçlar bulunmuştur (Öyekçin ve Şahin, 2011). Gorman (1996) tarafından yapılan araştırma anksiyetenin depresyon ile ilişkisinin sonuçlarını; depresyonu olan hastaların %85'inde anksiyete belirtileri, anksiyete bozukluğu olan hastaların %90'unda ise depresif belirtilerin varlığı ile açıklamaktadır (Gülseren, 2004). Anksiyetede cinsiyet faktörünü yordayan bir araştırma ise Beck anksiyete ölçek puanları kullanarak kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu ($t=-2.42$, $p=0.02$) belirtmektedir (Samancı ve arkadaşları., 2000).

2.4. YEME BOZUKLUĞU VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar ve kompulsiyonlar ile karakterize olan ve kişinin yaşam döngüsünde süreğen veya epizodik dönemlerde görülerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. OKB, DSM-IV sınıflandırmasında “anksiyete bozuklukları” altında, ICD-10 sınıflandırmasında ise “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” altında yer almaktadır.

Yeme bozukluklarında (YB) eş tanı olarak obsesif kompulsif bozukluğun varlığı uzun süredir bilinmektedir. Yeme bozuklukları kategorisinde yer alan anoreksiya nervroza veya bulimia nervroza tanısı almış hastalarda zihnin sürekli yeme fikriyle meşgul olması, bedenle aşırı uğraş, kilo almaktan korkma ve bu hisle tutarsız olarak tıkmırcasına yeme ve peşinden gelen kusma isteği ve çabası OKB'lu hastalarda karakterize olan sabit düşünceye takılı kalma ve tekrarlayan davranışlarla uyum göstermektedir (Abanoz, 2008). Yapılan araştırmalar anoreksiya nervroza tanısı alan bireylerde OKB görülme oranını %26-31, bulimiya nervroza tanısı alan bireylerde görülme oranını %10.5 olarak göstermektedir. Ayrıca obsesif kompulsif davranış örüntüsünün bulimia nervrozada klinik görünümü olumsuz olarak etkilediği yönünde elde edilen sonuçlar OKB ritüelleri ile bulimia ritüelleri arasındaki benzerliğe dikkat çekmektedir (Özsoylar ve arkadaşları.,2008). Karadağ ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma, aile öyküsü ve OKB arasındaki paralellige (%19.1) dikkat çekmekle beraber depresyon ile ilişkisine de (%30.5) ışık tutmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk

araştırmaları, OKB'nin kadınlarda daha fazla görüldüğünü ve görölme başlangıcında yaş ortalamasının kadınlarda 25, erkeklerde 20 yaş olduğunu kanıtlayan bulgulara ulaşmışlardır. Bayraktar'ın (1997) yaptığı çalışma da ergen ve genç erişkin dönemin OKB riski açısından önemine dikkat çekmektedir (Kıvılcım, 2015).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini İstanbul NP Hastanesinin ayaktan veya yatan yeme bozukluğu hastalarından oluşturmaktadır. Araştırma verileri hastane arşivinden elde edilmiş olup, arşivdeki hasta dosyaları n=20 çocuk yeme bozukluğu hastası (yaş ort: 14.65; ss:2.059) ve n=38 yetişkin yeme bozukluğu hastası (yaş ort: 28.79; ss: 9.413) toplamda N=58 yeme bozukluğu hastasından (yaş ort: 23.91; ss: 10.241) oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

İstanbul NP Hastanesinin yeme bozukluğu arşivinde kullanıldığı gözlenen veri toplama araçlarına ilişkin geçerlik güvenirlik çalışmaları aşağıda sıralanmıştır.

3.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından geliştirilmiştir (1961). 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Her madde 0-3 arasında giderek puanlanır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (Hisli,1989).Türkçe formunun güvenirliği çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliğinde, $r=0.70$ olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerliğinde BDI ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Umutsuzluk birinci faktör, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları ikinci faktör, bedensel kaygılar üçüncü faktör ve suçluluk duygulanımları dördüncü faktör olarak kabul edilmiştir.

3.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin yaygınlığını ölçmektedir. Ölçeği hastanın kendisinin doldurması istenir. Yirmi bir maddeden oluşur ve her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınan toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.

3.2.3. Yeme Tutumu Testi

Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (1979). 40 maddeli, altı basamaklı ve likert tipinde olan ölçek birey tarafından doldurulmaktadır. Maddelerden 1,18,19,23,27,29 ve 39 için bazen-1 puan, nadiren-2 puan, hiçbir zaman-3 puan olarak değerlendirilir ve diğer şıklar 0 puandan değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima-3 puan, çok sık-2 puan ve sık sık-1 puan olarak değerlendirilir ve diğer şıklar 0 puandan hesaplanır. Puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında kesme puanı hesaplanmamıştır (Erol, Savaşır 1989). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği için yeme bozukluğu hastalarını hem sağlıklı gruptan hem de diğer hasta gruplarından iyi ayırt ettiği kabul edilmektedir.

3.2.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Barrat ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (1995). 30 maddeli, dörtlü likert tipinde ve üç alt faktörden; plan yapmama, dikkat dürtüselligi ve motor dürtüsellikten oluşmaktadır. Kesme puanı belirlenmediği için karşılaştırmalı uygulamalarda kullanılmaktadır. Güleç ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır.

3.2.5. Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği

Hodgson ve Rachman tarafından geliştirilmiştir (1977). Toplam dört alt ölçek ve 37 maddeden oluşmaktadır. Türkçe formu için MMPI' dan 7 madde eklenmiştir. Erol ve Savaşır tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (1988). Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır. Formun en yüksek puanı 37 dir ve Türkçe formu için ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir.

3.2.6. Duygu Durum Ölçeği

Hirschfeld ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (2000). Ölçek üç sorudan oluşmaktadır ve yanıtlar evet- hayır formundadır. Konuk ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (2007). Türkçe formunun güvenilirliği analizleri yapılmamıştır. Duyarlılık ve özgüllük analizi sonucu en uygun kesme noktası 7 olarak bulunmuştur.

3. 2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek (1994), Vedat Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek; travma minimizasyonu ölçen üç maddeyle birlikte 28 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert formundadır. Çocukluk çağı travması ile ilgili olabilecek cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmale yönelik beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının kesme puanı hesaplanmamıştır. Yapılan çalışmalar toplam puanın 35 dolayında olmasını öngörmektedir.

3.2.8. BPRS: Psikolojik Bozukluk Değerlendirme Ölçeği

Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiştir (1962). 18 maddeden oluşan yedili likert tipindeki ölçeğin Türkçe için yalnızca çeviri yapılmış ve Gülgün Yanbastı tarafından kullanılmıştır. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır.

3.2.9. Beden İmajı Ölçeği

Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir (1953). Türkçeye Hovardoğlu tarafından uyarlanmıştır (1990). Ölçek beden memnuniyeti ile ilişkili 40 maddeden oluşmaktadır. Toplam puanın ile beden doyumu doğru orantılıdır. Ölçeğin kesme puanı 135 dir.

3.2.10. Çocuk Depresyon Ölçeği

Kovacks tarafından (1985) geliştirilen ölçek Türkçeye Öy tarafından uyarlanmıştır (1991). Ölçek, 27 maddeden oluşmakta ve üç seçeneği içermektedir. Alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Ölçeğin uygulanması ya çocuğa okunarak ya da

çocuk tarafından okunarak yapılmaktadır. Ölçeğin kesim puanı 19 olarak önerilmektedir.

