

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**K.T.Ü. TRABZON SAĞLIK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNDE  
YEME TUTUMU VE AĞIZ YAPISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dilek ERTUĞRUK TOKER**

**HAZİRAN 2008**

**TRABZON**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**K.T.Ü. TRABZON SAĞLIK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNDE YEME  
TUTUMU VE AĞIZ YAPISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dilek ERTUĞRUK TOKER**

**Tezin Enstitüye Veriliş Tarihi :30.05.2008**

**Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 26.06.2008**

**Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Çiçek HOCAOĞLU**

**Jüri Üyesi : Prof. Dr. İsmail AK**

**Jüri Üyesi : Prof. Dr. Yusuf UZUN**

**Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER**

**HAZİRAN 2008**

**TRABZON**

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans ders a amasında engin bilgi ve tecrübelerini payla an, tez a amasında yapıcı öneri ve ele tirilerinden dolayı sevgili tez danı manım Yrd. Doç. Dr. Çiçek HOCAO LU'na, yüksek lisans derslerinde ve tez a amasında her türlü bilgi ve birikimini payla maktan kaçınmayıp, yardımlarını esirgemeyen sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Ahmet T RYAK 'ye, uygulamada sa ladı ı yardımlardan dolayı KTÜ Trabzon Sa lık Yüksek Okulu Müdürü Yrd. Doç. Dr. Nesrin NURAL'a ve Müdür Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Ayla AKBA GÜR SOY'a, her a amada yardımlarını aldı ım arkada ım Psk. Kerim FAZLIO LU, Psk. Esra AH N, Kaan AKDO AN'na, deste ini hiçbir zaman esirgemeyen her an yanımda bulunan sevgili e im ve ders arkada ım Psk. Timur TOKER'e sonsuz te ekkürler.

Trabzon, 2008

Dilek ERTU TOKER

## Ç İ NDEK İLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	II
Ç İ NDEK İLER	III
TABLolar D İ Z İ N	V
KISALTMALAR	VI
1. G İ R İ Ő VE AMAÇ	1
2. GENEL B İ LG İLER	2
2.1. Yeme Bozuklukları	2
2.2. Anoreksiya Nervoza	2
2.2.1. Epidemiyoloji	4
2.2.2. Klinik Özellikler	5
2.2.3. Etiyoloji	6
2.2.3.1. Genetik ve Biyolojik Etmenler	7
2.2.3.2. Sosyo-Kültürel Etmenler	8
2.2.3.3. Psikolojik Etmenler	9
2.3. Bulimia Nervoza	9
2.3.1. Epidemiyoloji	11
2.3.2. Klinik Özellikler	11
2.3.3. Etiyoloji	13
2.3.3.1. Genetik ve Biyolojik Etmenler	13
2.3.3.2. Sosyo-Kültürel Etmenler	14
2.3.3.3. Psikolojik Etmenler	14
2.4. Yeme Bozukluklarında Tanı	15
2.4.1. Yeme Bozukluklarında Ayırıcı Tanı	15
2.5. Aile Yapısı	15
2.6. Aile ve Yeme Bozuklu ğ u lu kisi	17

2.7. Yeme Bozukluklarında E Tanı	20
2.7.1. Depresyon	20
2.7.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	21
2.7.3. Alkol ve Madde Ba ımlılı ı	22
2.7.4. Ki ilik Bozuklukları	23
2.8. Klinik Gidi ve Prognoz.	23
2.9. Tedavi	24
2.9.1. Psikofarmakolojik Tedaviler	24
2.9.2. Psikolojik Tedaviler	25
2.10. Yeme Bozuklu u ile lgili Yapılan alı malar	27
2.10.1. Türkiye’de Yapılan alı malar	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.	29
3.1. Ara tırmanın ekli, Evreni ve örnekleme.	29
3.1.1. Örneklem Grubu	29
3.2. Gereçler	29
3.2.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu.	29
3.2.2. Yeme Tutumu Testi(YTT)	30
3.2.3. Aile Yapısını De erlendirme Aracı(AYDA)	30
3.3. Yöntem	33
3.4. istatistiksel Yöntem	33
4. BULGULAR	34
5. TARTI MA	56
6. SONUÇLAR VE NER LER	65
7. ÖZET	68
8. SUMMARY	69
9. KAYNAKLAR	70
EKLER	80

## TABLOLAR D Z N

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı	34
Tablo 2. Ailevi Özelliklerin Da ılımı	35
Tablo 3. Tıbbi Hastalık Öykülerinin Da ılımı	36
Tablo 4. Madde Kullanımı, Tedavi Yöntemi ve Sigara Kullanımı Da ılımı	36
Tablo 5. Psiko-Sosyal levlerin Da ılımı	37
Tablo 6. YTT, AYDA Toplam ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Puanların Da ılımı	38
Tablo 7. YTT ile AYDA Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki li ki	39
Tablo 8. YTT Kesim Noktasına Göre AYDA Toplam ve Alt Boyutları Puan Da ılımı	39
Tablo 9. YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı	40
Tablo 10. YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı	40
Tablo 11. YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı	41
Tablo 12. YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı	42
Tablo 13. Ya ile YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki li ki	42
Tablo 14. Sınıflar Düzeylerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	43
Tablo 15. Medeni Duruma Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	43
Tablo 16. Gelir Düzeyine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	44
Tablo 17. Ya anılan Yerle im Yerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	45
Tablo 18. Anne Babanın Birlikteli ine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	45
Tablo 19. Anne Tutumuna Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	46
Tablo 20. Baba Tutumuna Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından	

Elde Edilen Puanların Da ılımı	47
Tablo 21. Karde Sayısına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	47
Tablo 22. Çocuklukta Aileden Uzun Süre Ayrılık Ya anıp Ya anmamasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	48
Tablo 23. Çocuklukta Cinsel Taciz Öyküsünün Olup Olmamasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	48
Tablo 24. Çocuklukta Di er Travma Öykülerinin Olup Olmamasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	49
Tablo 25. Ya anan Göçe Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	49
Tablo 26. Alkol ve Madde Kullanımına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	50
Tablo 27. Sigara Tüketimine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	51
Tablo 28. Medikal Hastalılara Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı.	51
Tablo 29. Mesleki İlevsellik Yönünden YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı.	52
Tablo 30. Aile İlişkileri, Sosyal İlişkiler ve Doyumluluk Düzeylerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı	55

## **KISALTMALAR**

1. YB : Yeme Bozuklu u
2. AN : Anoreksiya Nervoza
3. BN : Bulimia Nevroza
4. DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
5. AYDA : Aile Yapısını De erlendirme Aracı
6. YTT : Yeme Tutumu Testi



## 1. G R ve AMAÇ

Yeme bozuklukları (YB) Modern Ça 'ın hastalıkları arasında, hızla artan hastalık grubunda yer almaktadır. Zayıflıkla çekicili in, incelik kavramının, estetik kaygıların de i mesi yeme bozukluklarını arttırmı tır. Kilolu insanların ya lı göründü ü, incelik ve zarafetin daha çekici oldu u tarzındaki moda ve anlayı özellikle genç kızlarda zayıf kalma, ince olma arzusunu do urmu tur (1). YB'nin psikanalitik açıklamaları 1930'larda yapılmaya ba lanmı , bu açıklamalar bozulmu yeme fonksiyonu ve kusma üzerine odaklanmı tır. Neredeyse tüm açıklamalar Freud'un açıklamalarında yola çıkarak "bozulmu beslenme dürtüsü" ve "cinselli in kontrolü" üzerinde durmu tur (2). YB psikiyatride nedenleri ve tedavisi tartı malı bir hastalık grubudur. Sonuçları ve komplikasyonları açısından önemli riskler ta ımaktadır. 30 yıllık süreç içerisinde Anoreksiya Nervosa (AN) hastalarının %25'i hayatlarını kaybetmekte, %25'i kronikle mekte yani dü ük beden a ırlı ı ile ya amlarına devam etmekte ya da bulimia nervosa (BN) geli tirerek kilolarında büyük oynamalar olu maktadır (3). Kadınlarda erkeklere oranla on kat daha fazla görülür; genel yaygınlık oranı %1'dir. (4). Toplumsal de erlerin en önemli ileticisi olarak ailenin AN geli iminde ve devamında kritik bir rolü oldu u dü ünülmü tür. Sistem kuramcılarına göre aile i leyi indeki bozuklukların belirtisi anorektik aile üyesidir (5). Tozzi ve arkadaş larına (2003) göre, aile yapıları itibariyle çocu a hareket özgürlü ünün verilmemesi ve aile i leyi i açısından yeterli doyum alınamayan ili kilerin varlı ı, ki iyi bu bozuklukları göstermeye e ilimli hale getirebilmektedir (6). Young ve arkadaş larına (2004) göre literatürde ailenin i levselli inin ve aile yapısının yeme tutumları ve davranı ları üzerindeki etkisinden bahsedilmesine ra men farklı ara tırma bulgularına da rastlanmaktadır (7). Bu ara tırmada üniversite ö rencilerinin yeme tutumlarını de erlendirilerek bu duruma e lik eden sosyodemografik özellikler ve aile yapısı arasındaki ili kinin ara tırılması, ülkemizde konu ile ilgili gelecekte yapılacak ara tırmalara bölgemiz adına katkı sa lanması amaçlanmı tır.

## 2. GENEL B LG LER

### 2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları antik ça lardan bu yana de i en sıklık ve belirtilerle var olmu tur (8). Andersen ve Yager'e (2005) göre, tarihçesine bakıldı nda, de i ik ekillerdeki yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın (AN) ve bulimia nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girme oldukları görülmektedir (9).

“Yeme Bozuklukları” (YB); yeme davranı na yönelik tüm anomalileri bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır. En bilinen yeme bozuklukları, Anoreksiya Nervoz ve Bulimia Nervozadır. Bunların yanı sıra, yiyecek olmayan maddelerin yenmesi anlamına gelen pika ve yenilen yeme in yeniden a za getirilerek tekrar çi nenmesi gibi davranı larla kendini gösteren ruminasyon bozuklu u, tüm dünyada psikiyatrik hastalıklar kategorisine alınan yeme ile ilgili davranım sorunlarıdır. YB, olu ma nedenleri karma ık, erken ba layan uzun süre devam eden ve terapötik güçlüklerle tanımlanan ölümcül sonuçları olan bozukluklardır (10). Kernberg'e (1994) göre YB patolojisi, beden üzerine bir hücumdur (11). Bu hastaların, sıklıkla metabolik ve psikosoyal komplikasyonlar ya adıkları; aynı zamanda yüksek düzeyde duygudurum ve anksiyete bozuklukları gösterdikleri; bunun yanı sıra da izole bir ya am tarzı tercih ettikleri gözlenmi tir (12).

### 2.2. Anoreksiya Nevroza

Tarihte belgelenen ilk yeme bozuklu u vakası 1242-1271 yılları arasında ya amı olan Macar Prensesi Margeret'tir. Prenses, bir manastıra kapanarak sürekli dua ediyor ve rejim yapıyordu. Kral olan babası onu bir prensle evlendirmek istedi inde ise de buna kar ı

çıktı ve rejimini daha da sıkla tırdı. Sonuçta 28 ya ında iken bedeni tükenmi bir ekilde öldü (3).