3.3. İŞLEM

Araştırmanın verileri İstanbul NP Hastanesi yeme bozukluğu hastalarının arşivinde bulunan hasta dosyalarından elde edilmiştir. Hastalarla yüz yüze görüşme yapılmamıştır.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere ilişkin istatistiksel analizler SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yürütülmüştür. Hastane arşivinde elde edilen ölçek puanları için gruplar arası karşılaştırmalar grubun normal dağılım göstermemesi ve örnekleme yer alan hasta dosyası ve dosyada yer alan bilgilerin normali yansıtmayacak derecede az olması nedeniyle normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun Mann Whitney U testi yürütülmüştür. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar da yine örneklemin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Spearman Korelasyon Analizi ile yürütülmüştür.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak, yeme bozukluğu hastalarının demografik özellikler açısından dağılımları ve ortalamaları, ikinci olarak yeme bozukluğu hastalarının klinik özellikler açısından frekans dağılımları ve yüzdelik hesaplamaları, üçüncü olarak, yeme bozukluğu hastalarına uygulanan ölçeklerin frekans dağılımları ve yüzdelikleri, dördüncü olarak, yeme bozukluğu hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki karşılaştırmalar ve beşinci olarak yeme bozukluğu hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

4.1. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DAĞILIMLARI VE ORTALAMALARI

Tablo 1’de yeme bozukluğu hastalarının yaş ortalamaları, standart sapmaları ve yaş aralıkları verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının yaş ortalaması $\bar{x}=14.65$ ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının yaş ortalaması $\bar{x}=28.79$ bulunmuştur.

Tablo 1. Yeme Bozukluğu Hastalarının Yaş Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Yaş Aralıkları

	N	ORT	SS	YAŞ ARALIĞI
Çocuk	20	14.65	2.059	10 - 17
Yetişkin	38	28.79	9.413	18 - 57
Toplam	58	23.91	10.241	10 - 57

Tablo 2’de yeme bozukluğu hastalarının demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikleri verilmiştir.

Tablo 2. Yeme Bozukluğu Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

			Çocuk	Yetişkin	Toplam
Cinsiyet	Kadın	n	19	36	55
		%	95.0	94.7	94.8
	Erkek	n	1	2	3
		%	5.0	5.3	5.2
Eğitim Durumu	İlkokul öğrencisi	n	2	0	2
		%	10.0	0.0	3.4
	İlkokul Mezunu	n	0	2	2
		%	0.0	5.3	3.4
	Ortaokul öğrencisi	n	6	0	6
		%	30.0	0.0	10.3
	Lise öğrencisi	n	12	0	12
		%	60.0	0.0	20.7
	Lise Mezunu	n	0	6	6
		%	0.0	15.8	10.3
	Üniversite öğrencisi	n	0	9	9
		%	0.0	23.7	15.5
	Yüksek Okul Mezunu	n	0	2	2
		%	0.0	5.3	3.4
	Üniversite Mezunu	n	0	19	19
		%	0.0	50.0	32.8
Toplam	n	20	38	58	
	%	100.0	100.0	100.0	

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %95'inin cinsiyeti kadın, %5'inin cinsiyeti erkektir. Yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %94.7'sinin cinsiyeti kadın, %5.3'ünün cinsiyeti erkektir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %10'u ilkokul öğrencisi, %30'u ortaokul öğrencisi, %60'ı lise öğrencisidir. Yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %5.3'ü ilkokul mezunu, %15.8'i lise mezunu, %23.7'si üniversite öğrencisi, %5.3'ü yüksek okul mezunu, %50'si üniversite mezunudur.

4.2. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DAĞILIMLARI

Tablo 3'te yeme bozukluğu hastalarının aldıkları yeme bozukluğu alt tanılarına göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 3. Yeme Bozukluğu Hastalarının Aldıkları Yeme Bozukluğu Alt Tanılarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Tanı		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Anoreksiya	n	9	10	19
	%	45.0	26.3	32.8
Bulimia	n	11	20	31
	%	55.0	52.6	53.4
Tıkanırcasına Yeme	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Anoreksiya ve Bulimia	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Yeme Bozukluğu	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Obezite	n	0	3	3
	%	0.0	7.9	5.2
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 4. Yeme Bozukluğu Hastalarının Aldıkları Eş Tanılara İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Eş tanı		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Agresyon	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Agresyon ve depresyon	n	1	2	3
	%	5.0	5.3	5.2
Agresyon ve obsesyon	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Agresyon, depresyon ve obsesyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Anksiyete	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Anksiyete ve depresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Anksiyete, depresyon ve obsesyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Bipolar, depresyon ve obsesyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Borderline ve histriyonik kişilik bozukluğu	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Borderline, agresyon ve depresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Depresyon	n	1	7	8
	%	5.0	18.4	13.8
Depresyon ve anhedoni	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Depresyon ve madde kullanımı	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Depresyon ve obsesyon	n	1	4	5
	%	5.0	10.5	8.6
Depresyon ve suisid	n	2	0	2
	%	10.0	0.0	3.4
Depresyon ve TSSB	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Depresyon, anksiyete ve pasif agresif kb	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Dürtü kontrol bozukluğu ve depresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Dürtü kontrol bozukluğu, anksiyete ve depresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Dürtü kontrol bozukluğu, bipolar bozukluk ve depresyon	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Dürtüsellik ve depresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Obsesyon	n	1	5	6
	%	5.0	13.2	10.3
Sınır kişilik ve agresyon	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7

Tablo 4'ün devamı

Eş tanı		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Suisid riski	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
TSSB	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Eş tanı yok	n	1	3	4
	%	5.0	7.9	6.9
Bilgi girilmemiş	n	6	2	8
	%	30.0	5.3	13.8
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 4'de yeme bozukluğu hastalarının aldıkları eş tanımlara ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %5'inde ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %7.9'unda eş tanı yoktur.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %30'u için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %5.3'ü için hasta dosyasında eş tanı bilgisinin işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 5. Yeme Bozukluğu Hastalarının Travmatik Aile Öykülerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Aile Öyküsü		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Akraba intihar	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Akraba OKB	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Ebeveyn alkol bağımlılığı	n	0	5	5
	%	0.0	13.2	8.6
Ebeveyn çatışma	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Ebeveyn depresyon	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Ebeveyn hipertansiyon	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Ebeveyn intihar	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Ebeveyn migren	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Ebeveyn OKB	n	2	2	4
	%	10.0	5.3	6.9
Ebeveyn ölümcül hastalık tanısı	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Ebeveyn ölümü	n	0	3	3
	%	0.0	7.9	5.2
Ebeveyn SCH başlangıcı	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Evcil hayvan ölümü	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Kardeş anoreksiya	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Kardeş intihar	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Kardeş ölümü	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Travmatik öykü yok	n	4	8	12
	%	20.0	21.1	20.7
Bilgi girilmemiş	n	9	11	20
	%	45.0	28.9	34.5
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 5'te yeme bozukluğu hastalarının travmatik aile öykülerine göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %20'sinde ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %21.1'inde travmatik aile öyküsü bulunmamaktadır.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %45'i için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %28.'u için travmatik aile öyküsünün bulunup bulunmadığı bilgisinin hasta dosyasına işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 6. Yeme Bozukluğu Hastalarının Alkol/Madde Kullanım Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Alkol/Madde		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Alkol	n	2	1	3
	%	10.0	2.6	5.2
Narkotik Madde	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Sigara	n	0	16	16
	%	0.0	42.1	27.6
Sigara ve alkol	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Sigara ve narkotik madde	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Kullanmıyor	n	11	12	23
	%	55.0	31.6	39.7
Bilgi girilmemiş	n	5	6	11
	%	25.0	15.8	19.0
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 6'da yeme bozukluğu hastalarının alkol/madde kullanım frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %10'u alkol, %5'i sigara ve alkol, %5'i sigara ve narkotik madde kullanmakta, %55'i hiçbir alkol/madde kullanmamaktadır. Yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %2.6'sı alkol, %2.6'sı narkotik madde, %42.1'i sigara, %2.6'sı sigara ve alkol, %2.6'sı sigara ve narkotik madde kullanmakta, %31.6'sı hiçbir alkol/madde kullanmamaktadır.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %25'i için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %15.8'i için alkol/madde kullanıp kullanmadığı bilgisinin hasta dosyasına işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 7’de yeme bozukluğu hastalarının istismar öykülerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %15’inde ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %28.9’unda istismar öyküsü bulunmamaktadır.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %60’ı için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %34.2’si için istismar öykülerinin bulunup bulunmadığının hasta dosyasına işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 7. Yeme Bozukluğu Hastalarının İstismar Öyküsü Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

İstismar öyküsü		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Aile dini istismarı	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Aile içi duygusal şiddet	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Aile içi fiziksel ve duygusal şiddet	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Aile içi şiddet	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Aile içi şiddet ve baba terk	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Baba fiziksel şiddet	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Baba iflas çevre değişimi	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Baba terk	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Cinsel taciz	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Çocukluk çağı cinsel istismar	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Ebeveyn ayrılığı	n	1	3	4
	%	5.0	7.9	6.9
Erkek arkadaş duygusal şiddet	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Eş kıskançlığı	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Öykü yok	n	3	11	14
	%	15.0	28.9	24.1
Bilgi girilmemiş	n	12	13	25
	%	60.0	34.2	43.1
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 8’de yeme bozukluğu hastalarının doğum sorunu frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %20’sinde ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %52.6’sında doğum sorunu öyküsü bulunmamaktadır.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %55’i için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %39.5’i için doğum sorunu bulunup bulunmadığının hasta dosyasına işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 8. Yeme Bozukluğu Hastalarının Doğum Sorunu Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Doğum sorunu		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Amniyosentezde sorun	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Düşük kilo	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
İkiz ve düşük kilo	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Preterm	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Üçüz ve düşük kilo	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Zor doğum	n	0	2	2
	%	0.0	5.3	3.4
Öykü yok	n	4	20	24
	%	20.0	52.6	41.4
Bilgi girilmemiş	n	11	15	26
	%	55.0	39.5	44.8
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Tablo 9’da yeme bozukluğu hastalarının tıbbi hastalık frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 9. Yeme Bozukluğu Hastalarının Tıbbi Hastalık Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Tıbbi hastalık		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Alerji	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Amonere	n	6	12	18
	%	30.0	31.6	31.0
Bel fitiği	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Bronşit	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Düzensiz adet	n	1	0	1
	%	5.0	0.0	1.7
Gastrit	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Hipotiroid	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Kalp romatizması	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Menopoz	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Migren	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Tiroid	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Tüberküloz	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Hastalık yok	n	8	10	18
	%	40.0	26.3	31.0
Bilgi girilmemiş	n	5	6	11
	%	25.0	15.8	19.0
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %40'ında ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %26.3'ünde tıbbi hastalık bulunmamaktadır.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %25'i için ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %15.8'i için tıbbi hastalıkların bulunup bulunmadığının hasta dosyasına işlenmediği bulunmuştur.

4.3. YEME BOZUKLUĞU HASTALARINA UYGULANAN ÖLÇEKLER

Tablo 10'da yeme bozukluğu hastalarının arşivinde kullanıldığı gözlenen ölçeklerin uygulanıp uygulanmamalarına göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %75'ine uygulandığı ve puanlandığı, %25'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %73.7'sine uygulandığı ve puanlandığı, %15.8'ine uygulandığı halde puanlanmadığı, %10.5'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %65'ine uygulandığı ve puanlandığı, %35'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %68.4'üne uygulandığı ve puanlandığı, %7.9'una uygulandığı halde puanlanmadığı, %23.7'sine uygulanmadığı bulunmuştur.

Yeme Tutumu Testinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %45'ine uygulandığı ve puanlandığı, %10'una uygulandığı halde puanlanmadığı, %45'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %18.4'üne uygulandığı ve puanlandığı, %7.9'una uygulandığı halde puanlanmadığı, %73.7'sine uygulanmadığı bulunmuştur.

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %15'ine uygulandığı ve puanlandığı, %85'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %7.9'una uygulandığı ve puanlandığı, %93.1'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

Tablo 10. Yeme Bozukluğu Hastalarının Arşivinde Kullanıldığı Gözlenen Ölçeklerin Uygulanıp Uygulanmamalarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Arşivdeki Ölçekler		Uygulanmış ve puanlanmış		Uygulanmış ancak puanlanmamış		Uygulanmamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Beck Depresyon Ölçeği	Çocuk	15	75.0	0	0.0	5	25.0	20	100.0
	Yetişkin	28	73.7	6	15.8	4	10.5	38	100.0
	Toplam	43	74.1	6	10.3	9	15.5	58	100.0
Beck Anksiyete Ölçeği	Çocuk	13	65.0	0	0.0	7	35.0	20	100.0
	Yetişkin	26	68.4	3	7.9	9	23.7	38	100.0
	Toplam	39	67.2	3	5.2	16	27.6	58	100.0
Yeme Tutumu Testi	Çocuk	9	45.0	2	10.0	9	45.0	20	100.0
	Yetişkin	7	18.4	3	7.9	28	73.7	38	100.0
	Toplam	16	27.6	5	8.6	37	63.8	58	100.0
Baratt Dürtüsellik Ölçeği	Çocuk	3	15.0	-	-	17	85.0	20	100.0
	Yetişkin	3	7.9	-	-	35	92.1	38	100.0
	Toplam	6	10.3	-	-	52	89.7	58	100.0
Maudsley Obsesif Belirtiler Ölç.	Çocuk	10	50.0	0	0.0	10	50.0	20	100.0
	Yetişkin	25	65.8	9	23.7	4	10.5	38	100.0
	Toplam	35	60.3	9	15.5	14	24.1	58	100.0
Duygu Durum Ölçeği	Çocuk	3	15.0	4	20.0	13	65.0	20	100.0
	Yetişkin	10	26.3	11	28.9	17	44.7	38	100.0
	Toplam	13	22.4	15	25.9	30	51.7	58	100.0
Çocukluk Çağı Travm. Ölçeği	Çocuk	8	40.0	1	5.0	11	55.0	20	100.0
	Yetişkin	5	13.2	0	0.0	33	86.8	38	100.0
	Toplam	13	22.4	1	1.7	44	75.9	58	100.0
BPRS: Psikolojik Boz. Değer.	Çocuk	5	25.0	-	-	15	75.0	20	100.0
	Yetişkin	5	13.2	-	-	33	86.8	38	100.0
	Toplam	10	17.2	-	-	48	82.8	58	100.0
Çocuk Depresyon Ölçeği	Çocuk	6	30.0	-	-	14	70.0	20	100.0
	Yetişkin	-	-	-	-	-	-	-	-
	Toplam	6	30.0	-	-	14	70.0	20	100.0

Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %50'sine uygulandığı ve puanlandığı, %50'sine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %65.8'ine uygulandığı ve puanlandığı, %23.7'sine uygulandığı halde puanlanmadığı, %10.5'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

Duygu Durum Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %15'ine uygulandığı ve puanlandığı, %20'sine uygulandığı halde puanlanmadığı, %65'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %26.3'üne uygulandığı ve puanlandığı, %28.9'una uygulandığı halde puanlanmadığı, %44.7'sine uygulanmadığı bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %40'ına uygulandığı ve puanlandığı, %5'ine uygulandığı halde puanlanmadığı, %55'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %13.2'sine uygulandığı ve puanlandığı, %86.8'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

BPRS: Psikolojik Bozukluk Değerlendirme Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %25'ine uygulandığı ve puanlandığı, %75'ine uygulanmadığı; yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %13.2'sine uygulandığı ve puanlandığı, %86.8'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

Çocuk Depresyon Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %30'una uygulandığı ve puanlandığı, %70'ine uygulanmadığı bulunmuştur.

Tablo 11'de yeme bozukluğu hastalarına arşivinde uygulandığı gözlenen Beden İmajı Ölçeğinin bilginin işlenme biçimi açısından frekans dağılımı ve yüzdeleri verilmiştir.

Olumsuz Beden İmajı Ölçeğinin çocuk yeme bozukluğu hastalarının %50'sinin ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %89.5'inin hasta dosyasına bilgisinin işlenmediği bulunmuştur.