Anoreksiya nevroza ilk kez 1500'lü yıllarda Simone Porto O. Portio tarafından tanımlanmıştır. Açlık ve çilecili in (asetizm) kutsal, özendirilen bir davranı oldu u bu dönemde, Anoreksiya olarak tanımlanabilecek olan bu durum din u runa dünya zevklerinden vazgeçme anlamına gelmektedir (13).

17. yüzyıl ve sonrası dönemde Richard Morton tarafından bildirilen ve amenore, i tahsızlık, kabızlık, a ırı hareketlilik ve zayıflıkla seyreden “nervous consumption” adı verilen hastalık bugünkü anlamıyla Anoreksiya'yı kar ılamaktadır. 1789'da Fransa'da Naudeau yine a ırı i tahsızlık ile seyreden ve ölümle sonuçlanan sinirsel bir hastalık olgusu tanımlamı tır. Björndal ise kadınlara özgü olarak tanımladı ı solukluk, anemi, halsizlik ve menstrüel bozukluklar ile giden “klorozis” adını verdi i bir hastalıktan söz etmi tir. 1873'te ilk William Gull “anoreksiya nevroza” terimini ruhsal nedenli i tahsızlık olguları için kullanmıştır. Aynı yıl Charl Lasegue besinlerin kaçınılması gereken zararlı maddeler olarak algılandı ı üzerinde durmu ve bu tabloyu “anorexie hysterique” olarak adlandırmı tır. Lasegue ve Gull bu hastalı ın psikolojik unsurlardan ortaya çıktı ını ve hastalıktan ailelerin de sorumlulukları oldu unu dü ünümü lerdir. 1908'de Pierre Janet bu hastaların gerçekte kar ı koydukları güçlü i tahlarının oldu unu, kilo alma dü üncesinin tüm dü ünçe alanlarını kapladı ını ve bunun cinselli in reddiyle birlikte bulundu unu söylemi tir (3). Anoreksiya terimi, i tah kaybına, nervoza ise duygusal nedenlere i aret etmektedir. Bu terim bazı açılardan yanlı bir adlandırmadır; çünkü, anoreksik hastalar aslında i tahlarını yada yiyeceklere olan ilgilerini kaybetmemektedirler. Tam aksine, bu hastalar, kendilerini aç bırakmalarına ra men, yiyeceklerle a ırı derecede ilgilidirler (4).

AN süregen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (14) . Ünal ve Özusta'ya (1997) göre AN tanısı ile ortalama 5 yıl izlenen hastaların yakla ık yarısının beden a ırlıklarının normale döndü ü, menstruel sikluslarının düzeldi i ve tam iyile tikleri; en az dörtte birinde ise hastalı ın süregenle ti i belirtilmektedir (15)

DSM-IV-R iki ayrı tipte AN tanımlamaktadır. *Kısıtlı tipte*, kilo kaybı yiyecek kısıtlamasına ba lıdır. *Tıkanırcasına yeme- kusma tipinde* ki i düzenli olarak tıkanırcasına yeme ve çıkarma davranı ları sergilemektedir. Çok sayıda farklılık bu iki tip arasındaki ayrımın geçerlili ini desteklemektedir. Tıkanırcasına yeme- çıkarma alt tipi, bu gruptaki hastaların kısıtlı tiptekilere göre, daha fazla ki ilik bozuklu u, dürtüsel davranı , çalma,

alkol ve madde kullanımı, sosyal geri çekilme ve intihar eğilimi gösterdikleri belirtilmektedir (16).

AN'lı bireyler çocukluk yıllarında, iç-kendi standartlarına güvenemeyen çocuklardır, dışı kılavuzlara (ebeveynleri gibi) yönelirler. Daima ebeveynlerini mutlu edecek şeyleri yapmaya çalışırlar, bu nedenle anorektiklere “model/ ideal çocuk” da denir (17).

Saç dökülmesi, cilt kuruluğu, bradikardi, hipotansiyon, hipodermi, gelişim geriliği, kabızlık, bel kemiğinin eğilmesi gibi çok sayıda fiziksel semptomun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. AN tedavi edilse bile hastalığın tekrarlama riski çok yüksektir. Hastalık orta ve yüksek gelir düzeyinden olan gruplarda daha sıktır (18). Ruhsal bozukluklar içinde ölümle sonuçlanan nadir bozukluklardan birisidir (19).

### 2.2.1. Epidemiyoloji

Yeme bozukluklarının epidemiyolojisini incelemeye temel sorunlardan biri 1960'lardan beri bu sendromların tanı ölçütlerindeki değişimlerdir. Çalışmalar son 50 yılda AN görülme sıklığının arttığını göstermektedir. Bu artış da daha çok anorektik durumun ön plana çıkmasına neden olan sosyokültürel değişimlere bağlıdır. Yeme bozukluklarının orta ve üst sosyokültürel seviyedeki insanlarda görüldüğü konusundaki yaygın bir görüş varsa da, yapılan araştırmalar her zaman bunu doğrulamamaktadır. İtalya'da anorektik hastaların daha çok kültürel değişimlerin yayıldığı bölgelerde buldukları bildirilmiştir. Genel nüfustaki prevalans tahminleri %0,1 ile %4 arasında değişmektedir. Endüstriyel ülkelerde AN görülme sıklığı her yıl 8/100000 olarak tahmin edilmektedir. Bütün çalışmalar yeme bozukluklarının erkeklerde nadir görüldüğünü ortaya koymaktadır. Klinik örneklerde kadın erkek oranı 1/10-1/20 arasındadır. Erişkin erkeklerin YB açısından heteroseksüel erkeklere oranla daha fazla risk altında olduğu söylenmektedir. AN asıl olarak bir ergenlik dönemi hastalığıdır (3). Ergenlik; insan gelişiminin en karmaşık, en çetrefilli, en korkutucu ve en etkileyici dönemidir. Bu tanımlama doğrudur, maalesef sadece ergenlerin kendileri ve onların aileleri için değil, aynı zamanda onların karmaşasını anlamaya çalışan ve bu bozuklukları tedavi etmeye çalışan klinisyenler için de doğrudur (20). Hastalığın başlangıcı için riskli yaş grubu 14-18 yaşlardır. AN genel olarak 12-25 yaş arası kadınları etkilemektedir. Modellik sporculuk, hosteslik ve bale gibi mesleklerde AN'nın daha sık görüldüğü gösterilmiştir (3).

Ülkemizde her ne kadar tüm ülkeyi kapsayan geni epidemiyolojik ara tırmalar bulunmamaktaysa da en azından kültürel açıdan tartı maların ba latılabilece i çalı malara rastlanmaktadır. Daha çok ba vuran hastalar üzerinde yürütülen bu çalı maları gözden geçirdi imizde, yeme bozukluklarının yalnızca üst ve orta sosyoekonomik gruplarda de il, tüm sosyoekonomik gruplarda görülebildi ini fark etmekteyiz. Ayrıca, kentsel oldu u kadar kırsal kesimlerden olguların da yeme bozuklukları belirtileri ile ba vurdukları görülmektedir (21). Birinci basamakta yürütülen çalı malar AN sıklı ının, 1980'lerle kar ıla tırıldı ında, 1990'larda sabit kaldı ını göstermektedir. Bazı bulgular BN olgularının da azaldı ını dü ündürmektedir. Geçen yüzyıl boyunca, 1970'li yıllara gelinceye kadar AN sıklı ında artı e ilimi gözlenmi tir. En ciddi artı 15 ila 24 ya arası kadınlarda olup bu grupta 1935'ten 1999'a kadar belirgin artı gözlenmi tir. AN ve BN genç kadınlar arasındaki ortalama yaygınlı ı sırasıyla %0.3 ve %1'dir. Yeme bozuklu u olan hastaların özellikle BN hastalarının sadece küçük bir bölümü ruh sa lı ı hizmetleri içinde tedavi edilmektedir (22).

### 2.2.2. Klinik Özellikler

AN tipik olarak istemli ve belirgin kilo kaybıyla kendini gösterir. Genellikle hastalık öncesi kiloya göre %15 yada daha fazlası kaybedilir. Hastalar ba ta karbonhidrat ve ya içeren gıdalar olmak üzere gıda alımını tamamen azaltır. Anorektik hastalar kilo verdiklerini kabul etmezler. Diyetle amaçlanan kilo kaybına ula tıklarında bunu yeterli bulmayıp daha dü ük bir kiloya ula mayı hedeflerler. Kilo vermek için fiziksel aktivitelerini arttırırlar. Hastalar için dı görünü do rudan açlıkla ili kilidir. A ırı hareketlidirler veya egzersiz yaparlar. Ço unlu u gıda ile zihinsel düzeyde a ırı u ra içindedir. Bu hastalarda i tah kaybı olmamakta ve yemek konusunda son derece takıntılı oldukları görülmektedir (3). AN'de en önemli bulgu kilo alımından a ırı kaçınmadır. tah kaybı yoktur (23). Zayıflıklarının tehlikeli boyuta geldi inin farkına varmazlar. Yemek yemeyi reddetme, yeme kontrolünü kaybetmekten korkma ile birlikte dir. Bu kontrol kaybı oldu unda tıkanırcasına yemeler ortaya çıkar. Bunun sonrasında ya kusturma ya da a ırı egzersiz ile yenilenleri telafi yoluna gidilir (3).

YB hastalarında, özellikle de AN'li hastalarda tıbbi komplikasyonlar sık ve genellikle iddetlidir (24). AN ye ba lı geli en malnutrisyon birçok sisteme ait bozuklu un ortaya çıkmasına yol açar. Karaci erde ya lı dejenerasyon görülebilir. Serum kolestrol

düzeyleri yüksektir, hematopoez bozulur ve sonucunda anemi ve lökopeni gelişir. Karotenemi, periodontit, diş çürükleri, prioral dermatit, parotis bezi iltihabı, gastroparezi, konstipasyon, hipotermi ve hipotiroidiye ait bulgular görülebilir. Metabolik bozukluklar bazen kardiyak arrest ile sonuçlanan aritmilere yol açarak ani ölüm nedeni olabilir (25). Ayrıca Romans ve arkadaşlarına (1995) ve Farber'a (1997) göre kendini yaralama davranışı yeme bozukluklarının seyrinde görülmektedir (26, 27).

### **DSM-IV-R'e Göre Anoreksiya Nervoza için Tanı Ölçütleri**

- A.** Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda yada bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (beklenenin %85'inin altında).
- B.** Beklenenin altında vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan yada iştahı man bir olmaktan korkma.
- C.** Vücut ağırlığı yada biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirilmede vücut ağırlığı yada biçiminin anlamsız bir etkisinin olması yada o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.
- D.** Kadınlarda menar sonrası amenore, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması (yalnız hormon verilmesi sonrası mens oluyorsa amenore sayılır) (16).

### **2.2.3. Etiyoloji**

YB etiolojisinde biyolojik, sosyokültürel ve psikodinamik etmenler rol oynar (28). YB bozuklukları için özgün bir neden bilinmemektedir. Bu bozuklukların gelişimi için güncel açıklamalar çok yönlüdür. Hastalık öncesi iştahsızlık öyküsü ve diyet yapma davranışlarının bozukluğa yol açan ortak uyarıcı olduğu vurgulanmaktadır. Biyolojik yatkınlık, psikolojik predispozisyonlar ve sosyal sorunlar bazen diyet yapma davranışına yol açmakta ve açlığın etkileri, kilo kaybı ve beslenme sorunları ile birlikte psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır (3).

Çağdaş kültürel standartlar zayıflığı vurgularken, kadınların beden ağırlığı, gelişimsel ve beslenme koşullarının bir sonucu olarak artmaktadır. Bu koşullar, ideal beden ekli ve kadının gerçek görünümü arasında bir çatışma yaratmaktadır. Bu çatışma tipik bir biçimde diyetle yol açar. Elbette tüm diyetler AN'ye doğru gelişmez. Sosyokültürel

baskıların, özerklikle ilgili sorunlar, ergenlik ça ındaki hızlı fiziksel de i im, hastalık öncesi i manlık, ki ilik özellikleri, bili sel tarz, algısal bozukluklar ve ki ilerarası ve ailevi güçlükler gibi di er yatkınlık faktörlerini içeren daha büyük bir geli im modelinin bir parçası oldu u varsayılır (29).

Anoreksiya üzerine yapılan ara tırma sonuçları de i ken olmakla birlikte yapılan ara tırmalarda çe itli etmenler üzerinde durulmaktadır.

### 2.2.3.1. Genetik ve Biyolojik Etmenler

Son yıllarda AN etiolojisindeki etmenlerde genel e ilim psikolojik etmenlerden biyolojik etmenlere kaymı tır. Bulgularla en ili kili biyolojik faktör do um öncesi faktörlerdir. Daha önceki pek çok çalı ma do um öncesi komplikasyonlar ile AN arasında bir ba oldu unu göstermi tir ve bu ba yakın zamanda yapılan iki büyük ve iyi çalı mayla güçlendirilmi tir. Erken do um ve dü ük do um a ırlı ı bu çalı mada en çok görülen risk etmenidir (30).

Yeme bozukluklarının olu umunda kültürel de i kenlerin ya da yeti tirme özelliklerinin bir rolü oldu u açıktır. Ancak çalı malar, hem AN hem de BN'nin olu umunda genetik yapının da büyük bir payı oldu unu göstermektedir (31). Geçmi te, yeme bozukluklarının etyolojisinde sıklıkla toplumsal ve psikolojik nedenlerin suçlanmı olmasına kar ın, biyolojik etmenlerle ili kili ara tırma tekniklerinin ve bu konuya olan ilginin artmasıyla birlikte etiyojolojiye nörobiyolojik etmenlerin katkısına dair giderek artan bulgular edinilmektedir (32). Kontrollü aile ve ikiz çalı maları yeme bozukluklarının ailesel oldu unu göstermi tir. Bilimsel veriler, genetik faktörlerin bazı ki ilerde yeme bozuklu una e ilimi artırabilece ini, bununla birlikte çevresel etmenler gibi bazı etkilerin de önemli rol oynayabilece ini göstermektedir (33). Ancak Colin ve Ross'un 2006 da yapmı oldukları çalı ma sonuçları literatürdeki yeme bozukluklarında genetik kalıtsallı ın %80 kadar yüksek oldu u iddiasını çürütmektedir (34). Yeme davranı ının düzenlenmesi hipotalamusta paraventriküler çekirdekte nörotransmitter etkile imi ile olmaktadır. Hipotalamus'un leteral lezyonlarında yeme reddi, ventromedyal lezyonlarında ise hiperfaji oldu u gösterilmi tir. Bununla birlikte dopamin sentezinin aktivasyonu yeme davranı ını etkiler. laçlar ve hormonlar dopamin transmisyonunu etkileyen çevresel etkenler olup yemek yemenin kısıtlanmasına neden olabilir (3).

### 2.2.3.2. Sosyokültürel Etmenler

Kültür insanların bedeninin nasıl görünmeli sorusunu etkiler. Birçok ülkede i manlık erkeklerde zenginli e, kadınlarda cinselli in yüksek oldu una ve her iki grupta sa lı a i arettir. Afrika ve Meksika kökenli Amerikalılar kilolu olmayı tercih ederler (35).

Günümüz toplumunda zayıflık; sadece görüntü olarak de er verilen bir sıfattan çok, kadının kendine güvenini, ba arısını, özdenetimini ve gücünü de simgeler duruma geldi ini tanımlar. Arkada ve sevgililerin genç kızlar üzerindeki görüntü odaklı baskılarını da yadsımak mümkün de ildir. Genç kızlar ve erkekler kendilerini bir birey olarak sosyal çevrelerine kanıtlama sava ı verirken, bunu öncelikle görüntü ile sa lamaya çalı ıyorlar. Yapılan ara tırma sonuçlarına göre erkelerin %41'inin e seçiminde kilonun çok önemli oldu unu vurguladıkları belirlenmi tir. Bu verinin di er bir yorumu da erkeklerin özellikle a ırı ya da az kiloluysa duygusal olarak sorunlu gördükleri kadınları e olarak reddettikleridir (36).

ABD'de Nisan 2000'de bir sa lık dergisinin yapımı oldu u ara tırma göstermi tir ki televizyondaki kadın karakterlerin %32'si normalin altında kiloya sahiptir, televizyonda elbette ki kilolu karakterlere de rastlanmaktadır. Ancak genellikle bu karakterler, zeka düzeyi dü ük, kötü niyetli ki ileri canlandırırılar. Mayıs 1999'da Becker tarafından yapılan bir ba ka ara tırma medyanın kadınların özgüveni ve beden imajı üzerindeki olumsuz algısını net bir e kilde vurgulamaktadır. Fijili kadınlar, 1995'te, yani televizyon adalarına gelmeden önce, ideal vücut ölçülerinin yuvarlak ve balıketi e kilde tanımlandı ina inanmaktaydılar. Televizyonun adaya geli inden 38 ay sonra Amerikan gençlik dizilerin hakimiyetiyle, Fijili genç kızlar yeme bozukluklarının belirtisi olan pek çok davranı ı göstermeye ba ladılar. Bir ba ka önemli ara tırmaya göreyse; düzenli olarak haftada 3-4 ak am televizyon seyreden kadınların, seyretmeyenlere göre kendilerini %50 daha fazla kilolu algıladıkları belirtilmektedir. Bu ara tırmayı takip eden dönemlerde genç kızların 2/3'ü diyet yaptı ını, %15'i ise kilolarını kontrol etmek için kusma yöntemine ba vurdu unu belirtmi lerdir (1).

Toplumsal olarak zayıflı a, inceli e, i man olmamaya çok de er veren kesimlerde bu hastalı ın sık görüldü ü, zayıflık i manlık konusunda toplumsal de er yargıları ile ba lantılı olabilece i ileri sürülmü tür (37).



### 2.2.3.3. Psikolojik Etmenler (Kişisel Etmenler)

Pek çok araştırmada, bu kişilerde gözlemlenen karakter özelliklerinin en belirgin ve genel olanın mükemmeliyetçilik olduğu dikkat çekmiştir. YB görülen kişiler, kendilerinden ve çevrelerinden beklentisi yüksek kişilerdir. YB gözlemlenen kişilerde diğer ortak özellikler ise kendine güven duymamak, kişilik çatışmaları ya da amaç ve iç huzuru bulamamaktır. Genellikle YB tanısı alan kişilerin kimlik algıları düşük olur. Bu nedenle kendilerini sosyal olarak onay alan bir dış görünüşe bürünme çabası içinde bulurlar (1).

Button 'a (1990) göre düşük benlik saygısı YB için önemli bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (38). Silverstone (1992) düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında sık kararlaılan bir belirti olduğunu ve belirtinin hem AN hem de BN'de görüldüğünü belirtmiştir (39).

YB ve cinsel davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran erken çalışmalardan biri Beaumont, ve arkadaşlarına (1976) aittir ve bu araştırmada ergen ve genç erişkinlerde kısıtlayıcı tip anorektiklerin çıkarılan alt tipe göre farklılıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmada kısıtlayıcı tip anorektiklerde düzenli partner mevcudiyeti, cinsel ilişki varlığı / sıklığı ve doğum kontrol yöntemlerinin tanınması de i kenleri ile belirlenen cinsel deneyimlerinin azlığını ortaya koymuştur (40). Psikodinamik açıdan, AN a ır cinsel çocuksuluk, cinsel ilişki kurma ve gebe kalmaya karşı a ır korku, büyüme, anneden ayrılmaya, bireylemeye karşı a ır korku gibi çekirdek çatışmalar tanımlanmıştır (37).

### 2.3. Bulimia Nervosa

BN eski çağlardan beri çeşitli klinik tanımlamalar ve farklı isimlerle belgelenmiştir. Bulimia sözcüğü Yunanca "bous" (öküz) ve "lomos" (açlık) sözcüklerinden türetilmiştir. Bu sözcük, bir öküzü yiyebilecek kadar büyük bir açlık veya köpek i tahı (kynorexia) anlamında patolojik i tahı tanımlamak için kullanılmıştır (3).

Tarihsel gelişim sürecine bakıldığında 16. ve 17. yüzyılda BN'yi düşündürecek klinik olgulara rastlanmıştır. Bu dönemlerde bulimianın daha çok gastrointestinal sistem ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Blancard 1702'de bulimiya depresif duygudurumun e lik ettiğini söyleyen ilk kişidir. 1780'de Cullen bulimiayı sınıflandırarak "bulimia entrika", yani kusma ile giden bulimiayı tanımlamıştır. Bosken ve Codahl BN'nin AN ile neredeyse

aynı oldu unu belirtmek için “bulimareksiya” terimini kullanımı , Palmer ise BN’ yi “dietary chaos” olarak isimlendirmi tir. BN’ye bugünkü adını 1979’da Russell vermi ve u ölçütleri öne sürmü tür:

- Güçlü ve durdurulamayan yeme iste inin a ırı yeme epizodlarına yol açması,
- Gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kurtulmak için zorlayarak kusma ve/veya pugatif kötü kullanımı,
- i man olmaktan a ırı korku.

DSM III’te (1980) BN, “Yeme Bozuklukları” ba lı ı altında ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almı tır. DSM III-R’de (1987) “Bulimia Nervosa” terimi kullanılmı ve yeme nöbetlerinin sıklı ı, beden biçimi ve a ırlı ma ili kin ölçütler belirtilmi tir. ICD-9’da bulimiadan “a ırı yeme yada hiperalimentasyon” olarak söz edilmi , ICD-10’da ise “Yeme Bozuklukları” ba lı ı altında ele alınmı ve “Bulimia Nervosa” terimi kullanılmı tır (3).

80 yılların ba larında ender olarak görülen BN hastaların sayısında ani bir artı oldu u belirtilmi tir (41).