Tablo 11. Yeme Bozukluğu Hastalarında Olumsuz Beden İmajı Ölçeği Arşiv Bilgilerine İlişkin Frekans Dağılımı ve Yüzdeler

Olumsuz Beden İmajı Ölçeği		Çocuk	Yetişkin	Toplam
Bilgi girilmemiş	n	10	34	44
	%	50.0	89.5	75.9
Çok düşük	n	3	0	3
	%	15.0	0.0	5.2
Düşük	n	1	1	2
	%	5.0	2.6	3.4
Orta	n	0	1	1
	%	0.0	2.6	1.7
Yüksek	n	3	1	4
	%	15.0	2.6	6.9
Çok yüksek	n	3	1	4
	%	15.0	2.6	6.9
Toplam	n	20	38	58
	%	100.0	100.0	100.0

4.4. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12’de yeme bozukluğu hastalarının çocuk ya da yetişkin olmalarına göre arşivde puanlanmış ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları, standart sapmaları ve normal dağılım göstermeyen örneklem için Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Yetişkinlerin Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}=12.28$) çocukların ortalamalarından ($\bar{x}=8.20$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.458$; $p<.05$].

Yetişkinlerin Duygu Durum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}=5.90$) çocukların ortalamalarından ($\bar{x}=1.67$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.396$; $p<.05$].

Diğer ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 12. Yeme Bozukluğu Hastalarının Çocuk ya da Yetişkin Olmalarına Göre Arşivde Puanlanmış Ölçeklerden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

		N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Çocuk	20	14.80	14.178	-.454	.650
	Yetişkin	38	16.13	13.154		
Anksiyete	Çocuk	13	12.54	13.433	-1.209	.227
	Yetişkin	26	15.81	12.416		
Yeme Tutumu	Çocuk	9	42.67	29.411	-.053	.958
	Yetişkin	7	40.71	21.662		
Dürtüsellik	Çocuk	3	76.67	8.737	-1.964	.050
	Yetişkin	3	62.33	1.528		
Obsesyon	Çocuk	10	8.20	3.824	-2.458	.014*
	Yetişkin	25	12.28	5.168		
Duygu Durum	Çocuk	3	1.67	1.528	-2.396	.017*
	Yetişkin	10	5.90	2.331		
Çocukluk Çağı Travma	Çocuk	8	33.63	8.088	-1.032	.302
	Yetişkin	5	41.00	16.538		
Psikolojik Bozukluk	Çocuk	5	11.40	9.555	-.940	.347
	Yetişkin	5	14.00	9.138		

*p<.05

Tablo 13’de yeme bozukluğu hastalarının aldıkları yeme bozukluğu alt tansına göre arşivde puanlanmış ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları, standart sapmaları ve normal dağılım göstermeyen örneklem için Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 13. Yeme Bozukluğu Hastalarının Alt Tanılarına Göre Arşivde Puanlanmış Ölçeklerden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Tanı	N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Anoreksiya	19	12.79	13.189	-1.419	.156
	Bulumia	31	18.16	13.508		
Anksiyete	Anoreksiya	14	13.50	13.783	-.822	.411
	Bulumia	19	15.74	13.008		
Yeme Tutumu	Anoreksiya	5	35.80	29.321	-1.106	.269
	Bulumia	10	46.60	24.910		
Dürtüsellik	Anoreksiya	0 ^a	.	.	-	-
	Bulumia	6	69.50	9.649		
Obsesyon	Anoreksiya	13	10.62	3.731	-.148	.882
	Bulumia	20	11.25	6.121		
Duygu Durum	Anoreksiya	5	4.00	2.739	-.495	.621
	Bulumia	7	5.14	2.911		
Çocukluk Çağı Travma	Anoreksiya	4	27.00	1.826	-2.570	.010*
	Bulumia	8	41.88	12.461		
Psikolojik Bozukluk	Anoreksiya	4	9.50	3.697	.000	1.000
	Bulumia	5	12.00	9.566		
Çocuk Depresyon	Anoreksiya	4	14.00	6.481	-.926	.355
	Bulumia	2	21.50	4.950		

*p<.05

Bulumia tanılı yeme bozukluğu hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (\bar{x} =41.88) anoreksiya tanılı yeme bozukluğu hastalarının ortalamalarından (\bar{x} =27.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [t=-2.570; p<.05].

Bulumia tanılı yeme bozukluğu hastaları ile anoreksiya tanılı yeme bozukluğu hastalarının diğer ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.5. YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 14’de yeme bozukluğu hastalarının hastane arşivinde bulunan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki normal olmayan dağılım için Spearman Korelasyon Analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 14. Yeme Bozukluğu Hastalarının Hastane Arşivinde Bulunan Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Depresyon N=58								
2 Anksiyete N=39	.541**							
3 Yeme Tutumu N=16	-.118	.057						
4 Dürtüsellik N=6	.371	-.600	.800					
5 Obsesyon N=35	.226	.343	-.058	-.029				
6 Duygu Durum N=13	.058	-.188	-.943**	-1**	.375			
7 ÇÇ Travma N=13	.187	.485	.587	.400	.228	.800		
8 BPRS N=10	-.073	-.477	-.771	-.500	-.229	.500	-.086	
9 Çocuk Depresyon N=6	-.516	.500	1**	.	.866	.	.800	1**

**p<.01

Yeme bozukluğu hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.541$; $p<.01$). Yeme bozukluğu hastalarının depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri artmaktadır.

Yeme bozukluğu hastalarının Yeme Tutumu Testinden aldıkları puanlarla Duygu Durum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.943$; $p<.01$). Yeme bozukluğu hastalarının Yeme Tutumu Testinden aldıkları puanlar arttıkça Duygu Durum Ölçeğinden aldıkları puanlar azalmaktadır.

Yeme bozukluğu hastalarının diğer ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Yeme bozuklukları genel olarak kadınlar arasında görülen önemli bir sağlık sorunudur (APA, 2014). Yapılan araştırma sonuçları yaklaşık %90 oranında kadın hastaların tanı aldığını ortaya koymaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011; Ünal ve arkadaşları., 2009). Bu sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızla (%94.8) uyumludur.

Yeme bozukluklarının genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı ve yeme bozukluğunun en riskli yaş grubu 15-17 olduğu bilinmektedir. Ergen ve genç yetişkinlerle yapılan bir diğer araştırma 17-23 yaş aralığındaki bireylerde yeme bozukluğu yatınlığını %13.8 ve 24-29 yaş aralığındaki bireylerde ise %4.3 olarak göstermektedir (Oğur ve Aksoy, 2016). Türkiye’de yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olma oranı %3 olarak saptanmıştır (Sönmez, 2017). Yeme bozukluğunu birçok sebep etkilemektedir; aile içi çatışma, ailede yeme bozuklukların varlığı, düşük benlik saygısı, kilo ve beden ile aşırı uğraş, sosyo-kültürel çevre, çocukluk travması, cinsel istismar, biyolojik ve genetik etmenler bu sebepler arasında sayılabilir (Tanrıverdi ve arkadaşları., 2011). Ergenlerde cinsiyet farklılıklarına göre, aile ilişkilerinde sorun yaşama ve mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik hissetme kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat fazladır (%5.5 - %10) (Şahbal ve arkadaşları., 2007). Bizim araştırma sonuçlarımız da aile içi fiziksel şiddet ve cinsel istismar oranlarına dikkat çekmektedir. Tanı alan bireylerde yüksek oranda görülen ebeveyn ayrılığı ise ergen ve genç yetişkin için aile ortamının önemine vurgu yapmaktadır. Ancak bu sonuçlar için hangisinin diğerini etkilediğini belirtecek bulgular elde edilememiştir. Ayrıca, yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %5.3’ünün ilkokul, %15.8’inin lise, %5.3’ünün yüksek okul, %50’sinin üniversite mezunu olması, eğitim düzeyinin artması ile bireylerin sağlıklı beslenme ve sosyal şartlarda artış ile doğru orantı beklentimizi desteklememektedir.