AN hastaları gibi, BN’li hastalar da kilo almaktan korkarlar ve kendilik de erleri büyük ölçüde normal vücut a ırlıklarını korumalarına ba lıdır. Onlar da, göreceli olarak normal bir kiloda olsalar da i man olduklarına inanarak, beden biçimleri ile ilgili de erlendirmelerinde bozulmalar ya arlar (4).

AN’de oldu u gibi, BN’de de iki ayrı tip tanımlanmı tır: *Çıkartan tip* (purging type) ve *ödünleyici davranı ların aç kalma ve a ırı egzersiz yapma biçiminde oldu u çıkartma olmayan tip*(non- purging type). Tahmin edilebilece i gibi, çıkartmanın olmadı ı bulimiklerin durumu, olanlara göre daha az iddetlidir. Bu gruptakiler daha seyrek tıkanırcasına yeme davranı ı gösterirler. Ayrıca psikopatolojlerinin düzeyi daha dü üktür (16).

BN genellikle geç ergenlik ya da erken eri kinlik döneminde ba lar. Olguların %90’ı kadındır. Genel nüfusta kadınlar arasındaki yaygınlı ının %1 ile %2 arasında oldu u dü ünülmektedir. BN’li birçok hasta hastalı ın ba langıcından önce normal kilonun üzerindedir. Tıkanırcasına yeme örüntüsü genellikle bu kilonun verilmesi için ba latılan diyet sürecinde ortaya çıkar. Uzun süreli izleme çalı maları, bulimiklerin yarısından fazlasının 5 yıl içinde iyile tiklerini göstermektedir (4).

Anoreksiya da bulimia da aile içinde geçi lilik göstermektedir. YB olan genç kızların kadın akrabaları, di er bireylere göre, yakla ık 5 kat daha fazla oranda YB göstermektedirler (37).

Kuruolu'nun aktardığına (2000) göre YB'de genetik çalımlar yaklaşık 100 yıldan beri yürütülmekte olup, belirli yönetsel eksiklikleri içeren ilk çalımlardan sonra, bu konudaki ilk sistematik ara tırma Gershon ve arkadaşları (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ara tırmada, anoreksiklerin 1. derece akrabalarında %2,0 oranında AN, %4,4 oranında ise BN bildirilmiştir. Aynı ara tırmada kullanılan kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %0 ve %1,3 olarak bulunmuştur (42).

### 2.3.1. Epidemiyoloji

BN ile son 30 yılda daha çok karışılmasıyla birlikte bu tablonun sonradan ortaya çıkan bir bozuklu mu yansıttığı, yeni yeni tanınmaya başlanan eski bir hastalık mı olduğu, yada AN'nin de i im gösterdiği bir biçimi mi olduğu gibi farklı sorulara yanıt aranmaktadır. DSM-III ile birlikte daha kısıtlayıcı ölçütlerin uygulanmaya başlanması BN epidemiyolojisine biraz daha açıklık getirmiştir. Yaygınlık genç kadınlarda %1-4 arasında bulunmaktadır. Ancak bulimikler normal kiloda da olabildikleri için toplumdaki gerçek yaygınlığı bulmak güçtür. BN insidansının en yüksek olduğu grup 15-29 yaş arası genç kadınlardır. BN belirtileri olan hastaların %4-5' erkeklerdir. 1992'de Japonya'da gerçekleştirilen bir ara tırmada BN'deki sıklık genel nüfusta 1.3-2.5/100000, 13-29 yaş arası bayan nüfusta 3-13/100000 arasında bulunmuştur (3).

Türkiye'de yapılan bir çalımda ise Yeşilbursa'nın (1990) 14-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalımda BN kızlarda % 4.3, erkeklerde %0.6 oranında bulunmuştur (43).

Büyükkal (1995) ise 15-18 yaş grubu 8000 öğrencide DSM-IV-R ölçütlerine göre %3 oranında YB saptamıştır. Bunların %70'i BN olup, tümü kız idi (44). BN ülkemizde psikiyatri kliniklerinde AN'ye göre daha az ancak batı toplumlarında bunun aksine yeme bozuklukları içinde daha fazla görülen bir klinik tablodur (19).

### 2.3.2. Klinik Özellikler

BN hastaları genelde normal kilolu olmaları ve tıkmırcasına yeme-çıkarma alıkanlıklarına sahip olmaları ile AN hastalarından ayrılırlar. Anoreksiyada olan aırı disiplin ve kontrolün aksine bulimiada bunların yetersizliği açıkça ortaya konulmaktadır. Bulimia sinsice gelişen bir durumdur. Yakınmaların ortaya çıkımdan tedaviye kadar

geçen ba vuru süresi ortalama 3-5 yıldır. Tıkınırcasına yeme kusarak yiyeceklerin i manlatıcı etkilerini ortadan kaldırma, kusturucu ilaçlar yada laksatifleri kullanma, a ırı egzersiz, aç kalma ve i manlama fobisi bulimianın tipik belirtileridir (3).

BN genellikle uzun süreli diyet yaptıktan sonra ortaya çıkar. Diyet yaparak kilo kaybedilebilir ama bu kilo kaybı AN tanısı koyduracak kadar iddetli de ildir. Yemeyi kısıtlama, tıkınma nöbetlerine yol açar. Tıkınma nöbeti ortalama bir saat sürer. Yenilen gıdalar yüksek kalorili ve yenmeyi kolayla tıracak niteliktedir. Tıkınma nöbetleri sırasında normalden hızlı ve çok miktarda yerler. Ara tırmalar, tıkanırcasına yeme sırasında, bulimik hastaların 2000 ile 4000 arasında kalori aldıklarını göstermi tir (4). Nöbet sonrasında ise halen doymamı tırlar. Tıkınırcasına yeme nöbetleri; yiyece in tükenmesi, karında a rılı gerginlik, yerken birisi tarafından yakalanma ya da uyku ile sonlanır. Tıkınma nöbetlerinden sonra suçluluk hissi ve kendinden i renme duygusu sıklıkla ya anır. Hastaların yakla ık % 10'u belirgin olarak i mandır (3). Sours'a (1980) göre bulimik hasta öfkeyi kendisine yöneltir. Bedensel duyumlar ve dürtüler kontrol edilmeli ve cezalandırılmalıdır (45). Dürtüsel hiperfaji olarak da tanımlanabilecek olan BN'de hasta bo a dönen bir makine gibi sürekli olarak dolar ve bo alır. Bulimik nöbeti, hızla yeme, çi nemedden yutma ve pe inden sıklıkla görülen dı arı atma, kusma eyleminden olu ur ve ki inin kendine kar ı yönetti i bir öfkeyi ve saldırganlı ı içerir (46).

Bulimiklerde sorumluluk duygusunda eksiklik dikkat çekmektedir. Belirtilerinin suçunu ba kalarına atabilirler. Sık olarak karma ık, sorunlu ki ilerarası ili kiler, dürtüsel davranı lar, anksiyete, obsesif-kompulsif davranı lar sergilerler. Bir kısım hastada ço unlukla gıda, giysi ve mücevher olmak üzere dürtüsel çalma sorunu görülmektedir. Parotitis, periodontit, akut mide dilatasyonu, perforasyonu, ösefagus yırtıkları, elektrolit bozuklukları ve kalpte ritim bozuklukları, görülen önemli komplikasyonlardır (3).

### **DSM IV-R'e Göre BN için Tanı Ölçütleri**

**A.** Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması.

- Aynı zaman diliminde ve benzer ko ullarda ço u insanın yiyebilece inden çokdaha fazla miktarda yiyece i belli bir zaman diliminde yeme.
- Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktı ı duyumun olması.

**B.** Kilo almaktan sakınmak için kendisinin yol açtı ı kusma yada laksatif, diüretik veya di er ilaçların yanlı yere kullanımı.

- C. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranı ların her ikisi de üç ay süre ile ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkması.
- D. Kendini de erlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve a ırlı ından etkilenme.
- E. Bu bozukluk sadece anoreksiya nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır (16).

### 2.3.3. Etiyoloji

BN'nin çok çe itli nedenlerden dolayı ortaya çıkan heterojen bir hastalık oldu u; hastalı ın bu alı kanlık ya da davranı kalıbının ki ili e; biyolojiye ve kültüre nüfuz etmesi ile geli ti i açıklanmaya çalı ılmı tır. BN'ye yönelik aniden ortaya çıkan ilgi, medya ve popüler basında tartı ma olmasına yol açmı tır (3). Yeme alı kanlıkları yalnızca bireysel tercihlere ba lı olarak de i memektedir: toplumsal ve ekonomik de i imlerin getirdi i birçok yeni olgu bireysel alanda da de i imleri zorunlu kılmaktadır. Fast-food yalnızca bir yeme tarzını de il, neredeyse tüm günü biçimlendiren bir ya ama tarzını belirler. Yemek yemek bir haz ve sosyal etkile im alanı olmaktan çıkar; hızlı gıda tüketimi olgusuna dönü ür. Sessiz ve sinsice, bulimik atakların, tıkanırcasına yemek yeme ataklarının zemini hazırlanmaktadır (47).

#### 2.3.3.1. Genetik ve Biyolojik Etmenler

Hundson (1987) bulimiklerin birinci derece akrabalarında %1.7 oranında BN bildirmi tir (48). Bu oran genel popülasyonda %1-2 olarak verilen prevelanstan farklı de ildir Hundson'dan farklı olarak Kasset (1989), bulimiklerin birinci derece yakınlarında kontrol grubuna oranla üç kat fazla bulimia bildirmi tir (%9.6 ve %3.5) (49).

Öte yandan ikizler üzerinde yapılan ara tırmalar göstermi tir ki; BN genetik faktörlere ba lı bir zorluktur (%50-83). Ortak çevrenin de bunda etkisi vardır ancak yeme davranı ı genel anlamıyla genetikdir. A ırı yeme ve çıkarma davranı larını belirleyen genler ortaktır. BN, panik ve fobilerle ortak genlere dayanmaktadır. YB'ye neden olan genlerin etkileri ergenlik ça ından sonra ortaya çıkmaktadır (1).

Görüldü ü gibi rakamlar farklılık gösterse de genelde çalı malar, yeme bozukluklarında ailesel bir yatkınlı a i aret etmektedir.

### 2.3.3.2. Sosyokültürel Etmenler

Son yüzyıla damgasını vuran imaj zayıf bir beden kadında gücü, özgürlüğü ve hatta zenginliği simgelediğidir. Çocukluktan yetişkinliğe uzanan yolda bir genç kızın toplumdan ve çevresinden aldığı mesaj, zayıf olması gerektiğini söyler. YB'nin kültürel normlar çerçevesinde de değerlendirilmesi önemlidir. Aslında açlık çeken, kusan ve hayatını diyetlere adayan gençler umutsuzca kabul görme, onaylanma ve kilo kontrol etme savaşını vermektedir. Bu nedenle yeme bozukluklarını temelde yeme alışkanlığının bozukluğu da değil de "benlik algısı" bozukluğu veya kabul görme savaşını verirken kısa süre için yemek yeme davranışını kontrolde bulma şeklinde tanımlanabilir (1).

Sosyokültürel iletiler sosyal pekiştirme ve taklit yoluyla aile, akran ve medya yoluyla alınır ve ardından baskılar içselleştirilir. Düşük kendilik saygısı ve kimlik karmaşası, içselleştirme eğilimini artırır. Bu durum bedenden memnuniyetsizliğe yol açar, ağırlık kontrol edilmeye çalışılır, sonuç olarak yemenin kısıtlanmasına ve böylece tıkinmanın artmasına yol açar. Bulimik davranışların örnek alınması da bu sonuca ulaşmayı artırır. Bedenden memnuniyetsizlik içselleştirilerek depresyona yol açabilir. Başa çıkma yetilerindeki eksiklikler bu olasılığı artırır (50).

### 2.3.3.3. Psikolojik Etmenler (Kişisel Etmenler)

AN veya BN öncesi kişilik özelliklerinin kapsamlı incelenmesi güçtür, bu nedenle çoğu çalışmada hastalar düzeldikten sonra ve hastalık sırasında değerlendirilmiştir. Düzelmeli hastalarda sıklıkla obsesyonel ve katı düşünme, sosyal içe dönüklük, kişilerarası güvensizlik ve duygulanım kısıtlılığı, ağırlık uyum ve davranış düzenliliği devam eder. Obsesyonel, mükemmeliyetçi kişilik, kısıtlayıcı tip AN için risk etkenidir. Bu hastalar, kişisel başarıya odaklanarak çocukluk deneyiminden yoksundurlar (51).

AN'den farklı olarak bulimikler bir rahatsızlıkları olduğunu kabul etme ve yardım alma eğilimindedirler. Yapılan araştırmalar bu bireylerin yoğun depresizlik düzeyleri ve onay gereksinimi içinde olan, ağırlık derecede kendini eleştiren bireyler olduğuna dair bilgileri içermektedir. Benlik algıları vücut görünümüne bağlıdır. Bazı çalışmalar bulimiklerin ebeveynlerinin uzak ve reddedici olduklarını bildirmekte, anneden ayrılma ve bireyselleşme çabalarının dışlama-atma-kusma şeklinde olabileceğini ifade etmektedir. Bazı

ara tırmalar da hem ebeveynde hem de çocukta birbirinden ayrılma ile ilgili yo un güçlükler oldu unu ifade etmektedir (1).

## 2.4. Yeme Bozukluklarında Tanı

DSM-IV'e göre YB tanısı hastanın öyküsü ve ayrıntılı psikiyatrik muayene ile konulur. Fizik muayene de mutlaka yapılmalıdır. Öncelikle kilo kaybına neden olan di er dâhili nedenler ve maniglite dı lanmalıdır. Hastanın kilo ve boyu ölçülmeli, beden kitle indeksi hesaplanmalıdır. Laboratuar incelemesi olarak idrar tetkiki, kan üre azotu, serum elektrolitleri bakılmalıdır. A ır olgularda serumda kolesterol, lipid, kalsiyum, magnezyum, fosfor, amilaz, karaci er enzimleri ölçülmeli, EKG çekilmelidir. Bazen beyin kitle azalmasını ara tırmak için MR ya da BT gerekebilir. Kilo kaybı nedeni olarak hipertiroidiyi dı lamak için tiroid i levleri incelenmelidir. Osteoporozu de erlendirmek için kemik mineral dansitometresi yapılabilir. AN'si olan kadınların yakla ık %50'sinde kemik yo unlu u ölçümleri iki standart sapmadan daha a a ıdadır (52).

### 2.4.1. YB'de Ayırıcı Tanı

1. izofrenide bazen garip yeme alı kanlıkları görülebilir, ancak bu hastalı ın psikoza ile ilgilidir.
2. Majör depresyonda i tah azalması ve belirgin kilo kaybı olabilir, ancak beden imgesi bozulmamı olup kilo kaybı istenilmez.
3. OKB'de bazen özel yeme davranı ları olabilir, ancak beden imgesi bozuklu u ve kilo alma korkusu yoktur.
4. Mide, barsak bozuklukları (malabsorpsiyon), endokrin bozuklukları (hipertiroidi), orta çizgi tümörleri de zayıflı a neden olabilir (52).

## 2.5. Aile Yapısı

Aile, bir kurum olarak, hemen hemen her toplumda ve kültürde yüzyıllardır vardır. Pek çok insan, sosyal bilimciler ve hükümetler, ailenin toplum ve birey için gerçekle tirdi i fonksiyonlar nedeniyle, aileyi yeri doldurulamaz bir olgu olarak dü ünürler (53). Ailenin ve Aile çinde Çocu un Korunması ve Çocu un Statüsü Komisyonu

Raporu'na (2000) göre, aile, ilk sosyal deneyimlerin ya andı 1, yeti kin dünyasına ait ilk verilerin toplandı 1, yüz yüze ve içten ili kilerin en güçlü oldu u birincil gruplardandır (54). Bireyin ilk sosyal çevresi olan aile üphesiz ki bireyin üzerinde toplumun etkisini hissettirdi i ilk yerdir (55). Birey, aile ve toplum arasındaki ba lantı insan psikolojisini anlamada büyük önem ta ır. Ailede olu an ki iler arası dinamikler çocuk üzerinde olu an güçlü etki sebebiyle ço u ara tırmacının ilgi oda ı olmu tur (56).

Aile olgusu her ne kadar tarih içinde ve bir toplumdan di erine farklı anlamlar ta ıyabilmekteyse de, içinde neredeyse evrensel sayılabilecek bazı geli imsel olayların ya andı 1 sosyal bir birimi ifade eder. Bu sosyal üniteyi olu turan bireylerin birbirlerine olan güçlü ba lılıkları ve sadakatleri uzun yıllar sürer. te beklide aile kavramının en ayırt edici anlamını yükleyen bu kalıcılık özelli idir (57).

Aile, bireyin ki ili inin olu umunda ve toplumsalla masında etkin bir faktör olarak, toplumun sosyo-kültürel özelliklerini bireye aktarmaktadır. Böylece aile, birey davranı larını düzenleyici bir sosyal ortam özelli i kazanmaktadır. Bireysel ya amda insanlar, ki isel sorunlarıyla ilgili kararlarını bile kendileri kolayca alamamakta, güvendikleri ve inandıkları ki iler in görü lerini alma gere i duymaktadırlar. Bu ba lamda, birey kararlarını etkileyen ki iler olarak, öncelikle aile bireyleri dü ünülebilir (58). Aile sistemi kuramcıları, her üyenin birbiri ile ili kili oldu unu; sistemin i leyi inin görünmeyen kurallarla yürütüldü ünü ve belli bir denge veya homeostazisi sa ladı nı savunurlar (5).

Anne-baba tutumlarına ili kin literatürde çe itli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Yavuzer (1988) anne-baba tutumlarını dört grup altında toplamaktadır: A ırı baskıcı ve otoriter tutum, güven verici ve ho görülü (demokratik) tutum (59). Santrock (1989) tarafından yapılan bir ba ka sınıflandırmada anne-baba tutumları, yetkili (authoritative), yetkeci (authoritarian) ve serbest bırakan (permissive) olarak gösterilmektedir (60).

1994 Uluslararası Aile Yılı Özel htisas Komisyon Raporlarında bildirilen ülkemizde anne baba-çocuk ili kileri üzerine yapılan ara tırmalar, aile içi etkile imin niteli inin ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı ve de erlerine ba lı olarak de i ti ini gösterir (61).

Türkel (1992) tarafından yapılan çalı mada, demokratik ve özgürlükçü aile ortamlarında yeti en ki iler in “ba arılı yönetici” olacakları konusunda bir e ilim oldu u bildirilmi tir. Ailelerin seçti i davranı tarzlarının (özgürlükçü, otoriter, serbest bırakıcı), ki ili i, bireylerin çekingen, ürkek cüretli olmaları biçiminde etkiledi i görülmektedir.



Yapılan bu çalı mada, çekingen davranı lar gösteren yöneticilerin, kendilerine, yeti me dönemlerinde baskıcı davranıldı ı, bugünkü ürkekliklerinin altında “otoriter” tarzın oldu u görülmü tür (62).

Anne-baba tutumlarının gençlerin davranı ları üzerindeki etkisi ara tırıldı ında, tutumların genellikle,”demokratik”, “otoriter” ve “serbest bırakıcı” olarak tanımlandı ı görülmektedir (58). Akba , (1994), tarafından yapılan bir ara tırmada, demokratik ve otoriter olarak algılanan anne-baba tutumlarının, gençlerin uyum düzeylerine etkisi incelenmi ; otoriter ortamda yeti en gençlerin uyum düzeylerinin daha dü ük, demokratik ortamda yeti en gençlerin ise bireysel ve sosyal uyumlarının yüksek oldu u görülmü tür. Ek i (1990), babanın olumlu ilgisi ve sevgisi ile liderlik ve uyum yetene i arasında da ili ki bulunmaktadır (63, 64).

Kuzgun (1973) otoriter, demokratik ve serbest bırakıcı (ilgisiz) olarak algılanan anne-baba tutumlarının, bireylerin kendilerini gerçekle tirmeleri üzerinde etkisi bulundu unu belirtmektedir. Demokratik tutumun kendini gerçekle tirme üzerinde olumlu etkisi olurken, otoriter tutum kendini gerçekle tirmeyi olumsuz olarak etkilemektedir. Bu etkilerin yanı sıra, Middleton (1993) bireylerin kariyer geli imlerinde ve e itim hedeflerinin saptanmasında, ailelerin önemli bir rolü oldu u saptanmı tır (65, 66). Parsons’a (1995) göre çocukların nasıl dü ündü ü ve nasıl davranı lar sergiledikleri ailelerinde ya adıkları tecrübelerle ba lantılıdır. te bu yüzdendir ki toplumda; gelecek nesiller için, ancak ya amda birey ili kileri ve davranı ları sa lıklı ve i levsel oldu u sürece, sa lıklı ve ba arılı insanlar ortaya çıktı ı söylenebilir. Kısaca aile, toplum gelece i için önemli bir unsurdur (67).

## **2.6. Aile ve YB li kisi**

Pek çok psikiyatrik sorunu incelerken ailenin yadsınamayacak etkileri kar ımıza çıkmaktadır. Ki ili i, hayat görü ünü, davranı ları etkileyen en önemli çevre elbetteki aile, anne-babadır. Aile içi ili kiler, payla ımlar, anne ve babanın karakter özellikleri ile çocuklarına yakla ımları çocukların gelece ini etkilemektedir. A ırı koruyucu ebeveynler veya çocukları ile mesafeli ili kiler içinde olan, duygusal uzaklı ı tercih eden ebeveynler farklı ekillerde çocuklarının yeme davranı larını etkileyebilmektedir. Di er yandan kimi ailelerde çocuklar kendilerini yalnız, reddedilmi hissedip aileleri tarafından anla ılmadıklarını dü ünebilirler. Böylece kendilerini kanıtlama ve onay alma

mekanizmasını fiziksel özellikleri üzerinden kurmaya çalışabilirler (1). Yeme, ebeveyn-çocuk ili kisinin ve duygusal durumun duyarlı bir göstergesidir (68).