Çalışmamızda anoreksiya nervoza görülme oranı %32.8, bulimiya görülme oranı ise 53.4 bulunmuştur. Türkiye’de, 14-19 yaş arası bireylerle yapılan bir çalışma, %2.5

bulimiya ve %2 anoreksiya verileriyle bizim çalışmamıza benzer sonuçlar ile kendini göstermektedir (Siyez, 2010). Dünya genelinde yapılan araştırmalar bu sonuçla uyumlu veriler ortaya koymaktadır. İnan'da yapılan bir çalışmada sırasıyla %0,9 ve %3,2 olarak bu sonucu desteklemektedir. Finlandiya 'da yapılan bir araştırma katılımcıların %14,4'ünde herhangi bir bulimik davranış, ABD'de yapılan bir başka çalışmada ise kadınların %42,6'sının diyet, %5,6'sının kusma ve yaklaşık %2,6'sının laksatif, diüretik, veya zayıflama hapı kullanma davranışı gösterdiğini belirtmektedir. Elde edilen bulguların tümü bulimiya nervoza prelevansındaki artışa işaret etmektedir (Çelik, 2014).

Yeme bozukluklarının depresyon, anksiyete, obsesif kişilik bozukluğu ve diğer bozukluklarla aldığı eş tanı yüzdesi araştırmamızın hipotezleri açısından önemli bir veridir (Tablo 4). Anksiyete olası bir tehdit karşısında bireyi harekete geçmesi için hazırlayan biyolojik bir uyarıcıdır. Ancak tehlike varlığı gerçek değilse ve birey gerçek tehlike karşısında yaşaması beklenen korku, endişe gibi duyguları yaşıyor ise bu anormal anksiyete olarak tanımlanır ve patolojik bir durumdur (Birer, 2010; Uzbay, 2002). Depresyon; bir kayıp sonrası beliren mutsuzluk, umutsuzluk halidir ve her bireyde yaşam olaylarındaki kayıplara uyum sürecinde görülebilir. Depresyonun patolojik olarak adlandırılabilmesi için mutsuzluk ve umutsuzluğun uzun süre günlük yaşama hakim olması; uyku, iştah ve fiziksel aktivitenim azalması, değersiz ve suçlu hissetmenin yoğun olması beklenmektedir (Türkçapar, 2004). Obsesif Kompulsif Bozukluk, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde olan yineleyici düşünce, dürtü. düşlem ve davranışların yine yineleyici törensel davranışlar veya zihinsel eylemler ile yanıtlanmasıdır (Abanoz, 2008).

Yeme bozukluklarının diğer psikopatolojilerle eş tanı alması üzerine çalışmalar yapılmaktadır. En çok çalışılan konular depresyon, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluklarıdır. Yeme bozukluğu hastalarında çoğu kez eş tanı olarak depresyon (%20-45) ve anksiyete bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobiler, agorafobi; %31-71) görülmektedir. (Maner, 2001) Yapılan bir diğer araştırmada ise yeme bozukluğu ile anksiyete eş tanısının %60'ın üzerinde olduğu ve yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığının ise %75 civarında olduğu bildirilmektedir. Anoreksiya

nervozada eş tanı oranı 3.1 (yaygın olarak obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon) bulimiya nervozada ise 2.3 (yaygın olarak anksiyete) olduğu elde edilen bulgular arasındadır. Ayrıca bulimiya tanısı alanlarda en az bir anksiyete eş tanı bulunma oranının %56 olduğu belirtilmektedir (Kuruoğlu, 2000). Bizim çalışmamızda yeme bozukluklarında en sık eş tanı olarak depresyon %13.8 görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk oranı %10.3 bulunmuştur. Hem depresyon hem de OKB görülme oranı ise %8.6 olarak dikkat çekmektedir. Elde edilen bu sonuçlar literatür çalışmalarıyla uyumludur. Ancak çalışmada elde edilen anksiyete sonuçları %1.7 ile literatürde bulunan sonuçları desteklememektedir. Elde edilen bu sonuç incelenen dosya sayısının yeterli olmadığı ile ilişkilendirilebilir. Bir başka karşılaştırmalı çalışma ise YB tanısı alan hastalarda depresyon oranını %13.2, almayanlarda ise %1.5 olarak göstermektedir. Özellikle bulimia nervosa hastalarında majör depresyon görülmesi dikkat çekicidir (Büyüköztürk ve arkadaşları., 2013). Bizim çalışma sonucumuz elde edilen verilerle uyumlu görünmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluğun depresyon ve/veya anksiyete ile birlikte görüldüğüne ilişkin çalışmalar bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir (Çelikel ve arkadaşları., 2009; Karaman ve arkadaşları., 2011). (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada, yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında doğru orantı ($p<0.05$) tespit edilmiştir (Usta ve arkadaşları., 2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konulan çocukların ilerleyen yıllarda davranışsal sorunlar yaşadığı, depresyon ve anksiyete ile daha sık eş tanı aldığı bilinmektedir (Gölcük, 2016). Araştırmamızda yeme bozukluğu tanısı alan çocuk hastalarda OKB görülme sıklığının %5, yetişkinlerde 13.2 ve depresyon ile OKB'nin birlikte görülme oranlarının sırasıyla %5 ve %10.5 olması bu veriyi doğrular niteliktedir.

Yeme bozukluğu hastalarının sigara-alkol-madde kullanımını ilişkilendiren çalışmalar özgün bir ilişki ortaya koymamaktadır. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu hastalarında sigara kullanma oranı %6.8, alkol kullanma oranı %5.2 bulunmuştur. Aynı çalışmada yeme bozukluğu olan ancak sigara ve alkol kullanmayan kişi oranı sırasıyla %6.2 ve %6.5 olarak tespit edilmiştir (Çelik, 2014). Bir başka çalışma ise yeme bozukluğu olanlarda sigara ve alkol kullanımını %19.1 ve %8.8, yeme bozukluğu olmayan kişilerde ise sırasıyla %19.1 ve 11.8 olarak belirtmiştir (Vardar ve Erzenin, 2011). Bizim bulgularımızda yeme bozukluğu tanısı alan yetişkinlerde sigara

kullanma oranı %42.1, sigara ve alkol %2.6 ve sigara ve madde %2.6 bulunmuştur. Aynı kriterler çocuklar için sırasıyla %0, %5, %5 olarak dikkat çekmektedir.

Yeme bozukluğu tanısı alan çocuk ve yetişkinler arasında Mann Whitney U Testi'ne göre hesaplanan OKB görülme oranındaki fark (.014) dikkat çekicidir ($p < .05$). Bu anlamlı fark bizim çalışmamızda da sorguladığımız çocukluk çağı travmaları sebebiyle açıklanabilir. Bağlanma kuramı ve bilişsel modele göre çocukluk çağında gerçekleşen travmaların birey üzerinde uyum bozucu şemaların oluşmasına neden olduğu ve yetişkinlik döneminde psikolojik sorunlara yol açtığı bilinmektedir (Yiğit ve Erden, 2015). Yapılan çalışmalara bakıldığında yaşanan travmanın obsesyonların sıklığını ve yoğunluğunu arttırdığı görülmektedir. İsrail'de yapılan bir araştırmada cinsel istismar ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişki %53,3 olarak bulunmuştur (Kıvılcım, 2015). Bizim çalışmamızda travma ve obsesif kompulsif bozukluğun çocuklukta görülme oranı eşit (%5) bulunmuştur. OKB'nin eş tanı olmadan yapılan değerlendirmelerde ailede OKB görülme oranı oldukça yüksektir. Anoreksikya nervoza tanılı hastaların yaklaşık %11'nin ve bulimiya nervoza tanılı hastaların %3'ünün akrabalarında obsesif-kompulsif bozukluk görülme riski bulunmaktadır. (Kuruoğlu, 2000). Bizim çalışmamızda, ailede OKB görülme oranı (%10) literatürü desteklemektedir.