Aile ili kileri büyük ço unlukla yeme bozuklu unun nedenleri arasında yer almaktadır. BN tanısı almı hastaların pek ço unun aile öyküleri incelendi inde, sorunlu aile ili kileri göze çarpmaktadır. Hastalar anne babalarını "uzak ve reddedici olarak tanımlarlar. Bazı bulgular hastaların ailelerinde yakın fakat sorunlu ili kilerin söz konusu oldu unu göstermektedir (1).

Uzmanlar, yeme nöbetlerinin anne ile bütünle meyi temsil etti ini, ancak sonrasında anneden ayrılma ve bireyselle me çabasının dı a atım ve kusma davranı ları olarak kendini gösterdi ini dü ünmektedir (1). Bu hastalarda çocu un özerkli inin geli mesini güçle tiren, onun çocuksu kalmasını destekleyen bir aile patolojisinin bulundu u ileri sürülmü tür (37).

Rastam ve Gillberg'e (1991) göre AN'li çocuk ve ergenlerin ailelerinde kontrollere göre daha fazla ölüm ve ayrılma, ruhsal bozukluk, alkol kullanımı ve kumar oynama sorunu oldu u bildirilmi tir (69).

Kimi aileler bebeklikten itibaren çocuklarına kar ı birtakım yüksek beklentiler içindedirler ve bu durum gençlerin, hem ebeveynlerinin hem de kendilerinin beklentilerini kar ılamaya yüksek hedeflere ula maya yöneltir (1). Stern ve arkadaş larına (1989) göre ba rı konusu yeme bozuklu u görülen kadınların ailelerinde sıkça vurgulanır (70). AN'lilerin ailesinde belirgin olarak gözlenen mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, diyet yapma ve i manlık korkusu, te hircilik, ebeveyn çatı maları gibi özellikler, i man vakaların ailelerinde aynı oranda gözlenmemektedir (71).

Hamlett ve Curry'ye (1990) göre aile dinamikleri açısından baktı ımızda da kadın ve erkek hastalar arasındaki benzerlik göze çarpmaktadır. Çalı malarda anorektik ergen erkeklerle babası ve babasının temsil etti i erkeksili in rol modeli arasındaki ili kiye dikkat çekilmi tir. Bazı çalı malar a ır ı çeli kili ve zayıf baba-o ul ili kilerinden bahsetse de, daha tipik olan o lundan psikolojik anlamda uzak olan babadır. Anorektik erkeklerin babaları erkeksili in güçlü kültürel imajlarına (hatta belki stereotiplerine) uymaktadır ve bu, alkol kullanımı gibi erkeksili e e lik eden daha olumsuz davranı ları da kapsar. Babaların ilgi eksikli ine zıt olacak ekilde, anorektik erkeklerin anneleri ço unlukla "a ır ı ilgili, a ır ı korumacı ve a ır ı ba ımlı" olarak tanımlanmaktadır. Ayrılma zorlukları ve a ır ı çeli kili ili kiler içinde sınırların olmamasına dikkat çekilmi tir (72). Carlat ve

Camargo'ya (1991) göre bulimiklerin aileleri; desteklemeyen, kaotik ve sır saklamaya e ilimli ailelerdir (73).

Bulimiklerin sıklıkla kilo kaybetmek için aile baskılarından sonra diyete ba ladıkları bildirilmiştir. Örne in, bir çalı mada aile baskısı sonrası diyete ba lama oranı % 55 bulunmu tur (50). Bu bozuklukların akut safhalarında yapılan aile etkile imlerine ili kin çalı malar YB'nin devamlılı nı olu turan etkenler hakkında bir fikir verebilir. Bir kontrollü çalı ma, BN hastalarının ailelerinde, kontrol grubunda yer alan ailelere göre daha çok hostile, izolasyon hisleri buna kar ılık besleyip büyütme (bakım) ve empati kurmada belirgin yetersizlik oldu unu göstermiştir (51).

Anne-baba tutumları, çocuktaki davranı sal uyumsuzlu un geli mesinde en önemli etken olarak görülmü tür (74). Jersild'e (1983) göre, anne-babanın tutum ve davranı ları çocu un ki ilik geli imini, bu tutum ve davranı ları algılamasına ba lı olarak etkilemektedir (75). Yavuzer (1988) bu saptamayı u ekilde destekler; otoriter tutumdaki anne-babaların çocukları çekingen, ba kalarının etkisinde kolayca kalabilen, a ırı hassas bir ki ilik yapısına ve genellikle, isyankar davranı lar göstererek a a ılık duygusuna sahip olmaktadır. Buna kar ılık, demokratik tutumları olan ebeveynlerin çocukları, giri im yetene ine sahip, özgüveni olan, kendi kendine kararlar alıp bunların sorumlulu unu ta ıyabilen ve ba ımsız davranabilen ki iler olmaktadır (59).

Özellikle vurgulamak gerekirse, birey içinde ya adı ı psikolojik ba lamla kar ılıklı bir etkile im içindedir; aile içindeki tekrarlanan örüntülerle hem kendi psikolojik ya amı belirlenir, hem de kendisi ailenin psikolojik ba lamını biçimlendirir. Bireyin psi ik dünyası tamamen içsel ve bireysel bir olay de ildir. Dolayısıyla bireyin psikolojik dünyasında arzulanan her türlü de i imin aile yapı/sistemi ile do rudan ili kili oldu u ve tersinin de do rulu u dü ünülmelidir (57). Aile içinde bireylerin ba ka bir sosyal kurumda bulamayacakları türden duygusallık, yakınlık, ba lılık, efkat gibi özel gereksinimleri kar ılanır (76). Aile sisteminde devam eden bir belirtinin i levini belirlemek ve tedavide gereksinimlerin doyumunun sa landı ı daha uyumlu alternatif yolları belirlemek önemlidir. Yapısal ve stratejik olmak üzere 2 yakla ım vardır. YB'de bu 2 yakla ım da önemlidir.

1. Salvator Minuchin'in yapısal yakla ımı

2. Mara Selvini-Palazzoli'nin sistemik (Milan) yakla ımı

Yapısal kuram: Minuchin'in yakla ımında hasta ailedeki psikopatoloji için bir günah keçisi olarak görülür. Belirtiler özel bir ekolojik ortamda ortaya çıkar ve bozuk aile

kalıplarını stabilize etmek -aile homeostasisi ve süreklili ini- korumak üzere rol oynar. Aile “yapısal” olarak organize olur ve bir ünite olarak bütünlü ü devam ettirme hedeflerini ba armak, bireysel geli meyi ilerletmek, duygulanım uzla ması, gizlilik ve kar ılıklı saygı olu turmak için çalı ır (50).

Sistem kuramı: Selvini-Palazzoli'nin modeli hem stratejik hem de yapısal modelden geli tirilmi tir. Belirtiden kurtulma yolu kuralların de i tirilmesidir (50). Tozzi ve arkada ları (2003) tarafından yeme bozuklu u olan çocukların ailelerinin, çocuklarından ba arı beklentisinin yeme bozuklu u olmayan çocukların ailelerine göre daha fazla oldu u belirtilmektedir. YB olan ki iler de kendi ailelerini daha az empatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu buldukları gözlenmi tir (6).

Aile yemekleri yeme bozuklukları ve di er problemler için aile içinde belirgin endi e ve sorunlar oldu u durumlarda koruyucu etken olabilir. Aile yemekleri bulimik davranı ları önleyici bir etmen olabilir (77).

Sonuç olarak, ailede ileti im, aile yapısı, ailenin ili ki ve etkile iminin özellikleri aile i levlerinin en önemli belirleyicisi olarak görülmektedir. Bu nedenle, patolojik davranı ı ortadan kaldırmanın yolu, ailenin organizasyonel, yapısal, ileti imsel, etkile imsel ve i levsel özelliklerinin olu turdu u biçimleri tanımaktan geçer (78).

## **2.7. Yeme Bozukluklarında E Tanı**

### **2.7.1. Depresyon**

Depresyon en sık görülen duygudurum bozuklu udur (79). Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenle me, depre me ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur (80).

Depresyon ve yeme bozuklukları arasında ili kiye dair farklı görü ler mevcuttur. Wambolt ve arkadaş larına (1987) göre, depresyon ile yeme bozuklukları ili kisi tartı malı bir konudur. Çe itli çalı malarda AN tablosuna depresyonun öncülük etti i, Katz (1986) ise, AN'nin atipik bir depresyon oldu u, Altshuler ve Weiner'a (1985) göre, açlı ın depresyon benzeri tabloya yol açtı ı, Laessle ve arkadaş larına (1987) göre devam eden yeme bozuklu una ikincil depresyon oldu u ve Silverstone (1990) ise, yeme

bozukluğunun çoğunlukla depresyon olmadan görüldüğü gibi farklı düzeylerde öne sürülmüştür (81, 82, 83, 84, 85).

Depresyon ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki karmaşık ancak sık görülen bir durumdur. Depresyon sanki yeme bozukluğunun yan koluymuş gibi, çoğunlukla yeme bozukluğunun tanısına eşlik eder. Duygudurumdaki değişimlerin ve negativizmin kişinin yeme ve beslenme düzenindeki dengesizliğe bağlı olduğu da düşünülmektedir. Diğer taraftan bu düzeydeki yapıları, kişinin yeme bozukluğunun da altında yatan olaylara bağlanabilir (1).

AN'nin aslında farklı bir bozukluk türü mü olduğu ya da duygudurum bozukluklarının bir varyantını mı ifade ettiği ilginç bir tartışma konusudur. Bu tartışma anoreksik hastaların akrabalarındaki duygudurum bozukluklarının yüksek orandaki yaygınlığını gösteren çalışmalar kadar, anoreksiya ve depresyon arasında gözlenen yüksek eş zamanlı oluşum (komorbidite) ile de alevlenmektedir (29). AN'li hastalarda sıklıkla depresyon da birlikte olabilir (37).

Yapılan uzun süreli bir izleme çalışmasında AN tanısı alan hastalar arasında eşit sayıda psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır; hastaların %84'ünde yaşımlarının herhangi bir döneminde, başta majör depresyon olmak üzere duygudurum bozukluğunun tanısına rastlanmıştır (86).

### **2.7.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif kompulsif bozukluk obsesyonların ve/veya kompulsiyonların tabloya egemen olduğu ruhsal bir bozukluktur (87).

AN'li hastalarda yapılan 11 çalışmayı değerlendiren bir yazıda, OKB belirtilerinin depresif semptomlardan sonra en sık görülen komorbid belirti olduğu saptanmıştır (88). Halmi ve arkadaşları (1991) on yıllık bir takip çalışmasında AN öyküsü olan hastalarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında belirgin olarak artan OKB komorbiditesi saptamışlardır. Yapılan çalışmalarda bulimik hastalarda OKB %33 bulunmuş, simetri ve düzenlilikle ilgili obsesyonlar en fazla görülen semptomlar olarak saptanmıştır. OKB'li hastalardaki çalışmalarda AN'nin (%10-17) ve BN'nin (%5-20) önemli oranlarda eş zamanlı olarak tanı gösterdiği saptanmıştır. 544 OKB'li hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %28'inin bedensel obsesyonlar ya da hastalığa yakalanma korkusu taşıdığı saptanmıştır, %3,1'inde ise önde gelen belirtilerin bedensel obsesyonlar olduğu bildirilmiştir (89).

YB özellikle de AN ile OKB belirtileri arasında genel bir benzerliğin bulunduğu söylenebilir. Bununla birlikte özellikle AN ile OKB aynı bozukluk spektrumunda yer almaktadır. Genetik ve aile çalışmaları iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceğini ortaya koymakla birlikte bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir (90).

AN'li hastaların büyük bir çoğunluğunda birlikte görülen ve ek tanı konulan bozukluklar arasında OKB da yer almaktadır (37). AN ve OKB arasında en azından yüzeysel benzerlikler ve örtüşmeler olduğuna dair klinik kanıtlar bulunmaktadır (91). YB ve OKB arasındaki ilişkiyi irdeleyen önemli çalışmalar olan Kaye, (1991) bunların birbirlerinin bir formu olduğunu, ne de birbirlerinden tamamen farklı olduklarının söylenebileceğini düşünmektedir (92).

### 2.7.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Yeme bozuklukları ile madde kullanım bozukluklarının ilişkisi kişiyi biyolojik, psikolojik ve davranışsal yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılmaktadır. YB tedavisi görenlerde madde kullanım sıklığı araştırılmıştır, BN'li bireylerin %14-50'sinde alkol bağımlılığı ölçütlerinin bulunduğu saptanmıştır. Bulimik kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, Michigan Alkol Tarama Testi'ne göre %12 kadar alkol kullanımı bulunduğu bildirilmiştir (3).

Mitchell JE.'e (1991) göre, ilk olarak Russell'ın BN'yi tanımlamasından beri, bulimiklerde alkol, sigara, kafein ve diğer ilaç kullanımının normal kontrollere ve diğer klinik popülasyonlara göre fazladır (93). Bulik (1987), gerek bulimiklerde alkol ve ilaç kötü kullanımının sık olması, gerekse bulimiklerin birinci ve ikinci derece akrabalarında alkol bağımlılığının sık görülmesinden yola çıkarak, bu kişilerde bağımlılık için genetik bir yatkınlığın olduğunu ve bu yatkınlığın biyolojik etkenler (kadınlarda alkole toleransın düşük olması gibi) ve çevresel etkenler ile biçimlenerek erkeklerde alkol bağımlılığı, kadınlarda ise toplum tarafından kabul edilebilir olan yeme bozukluğuna yol açtığını öne sürmektedir (94). Bu görüşü destekleyen Petersson (1990) da hem alkolün hem de yemenin anksiyete ile başa çıkma amacıyla kullanıldığını ve cinsiyete göre dağınıklığının toplum kurallarına göre belirlendiğini belirtmiştir (95).

Wiederman'a (1996) göre, BN ve AN arasındaki madde kullanımı özelliklerinin karşılaştırıldığında tek bir çalışmaya rastlanmaktadır ve bu çalışmaya göre BN hastalarının, AN hastalarına oranla daha sık ve çeşitli maddeler kullandıkları söylenmektedir ancak,

yine bu çalı mada bir kontrol grubuna rastlanmamaktadır. Bu çalı mada anoreksik kızların sadece alkol, sigara ve marihuana kullandıkları gözlenmi ve grubun yalnızca %20'sinin alkol kullandı ı belirtilmi tir. Bulimik ergenler ise anoreksiklerin tersine, %3.4 oranında hipnotik, %67.2 oranında alkol kullandıklarını belirtmi lerdir (96).

#### **2.7.4. Ki ilik Bozuklukları**

Yeme ve ki ilik bozuklukları arasındaki ili ki yıllardan beri ara tırılan bir konu olmu tur. Yöntemsel, kavramsal ve psikometrik ölçüm zorluklarına ra men anoreksik ve bulimik hastalarda en az bir ki ilik bozuklu u ya da ki ilik özelli i bulunma olasılı ı yüksektir. Bu da belirli ki ilik bozuklukları ya da özelliklerinin yeme bozukluklarında risk etkenleri olabilece ini dü ündürmektedir (23).

En sık görülen ki ilik özellikleri rijidite, obsesif kaygı, emosyonel kısıtlılık, Cloninger sistemine göre yenilik arayı mın az, zarardan kaçınmanın ve ödül ba ımlılı mın yüksek olu udur ve daha çok kısıtlı tip AN'de görülür.

Dürtüsellik ve affektif instabilite ile karakterize olan küme B ki ilik bozuklukları ise anoreksiklerden çok bulimiklerde görülmektedir ve sınırda ki ilik bozuklu unun bulimik hastalarda alkol ba ımlılı ı e tanısını belirleyen en önemli de i ken oldu u bulgulanmı tır (42).

Kısıtlı tip AN tanısı alan hastaların yakla ık 1/4'ü C kümesi ki ilik bozuklu u, tıkınma çıkartma tipi anorektiklerin %40 B kümesi ki ilik bozuklu u oldu u bildirilmektedir. BN'de ki ilik bozukluklarıyla da yüksek oranda e tanılı durum görülmekte, en çok dürtüsel özelliklerin bulundu u B kümesi ki ilik bozukluklarına rastlanmaktadır (51).

#### **2.8. Klinik Gidi ve Prognoz**

AN'de mortalite oranı çe itli çalı malarda %7-18 arasında bildirilmi tir. %30-50 arasında iyile meden bahsedilmektedir. yile en olguların bir kısmında kilo düzelse bile beden algısında bozukluk ömür boyu devam edebilmektedir. %25 olgu ise ömür boyu AN olarak devam etmekte yada BN geli mektedir. Açlı ın itiraf edilmesi ve benlik de erinin yükselmesi iyi prognozu göstermektedir. Kilo kaybı oranın yüksek olu u, istemli kumsalar, daha önceki tedavi giri imlerinin ba arısız olması, kötü aile ili kileri ve evli olmak kötü

prognoz ile ili kilendirilir (3, 91, 15). Herzog ve arkada ları (1991) BN'nin kronik bir hastalık oldu unu, yüksek oranda relapslar ve kalıcı klinik belirtilerle seyretti ini belirtmi lerdir (97). Tedavi sonrası hastaların yakla ık 2/3'ünde tıkinma ve kusma ataklarında azalma bildirilmektedir. Hastaların %25'inde uzun dönemde kendili inden iyile meler olabilmektedir. Öyküde alkol kullanım bozuklu u, e tanılı depresyon olması kötü prognoz i aretleridir (3, 15).

## 2.9. Tedavi

Her iki hastalı ın tedavisi için de, temel bir tedavi yakla ımı henüz benimsenmemi tir. Bireysel psikoterapi teknikleri, aile terapisi, grup psikoterapisi ve farmakolojik tedavinin etkinli i tartı ılmaktadır. Genelde benimsenen birçok tedavi yakla ımından aynı anda, i birli i ve ortak çalı ma çerçevesinde yararlanmaktadır. Bu çerçeve içinde beslenme ve somatik durumun düzeltilmesine ili kin tıbbi giri imler de yer almalıdır (98). AN'li ve BN'li hastaları izleyen hekimlerin, hastalı ın psikiyatrik yönüne odaklanmanın yanında, neden olabilece i fiziksel hasarın ve komplikasyonların farkında olmaları yeme bozukluklarının tedavisinde hayati öneme sahiptir (99). Yeme bozukluklarının tedavilerinde hem ilaç tedavilerinin hem de psikoterapötik tedavilerin yeri vardır (31).

### 2.9.1. Psikofarmakolojik Tedavi

Yeme bozuklukları tedavisinde etkinlikleri ara tırılan ilaçlar oldukça geni bir yelpazede yer almakla birlikte bugüne de in hiçbir psikotop ilaç grubundan yüz güldürücü bir yanıt alınamamı tır. Bu hastalarda denenen tarihsel olarak en eski ilaç grubu antipsikotik ilaçlardır (31).

AN'ye sıklıkla e lik eden depresyonda antidepresanlara yanıt iyidir (3). AN tedavisinde etkinli i en çok ara tırılan ilaç grubu antidepresan ilaçlardır. Bu hastalarda depresyonun çok sıklıkla klinik tabloya e lik etti i dü ünülürse antidepresan ilaçların klinisyenlerce yaygın olarak kullanımı anla ılabilir bir tepki olacaktır. Literatürde, bu ilaçlarla gerçekte tirilen geni bir örnekleme sahip ve kontrollü çalı malar oldukça azdır. Walsh ve arkada larına (1984) göre, BN hastalarında denen tarihsel olarak en eski ilaç grubu monoamin oksidaz inhibitörü antidepresan ilaçlardır. De i ik çalı malarda bu



ilaçlarla tıknırcasına yeme nöbetlerinin sıklığında bir azalma kaydedilmiştir (100). Ancak Pope ve arkadaşlarına (1983) göre, zorunlu diyet kısıtlamasına gitme gerekliliği bu ilaçların önemli bir dezavantajı gibi görünmektedir. Trisiklik antidepressan ilaçlarla da aynı yemek yeme nöbetlerinin azaldığına dair bulgular bildirilmekle birlikte, bu ilaçların bir yan etki olarak karbonhidrat açlığı yaratmaları tedavide kullanımlarını kısıtlamaktadır (101).

Fairburn'a (1993) göre, etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte antidepressanların serotonerjik sistem üzerinde etkisini gösterdiği düşünülmektedir. Antidepressanlar tıknırcasına yeme nöbetleri, çıkarma davranışı ve genel psikiyatrik belirtileri azaltmaktadır fakat aynı diyet uygulaması ve kilo-beden ile ilgili tutumlar değişmemektedir (102).

İlaç tedavisi özellikle bulimiya davranışında olmak üzere yararlı olabilir. Çeşitli antidepressanların tıknırma/çıkarma davranışlarını azalttığı, fakat anoreksiya tedavisinde pek fazla rolü olmadığı saptanmıştır. Çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada fluoksetinin 60mg/gün dozunda BN'de yararlı olduğu gösterilmiştir. Normal kilosunun %80'ine kadar gelmiş olan AN hastalarında nüksü önlemek için klomipramin ve fluoksetin yararlı olabilir. Aynı zayıf anoreksiklerdeki depresyona antidepressanların yararı azdır; kilonun normal düzeye gelmesi antidepressan etkisi olabilir (52).

Tural (2000) yaptığı çalışmada önümüzdeki yıllarda AN ve BN gibi yeme bozukluklarının tedavisinde hipotalamik yeme merkezleri üzerinden yeme davranışını düzenleyen oreksinler, galanin, AgRP, bombesin gibi peptidlerin kullanılabilirliği olası olduğunu yükseleni belirtmiştir (103).