Yapılan araştırmalar anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi; aynı spektrum içinde yer alan, birbirine benzeyen ve bazen birlikte var olan ve temelde ortak bir nedenden veya birbirlerini etkilemeyle ortaya çıkan sendromlar olarak tanımlamaktadır (Gülseren, 2004). Yeme bozukluğunda eş tanı olarak depresyon ve anksiyete görülme oranını kontrol grubu ile araştıran bir çalışma; sonuçları, yeme bozukluğu tanısı alanlarda %44 ve kontrol grubunda %15 olarak belirtmektedir (Vardar, Erzen, 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada major depresyonu olan hastaların %58'inde anksiyete bozukluğu, anksiyete bozukluğu olan hastaların da %68'inde major depresyon görüldüğü açıklanmaktadır (Özcan ve arkadaşları., 2013). Araştırmamızda, depresyon ile anksiyete arasında pozitif ilişki bulunması (.541; $p < .01$) literatürle uyumludur.

Duygudurum bozuklukları; bipolar bozukluklar; depresif, manik, hipomanik veya karma dönemler olarak sınıflandırılan duygudurum epizodları ve aktif

duygudurum septomlarının olmadığı ötimik dönemler ile karakterizedir. Araştırmalar, depresif epizodların kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla olduğunu göstermektedir. DDB'nin yaygınlık oranı; depresyonda %9-20, bipolar bozuklukta ise yaşam boyu riski %1-5 olarak bilinmektedir (Arslan, 2013). 18-54 yaş arası bireylerde psikiyatrik hastalıkların prevalans araştırmasında; herhangi bir duygudurum bozukluğunun 1 yıl görülme oranı %10,1 ve yaşam boyu görülme oranı %14,9 olarak açıklanmaktadır. Aynı araştırma major depresif bozukluk için bu oranları sırasıyla %6,4 ve %12,5 belirtmektedir. Duygudurum bozukluklarında majör depresyon kadınlarda 2 kat fazla, bipolar bozukluk ise her iki cinste eşit olarak görülmektedir. Bipolar bozuklukta manik epizodların erkeklerde, depresif epizodların ise kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Ertan, 2008). Duygudurum bozukluklarının ruhsal hastalıklar içinde en çok görülen hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir. Yeme bozukluklarında çoğu kez major depresyonun eş tanı aldığı görülmektedir (%20-45) (Semiz ve arkadaşları., 2013). Yeme bozukluğu alanında yapılan çalışmalar, tanı alan bireylerin yaklaşık %25-90'ında yaşam boyu en az bir defa depresif bozukluk tanısı aldığını ortaya koymaktadır. Başka bir çalışmada ise, yeme bozukluğu olanların şimdiki eş tanılarına bakılmış ve yaklaşık %20'sinde major depresif bozukluk eş tanısının olduğu saptanmıştır (Çelik, 2014). Bizim çalışmamızda yeme bozukluğu hastalarının yeme tutumu testinden aldıkları puanlarla duygu durum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.943$; $p<.01$). Bulduğumuz sonuca göre yeme bozukluğu hastalarının yeme tutumu testinden aldıkları puanlar arttıkça duygu durum ölçeğinden aldıkları puanlar azalmaktadır. Bu sonuç literatürle uyumlu değildir ve bu sonuç örneklemin az olması veya araştırma bulgularının eksik kaydedilmesi sebepleriyle açıklanmaktadır.

5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda, çocuk yeme bozukluğu hastalarının yaş ortalaması $\bar{x}=14.65$ ve yetişkin yeme bozukluğu hastalarının yaş ortalaması $\bar{x}=28.79$ bulunmuştur ve literatürle uyumludur.

Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %95'inin cinsiyeti kadın, %5'inin cinsiyeti erkektir. Yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %94.7'sinin cinsiyeti kadın, %5.3'ünün

cinsiyeti erkektir. Çocuk yeme bozukluğu hastalarının %10'u ilkokul öğrencisi, %30'u ortaokul öğrencisi, %60'ı lise öğrencisidir. Yetişkin yeme bozukluğu hastalarının %5.3'ü ilkokul mezunu, %15.8'i lise mezunu, %23.7'si üniversite öğrencisi, %5.3'ü yüksek okul mezunu, %50'si üniversite mezunudur. Araştırmanın cinsiyet sonuçları literatürle uyumlu olup, eğitim konusunda elde edilen sonuçla literatürden ayrılmaktadır.

Yeme bozukluklarının anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve atipik olarak üç alt dalı olduğu ve yaygın olarak anoreksiya ve bulimiyanın görüldüğü tanımı, bizim araştırma sonuçlarımızla da desteklenmektedir. Bulduğumuz sonuçlar anoreksiya için örneklem toplamında %32.8 ve bulimiya için örneklem toplamında %53.4 ile literatür sonuçlarıyla uyumludur.

Yeme bozukluklarının eş tanı aldığı hastalıklar araştırılmış ve sonuçlar; yeme bozukluğu olan çocuk ve yetişkinlerde depresyon yaygınlığı sırasıyla %5 ve %18.4 bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumlu olmakla birlikte “yeme bozukluklarında depresyon yaygın mıdır ?” hipotezini cevaplamaktadır. Yeme bozukluklarının OKB ile ilişkisi çocuk örnekleminde %5 ve yetişkin örnekleminde %13.2 bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur ve “yeme bozukluklarında OKB yaygın mıdır?” sorusunu cevaplamaktadır. Anksiyetenin eş tanı olması ve yaygınlığı araştırması ise, çocuk ve yetişkinlerde sırasıyla %5 ve %0 bulunarak literatürle desteklenen sonuçlar bulunmamıştır.

Yeme bozukluğunda görülen; yakın akrabada eş tanı benzerliği ve travmatik deneyimler literatür araştırmalarıyla uyumludur.

Yeme bozukluğunda tütün, alkol ve madde kullanımında literatürde tutarlı sonuçlar bulunmamaktadır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar ise yetişkin sigara kullanımı %42.1, sigara - alkol kullanımı %2.6 ve sigara – narkotik madde kullanımı %2.6 bulunmuştur. Çocuklarda bu oranlar sırasıyla %0, %5, %5 olarak bulunan sonuçlar dikkat çekicidir.

Yeme bozukluğu hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki

bulunmuştur ($r=.541$; $p<.01$). Yeme bozukluğu hastalarının depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri artmaktadır. Bu sonuç yazınla uyumludur. Yeme bozukluğu hastalarının Yeme Tutumu Testinden aldıkları puanlarla Duygu Durum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.943$; $p<.01$). Yeme bozukluğu hastalarının Yeme Tutumu Testinden aldıkları puanlar arttıkça Duygu Durum Ölçeğinden aldıkları puanlar azalmaktadır. Bu sonuç yazınla uyumlu değildir. Yeme bozukluğu hastalarının diğer ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma amaçlarına uygun olarak İstanbul NP Hastanesi ayaktan ve yatan hasta dosyaları üzerinde yapılan inceleme sonucunda arşivde kullanılan ölçeklerin kimisinin uygulanıp puanlandığı, kimisinin uygulandığı halde puanlanmadığı, kimisinin de hiç uygulanmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla arşivde yer alan veriler normal dağılımı yansıtmamaktadır. Arşivde yer alan ölçeklerin hastaların tamamında düzenli olarak uygulanmamış, uygulanırsa da puanlanmamış olması sonucunda gruplar arası karşılaştırma yapılmasını zorlaştırmıştır. Bunun sonucunda normal dağılım göstermeyen veriye uygun nonparametrik istatistiksel analizler yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Abanoz, Z. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları İle Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
- Ağırman, A., Maner, F. (2010) Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23:121-127
- Akün, E. (2013) Yapısal Aile Sistemleri Kuramı Bağlamında, Ergenlik Döneminde Aile Yapısı ve Ergenlik Dönemi Sorunları. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi. 53, 1 (2013) 85-116
- Alantar, Z., Maner, F. (2008). Anadolu Psikiyatri Dergisi 9:97-104
- Alpay, E. H., Aydın, A., Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri İle İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. Mersin Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Klinik Psikiyatri. 2017;20:218-226; DOI: 10.5505/kpd.2017.98852
- Annagür, B., B. (2010). Current Approaches In Psychiatry. 2(4):572582
- Arslan, Y.Ç.Y. (2013). Duygudurum Bozukluklarında Beyin Trofik Faktörlerinin Tiroid İşlevleri, B12 Vitamini ve Folik Asit İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Aslan, D. (2004). Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi–STED, 13(9), 326-329.
- Aslan, S. H. (2001). Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. Düşünen Adam, 14(1), 41-47.
- Aydın, G.D. (2012). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi. Doktora Tezi

- Aytın, N. (2014). Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve ebeveyne bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
- Batum, P. (2008) Kişilik Bozuklukları ve Yeme Bozuklukları: Etiyolojik İlişkiler ve Cevaplanmamış Sorular. İstanbul Türk Psikoloji Yazıları, 11 (21), 65-73
- Bektaş, D. Y. (2016). Ergenlerde beden imgesi üzerine bir çalışma. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(22).
- Birer, N. (2010) Anksiyete bozukluğu hastaları ile sağlıklı gönüllülerin bellek performanslarının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Ankara Mayıs 2010; 1-12
- Burakgazi, G., Öztürk, T., Akyol, M., Yıldırım, H. (2013). Obez Çocuklarda Beynin Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 4(14).
- Büyüköztürk, H., Çolak, Ş., Görgülü, F., Saraçoğlu, E., Saraçoğlu, İ.(2013). Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler.
- Celikel, F. C., Bingol, T. Y., Yıldırım, D., Tel, H., Erkorkmaz, U. (2009). Eating attitudes in patients with obsessive compulsive disorder/Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. Archives of Neuropsychiatry, 46(3), 86-91.
- Çabuk, O. C. (2015). The Roles Of Childhood Trauma, Personality Characteristics, And Interpersonal Problems On Psychological Well-Being. The Master Thesis To The Graduate School Of Social Sciences Of Middle East Technical University
- Çelik, S. (2014). Çukurova Üniversitesi'nde Okuyan Kadın Fakülte Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Prevalansı ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

- Deveci, E., Doksat, N. G., Yektaş, Ç., Doksat, K. (2016). Üniversite Öğrencisi Kızların Yeme Tutumlarının Duygudurum Bozukluğu İle İlişkisi/The Relationship between Eating Attitudes and Mood Disorders of Female University Students. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(2).
- Erbaş, S. (2015). Yeme Tutumlarının Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi.
- Erbay, L. G., Seçkin, Y. (2016). Yeme Bozuklukları
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F., Erol, S. (2000) Comparison Of Locus Of Control And Self- Esteem As Predictors Of Severity Of Anorexic Symptoms. 3(3): 147-152
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, (62), 25-30.
- Ertaş, H. S. (2006). Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri. *Timaş*
- Fairburn, C.G., Harrison, P. J. (2003) Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416
- French, S. J., Read, N. W., Booth, D. A., Arkley, S. (1993). Satisfaction of hunger and thirst by foods and drinks. *British Food Journal*, 95(9), 19-26.
- Gölcük, D. (2016) Okul Çağı Çocuklarında Cinsiyet Açısından Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri Arasındaki Farkların İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Genel Psikoloji Bilim Dalı
- Gölge, Z. B. (2005). Cinsel Travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42, 19-28
- Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*; Ek 1:5-13
- Güneş, S., Yıldırım, V., Ekinci, Ö., Toros, F. (2017). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 18(2):188-190

- Hebebrand, J., Blum, W., Barth, N., Coners, H., Englaro, P., Juul, A., Remschmidt, H. (1997). With anorexia nervosa are. *Molecular psychiatry*, 2, 330-334.
- Hilbert, A., Caffier, T. B. (2007) Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa.
- Kabakçı, E., Başaran, D. (2001). Yeme Bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 32(2): 125 – 131
- Kara, İ. H., Karakılıç, O., Baltacı, D. (2016) Association between Depression and Suicidal Attempt and Levels of Vitamin B12 and Cholesterol- *Prusias Medical Journal* 2016;1(1):28-36
- Karadağ, F., Oğuzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and anxiety*, 23(3), 145-152.
- Karaman, D., Durukan, İ., Erdem, M. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2).
- Kaya, A., Bozaslan, H., Genç, G. (2012). Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. (18) 208-225
- Kendler, K.S., Mac Lean, C.J., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, L.J., (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 148,1627-1637
- Kıcalı, G. D. (2015). Üniversite öğrencilerinde, beslenme alışkanlıkları ve yeme bağımlılığının, farklı kişilik ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisinin incelenmesi
- Kıvılcım, S. (2015). Çocukluk Çağı Travmatik Yaşam Olaylarının Yetişkin Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Komorbiditesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı; Yüksek Lisans Tezi
- Kocakaya, G. (2016) Yeme Bozukluğu İle İlişkili Olabilecek Değişkenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi

- Köroğlu, E. (2009) Benlik saygısı ve sağlıklı benlik saygısı geliştirme. Ankara Hyb.
- Kuruoğlu, Ç.A. (2000). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 10: 32-37.
- Maner, F. (2001) Yeme Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 5, 130-139
- Maner, F., Aydın, A. (2007). Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. 20(1):25- , 37
- Oğur, S., Aksoy, A. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 5(1).
- Onar, A. (2008). Ergenlik ve Genç Erişkinlik Dönemindeki Kızlarda Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunanlar İle Bulunmayanların Aile Ortamı, Sosyotropik -Otonomik Kişilik Özelliği, Beden Memnuniyeti, Benlik Saygısı Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi
- Orhan, F. Ö., Karaaslan, M. F., Altunören, Ö., Tuncel, D., Demirpolat, G., Kaya, B. (2009). Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Kişilik Değişikliği: Olgu Sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 19.
- Öngider, N., Eyüboğlu, S. Ö. (2013). Depresyon Tanısı Almış Hastalarda Ölüm Kaygısının Araştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 16(1).
- Öngören, B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi Sayı-34 25
- Ören, N., Gençdoğan, B. (2007). Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1), 85-92.
- Öyekçin, D. G., Şahin, E. M. (2011). Yeme bozukluklarına yaklaşım. Türkiye Hekimliği Dergisi, 15(1), 29-35.

- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C., Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3), 107-13.
- Özgen, L., Kinaci, B., Arlı, M. (2012). Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 45(1), 229.
- Özkan, İ. (2017). Hafif Şişman/Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi (Master Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Özsoy, E. V. (2017). Personality traits in eating disorders. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.
- Özsoylar, G., Sayın, A., Candansayar, S. (2008). Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1).
- Samancı, A.Y., Erkıran, M., Şahin, H., Uçarer, N., Erkmen, H. (2000). Depresyon ve Depresyona İkincil Anksiyete Bozukluklarının Klinik ve DST Yanıtları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*; 3:153-162
- Savrun, M. (2005). Emosyonel Sistem ve Stres. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Sempozyum Dizisi, (47), 75-88.
- Sayın, A., Aslan, S. (2005). Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişili İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 276-283.
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.
- Siyez, D. (2010). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi İle İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (20).

- Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3).
- Swinbourne, J. M., Touyz, S. W. (2007). The commorbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274.
- Şahbal, A., Ünlü, G., Varol, T.F. (2007). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:28-37
- Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S., Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 151-157.
- Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E., Balık, G. (2011). Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2011;17(1):33-39
- Toker, D. E., Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *7(4): 12-16*
- Uskun, E., Şabaplı, A. (2013). Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5).
- Usta, E., Sağlam, E., Şen, S., Aygün, D., Sert, H. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 187-197.
- Uzday, T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *5(1): 5-13*
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y.E., Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri *Klinik Psikiyatri*, 2002;5:8-15

- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 16(2).
- Üngüren, E. (2015). Beynin Nöroanatomik ve Nörokimsyal Yapısının Kişilik ve Davranış Üzerindeki Etkisi. Journal Of Alanya Faculty Of Business/Alanya İletme Fakültesi Dergisi, 7(1).
- Ünsal, A., Tozun, M., Ayrancı, Ü., Arslantaş, D. (2010). Türkiye'nin Batısındaki Bir İlçede Lise Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler Dirim Tıp Gazetesi 2010: yıl: 85 sayı: 3 (100-112)
- Vardar, E., Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiytrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, C, 22, 4.
- Yiğit, İ., Erden, G. (2015). Çocukluk Çağı İstismar Yaşantıları ile Genel Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 30, 47-59.
- Zincir, S. B. (2014). Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(4).

EKLER

EK 1: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 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 umutsuz 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) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi 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) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum.
- 10- (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 11- (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskisinden daha az görüşmek konuşmak istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12- (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 17- (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
- 18- (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
(4) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. O evet O hayır
- 19- (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK 2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli olduğu zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

0.Hiç 1.Hafif derecede 2.Orta derecede 3.Ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1. Bedeninizin herhangi yerinde uyuşma veya karıncalanma | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 2. Sıcak/ateş basmaları | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 4. Gevşeyememe | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 7. Kalp çarpıntısı | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 8. Dengeyi kaybetme korkusu | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 9. Dehşete kapılma | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 10. Sinirlilik | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 12. Ellerde titreme | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 13. Titreklilik | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 15. Nefes almada güçlük | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 16. Ölüm korkusu | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 17. Korkuya kapılma | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 19. Baygınlık | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 20. Yüzün kızarması | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 21. Terleme(sıcağa bağlı olmayan) | (0) | (1) | (2) | (3) |

EK 3: MAUDSLEY OBSESYON ÖLÇEĞİ

- 1- Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.
 EVET HAYIR
- 2- Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.
 EVET HAYIR
- 3- Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.
 EVET HAYIR
- 4- İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.
 EVET HAYIR
- 5- Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.
 EVET HAYIR
- 6- Normalden fazla bir şekilde, doğalgazı, su musluklarımı ve kapıları bir kaç kez kontrol ederim.
 EVET HAYIR
- 7- Değişmez kurallarım vardır.
 EVET HAYIR
- 8- Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.
 EVET HAYIR
- 9- Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.
 EVET HAYIR
- 10- Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.
 EVET HAYIR
- 11- Çocukken annem de babam da beni fazla zorlardı.
 EVET HAYIR
- 12- Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimden geri kaldığım olur.
 EVET HAYIR
- 13- Çok fazla sabun kullanırım.
 EVET HAYIR

- 14- Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.
 EVET HAYIR
- 15- Mesajlarımı, e-mailleri postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.
 EVET HAYIR
- 16- Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.
 EVET HAYIR
- 17- Temizliğe aşırı düşkünüm.
 EVET HAYIR
- 18- Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.
 EVET HAYIR
- 19- Pis tuvaletlere giremem.
 EVET HAYIR
- 20- Önemli sorunlarımdan biri bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.
 EVET HAYIR
- 21- Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.
 EVET HAYIR
- 22- Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.
 EVET HAYIR
- 23- Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.
 EVET HAYIR
- 24- Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.
 EVET HAYIR
- 25- Alıştığım bir işi yaparken bile kaçkere yaptığımı sayarım.
 EVET HAYIR
- 26- Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.
 EVET HAYIR
- 27- Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.
 EVET HAYIR
- 28- Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.
 EVET HAYIR

- 29- Geceleri giyeceklerimi kaylayıp asmak uzun zamanımı alır.
 EVET HAYIR
- 30- Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.
 EVET HAYIR
- 31- Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.
 EVET HAYIR
- 32- En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.
 EVET HAYIR
- 33- Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.
 EVET HAYIR
- 34- Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.
 EVET HAYIR
- 35- Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.
 EVET HAYIR
- 36- Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.
 EVET HAYIR
- 37- Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.
 EVET HAYIR

EK 4: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun seçeneği soruların yanına yazınız Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	1 Nadiren/ hiçbir zaman	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Hemen Her zaman	5 Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım					
2. Düşünmeden iş yaparım					
3. Hızla karar veririm					
4. Hiç bir şeyi dert etmem					
5. Dikkat etmem					
6. Uçuşa düşüncelerim var					
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım					
8. Kendimi kontrol edebilirim.					
9. Kolayca konsantre olurum					
10. Düzenli para biriktirim					
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam					
12. Dikkatli düşünen birisiyim					
13. İş güvenliğine dikkat ederim					
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim					
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.					
16. Sık sık iş değiştiririm					
17. Düşünmeden hareket ederim					
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.					

	1 Nadiren/ hiçbir zaman	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Hemen Her zaman	5 Her zaman
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim					
20. Düşünerek hareket ederim					
21. Sıklıkla evimi değiştiririm					
22. Düşünmeden alışveriş yaparım					
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.					
24. Hobilerimi değiştiririm					
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.					
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.					
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.					
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.					
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim					
30. Geleceğini düşünen birisiyim					

EK 5: KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta 4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, Hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontaninteraksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGINLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı,uyaran olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusalton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

EK 6: DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ

1. Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve oldu mu?

..... diğer insanlara normal haliniz olmadığını düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?

EVET HAYIR

....çok çabuk kızıp insanlara bağırduğunuz ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu ?

EVET HAYIR

.... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?

EVET HAYIR

....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu ?

EVET HAYIR

....eskişinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu ?

EVET HAYIR

....düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?

EVET HAYIR

....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?

EVET HAYIR

....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu ?

EVET HAYIR

....eskişinden çok daha aktif - faal- olduğunuz oldu mu?

EVET HAYIR

....eskişinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Mesela bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?

EVET HAYIR

...cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu ?

EVET HAYIR

...normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?

EVET HAYIR

.... aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?

EVET HAYIR

2. Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların bir kaçını aynı zamanda mı oldu?

EVET HAYIR

3. Bu durumlar sizde; çalışmamak, evde ve işyerinde sorunlara yol açmak, yasal sorunlar çıkması, kavga veya tartışmalara girmek gibi konularda ne derece probleme sebep oldu?

Hiç

Az Orta derecede

Ciddi

EK 7: YEME TUTUMU TESTİ

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

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

a b c d e f

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.
2. Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem.
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.
6. Aklım fikrim yemektedir.
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.
8. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.
10. Ekmek, patates, pirinç, gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.
12. Ailem fazla yememi bekler.
13. Yemek yedikten sonra kusarım.
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek 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 çok zayıf olduğumu düşünür.
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden uzun sürer.
27. Lokantada yemek yemeyi severim.
28. Müshil kullanırım.
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.
33. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.
34. Yiyeceklerle 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 8: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamın altını işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Benim bakımı ve güvenliği üstlenen birinin olduğunu biliyordum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sevdiğimi hissediyordum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Çocukluğum mükemmeldi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdlerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekt birisi vardı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 9: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Cinsiyeti:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıya çarpı (X) işareti koyunuz.

- A. 0 -Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
1- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2 -Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B. 0- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
1- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2 - İşlerim yolunda gidecek.
- C. 0- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
1- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım
2- Her şeyi yanlış yaparım.
- D. 0- Birçok şeyden hoşlanırım.
1- Bazı şeylerden hoşlanırım.
2 -Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E. 0- Her zaman kötü bir çocuğum.
1- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F. 0- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
1- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G. 0- Kendimden nefret ederim.
1- Kendimi beğenmem.
2- Kendimi beğenirim.
- H. 0- Bütün kötü şeyler benim hatam.
1- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I. 0- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
2- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ. 0- Her gün içimden ağlamak gelir.
1- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
2- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J. 0- Her şey her zaman beni sıkır.
1- Her şey sık sık beni sıkır.
2- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K. 0- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam
- L. 0- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
1- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

- M. 0- Güzel, yakışıklı sayılırım.
1- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
2- Çirkinim.
- N. 0- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O. 0- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Oldukça iyi uyurum
- Ö. 0- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
2- Her zaman kendimi yorgun hissederim
- P. 0- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1- Çoğu gün canım yemek istemez.
2- Oldukça iyi yemek yerim.
- R. 0- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S. 0- Kendimi yalnız hissetmem.
1- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş. 0- Okuldan hiç hoşlanmam.
1- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T. 0- Birçok arkadaşım var.
1- Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2. Hiç arkadaşım yok.
- U. 0- Okul başarıml iyi.
1- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
2- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü. 0- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V. 0- Kimse beni sevmez.
1- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y. 0- Bana söyleneni genellikle yaparım.
1- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z. 0- İnsanlarla iyi geçinirim.
1- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2- İnsanlarla her zaman kavga ederim