### **2.9.2. Psikolojik Tedavi**

Bireysel terapi, tedavinin en öncelikli ve uzun vadeli hedefe yönelik boyutudur. Bireysel psikoterapi içine birkaç yaklaşım girmektedir. Bu yaklaşımlardan öncelikli olanlar, psikodinamik yaklaşım ve son yüzyılın gözdesi bilişsel davranışçı yaklaşımdır. Bunun yanı sıra son yıllarda alkol bağımlılığı tedavisinde sıklıkla kullanılan bağımlılık terapileri de yeme bozukluğuna uyarlanmıştır. Aslında tekniklerden daha da önemlisi hasta-hekim ili kisidir (99). Hasta hekim ili kisinin niteliği hasta açısından çok önemlidir (104). Bu ilişki güvene ve empatiye dayalı olmalıdır ki sonuca kolay gidilebilsin, bireysel psikoterapide, hastanın hastalığı konusunda eğitilmesi, belirtilerini anlamasına yardımcı olunması ve tedavi gereksiniminin açıklanması gerekir. Daha sonra psikodinamik

yaklaşımlarla hastanın anormal yeme davranışına yol açabilecek ya da pekiştirebilecek sorun ve çatışmalarını çözmeye yönelik içgörüyü kazanması hedeflenir (99).

Fassiona ve arkadaşlarına (2001) göre, öfke ve saldırganlık yeme bozukluklarında tedavinin gidişi ve sonucunu etkileyen önemli bir psikopatolojik çekirdektir (105). Miotto (2002) ise, öfkedışı avurumu ile ilgili yapılan çalışmalarda; yeme bozukluğu olan hastaların normal gruba göre öfkelerinin daha az farkında oldukları, öfkelerini dışıya vurmakta güçlük ya adıkları belirtilmekte ve nesnesine yönlendirilemeyen bu öfkenin, benli ve yönlendirilmesinin yeme bozukluğunun ortaya çıkışında rol alabileceği ileri sürülmektedir. Bu görüşe göre yememe davranışı bir tür kendini cezalandırma ve sinsi bir özkıyım olarak kabul edilmektedir (106).

AN'de etkinliği belirgin olmasa da, bilişsel davranışçı tedavi, BN'de oldukça yararlıdır. Bu tedavide hastaların kendilerine ve hastalığına ilişkin uygun olmayan, hatalı düşünceleri ve inanışları (güzel ve başarılı olmak için zayıf olmalıyım, pasta yersem artık yememi durduramam, cezamı çekmem için diyet yapmalıyım) düzeltilmesi hedeflenir (99).

Davranışsal yaklaşım olumlu güdüleme yapar, bununla beraber, davranışsal yaklaşımlar sadece hastanede yapıldığında ev ortamına uygulamada başarısız olabilirler. Çünkü aile ve çevre davranışı etkileyebilir (107).

Çocuğuhastada Ganer ve Bemis (1982) tarafından geliştirilen bilişsel yaklaşım yararlı olur. Bu terapide hastaların çevresel uyarıları hatalı yorumladıkları ve bunun rahatsız edici duygulara ve ardından anormal davranışlara yol açtığı düşünülür. Bilişsel yeniden yapılandırma yöntemleri kullanılarak düşünceler, tutumlar ve bunlarla ilişkili mantık hataları tanımlanabilir ve sorgulanabilir. Rol oynama özellikle hastaneden çıkmaya ve okul, iş, aile, arkadaş çevresi ile karışık bir gelemeğe hazırlanırken yararlı olur (51).

Nilson ve Hagglöf (2001) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada AN'nin iyileşme sürecinde hastalar tanımlanmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerindeki ilk tanıdan sonraki 16 yıllık bir süreçte 68 kadınla ergenlik AN'lerinin iyileşme sürecindeki önemli etmenlerin ne olduğu hususunda görülmüştür. Araştırmada dönüm noktalarında bahsedilen önemli kişiler aile üyeleri, tedavi ile ilgili kişiler, dostlar ve erkek arkadaşlardır. Bununla birlikte tüm tedavi süreci göz önüne alındığında arkadaşlar en önemli yardım unsuru olarak değerlendirilmiştir. Dostların ve erkek arkadaşların etkisi sürekli bir sosyal güven ve sosyal desteğinin önemini altını çizmektedir. Bu bulgulardan genel olarak uzun vadede tedavinin etkinliğini arttırmak için hastanın sosyal bağlarının, öz yeterliliğinin uyarılması gerektiği sonucu çıkarılabilir (108).

Mehler ve Cynthia (2001) tarafından yapılan bir çalı mada kilo restorasyonu bir gereklilik ve AN tedavisinin önemli bir kısmı olarak vurgulanmı tır. Kilo restorasyonu hastaların bireysel, grup ya da aile tedavilerine katılıma dair bili sel geli ime yol açmaktadır (109). AN ciddi psikolojik ve tıbbi sonuçları olan zayıf dü ürücü bir hastalık olsa da çok sayıda psikolojik tedavi üzerinde çalı ılmı tır. Bunlardan anne babayı i in içine katan tedaviler en umut verici olanlarıdır (110). Yeme bozukluklarının tedavisinde aile terapisinin etkinli i giderek daha çok fark edilmektedir. Kimi ara tırmacılar ailenin ele alınmadı ı bir yeme bozuklukları tedavisinin ba arısız olaca ını öne sürerler (98). Amerikan Psikiyatristler Derne i, diyetisyen takibini AN ve BN tedavisindeki ilk adım olarak ele alır. Tedavi içinde yer alan diyetisyenin öncelikli görevi ki iye yeniden normal yeme davranı ı kazandırmaktır. Diyetisyen bu anlamda ki iye özel, sa lıklı, ihtiyaç duyulan her türlü besini içinde barındıran bir liste olu turur. Ki inin bu listeye uyumunu sa lamak amacıyla tedavi süresince hastanede yatı ı sa lanmalıdır (1).

## **2.10. Yeme Bozuklu u ile İlgili Yapılan Çalı malar**

### **2.10.1. Türkiye’de Yapılan Çalı malar**

YB’nin ülkemizde rastlanma sıklı ı bilinmemektedir (111). Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çe itli ara tırmalar ve sonuçları u ekildedir: Siyez ve Uzba ’ın 2006’da “Bir Grup Üniversite Ö rencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ve Aile Yapısı Arasındaki İli ki” isimli çalı masının sonuçlarına göre kızların yeme tutumu testinden daha yüksek puan aldı ı, ya la birlikte yeme tutumlarının de i iklik gösterdi i, vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında ters orantılı bir ili ki oldu u görülmü ve AN görülme sıklı ının batı ülkelerinden daha yüksek sonucuna varılmı tır (112). İhan ve arkadaş larının 2004’te “Bir Tıp Fakültesi Ö rencilerinde Olası Yeme Bozuklu u Sıklı ı” isimli çalı masının sonuçlarına göre incelenen ö rencilerin %13,7’sinde olası yeme bozuklu u riski saptanmı olup, daha önceki çalı malarda belirtilen yaygınlık oranları ile benzerdir (113). Polat ve arkadaş larının 2004’te yapmı oldukları çalı ma sonucunda dü ük kilodaki ö rencilerin %73,1’i ve kendini i man bulan ö rencilerin %64,6’sı kadındır (111). Gariba ao lu ve arkadaş ları (2006) tarafından yapılan “Üç Farklı Üniversitede E itim Gören Kız Ö rencilerin Beslenme Durumları ve Vücut A ırlıklarının De erlendirmesi” isimli ara tırmada; zayıflık oranı i manlıktan yüksek bulunmu tur. Bu verinin yorumu “bu

dönemde kız öğrencilerin vücut görüntülerine ilgilerinin artmasına ve son yıllarda özellikle kadınlar arasında yaygınlaşan “ince vücut” görüntüsüne sahip olma akımına bağlanabilir” şeklinde yapılmıştır (114).

Yapılan diğer araştırmaların sonuçları yeme bozukluğunun, Erzen’in (2005) göre, kızlarda %87, erkeklerde %15, Demir ve arkadaşlarına (1998) göre, kızlarda %84, erkeklerde %16, Kuru ve arkadaşlarına (2002) göre, kızlarda %86, erkeklerde %14, Ömer’e (1992) göre, BN’nin kızlarda %86, erkeklerde %14 oranında görüldüğünü yönündedir. Ayrıca Kuru ve arkadaşları tarafından 2002’de 952 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu yaygınlığı %2.2 bulunurken, bunların içinde AN olgusunun görülmediği, büyük çoğunluğu BN olgularının olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu yeme bozukluklarında görülen artışın daha çok BN’de olduğunu göstermekle birlikte, AN’nin BN’ye göre daha karmaşık ve çok eksenli bir etiyolojik kökene sahip olduğunu da düşündürmektedir (115, 116).

Demir ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan ‘Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin Sosyodemografik, Ailesel ve Kişisel Özellikleri’ isimli çalışmada Yeme Tutum Testini doğru olarak dolduran 944 öğrenciden ölçek puanı 30 ya da üzerinde olan 101 öğrenciyle yapılan tanısal görüşmelerde 25 öğrenciye yeme bozukluğu tanısı konmuştur. Bu 25 öğrenciden 17’si BN, 8’i tıknircasına yeme bozukluğu tanısı almıştır. Olgular grubunun normal kontrol grubuyla karşılaştırılması sonucunda ortalama kilo, okula isteksizlik, evden kaçma davranışı, menstrüasyon düzensizliği gibi diğer kenlerdeki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak ergenler arasında yeme bozukluklarının nadir olmadığını görmektedir (117).

Yapılan diğer çalışmalarında üniversite öğrencilerin yeme tutumu ve buna etki eden sosyodemografik özellikler ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Ara tırmanın ekli, Evreni ve Örnekleme

##### 3.1.1. Örnekleme Grubu

Çalı maya, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'na 2006–2007 eğitim öğretim yılında devam eden çalı maya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 17–30 yaş arası, 60, 1. sınıf, 101, 2. sınıf, 90, 3. sınıf ve 121, 4. sınıf, toplam 372 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Çalı ma öncesi Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlü ü'nden çalı mayı bu okulda yürütebilmek için gerekli olan resmi izin belgesi ile gerekli onay alınmıştır. Ara tırmaya katılan tüm olgular çalı ma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayları alınmıştır. Örnekleme ölçekler okul ortamında toplu olarak uygulanmıştır. Yaklaşık 28 öğrenci çalı maya katılmayı reddettikleri için çalı ma dışında bırakılmıştır.

#### 3.2. Gereçler

##### 3.2.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Ara tırmacı tarafından geliştirilen bu form deneklerin yaş, sınıf, medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durum, ya adını yer, anne-babanın yaşama durumu, annenin özellikleri, babanın özellikleri, ailedeki kardeş sayısı, çocuklukta aileden uzun süreli ayrılık, çocuklukta cinsel taciz öyküsü, çocuklukta diğer travma öyküsü, ailede yaşanan göç, medikal hastalık, madde kullanımı, sigara kullanımı, mesleki ilerlevsellik, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve doyumluluğu sorgulayan toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

### 3.2.2. Yeme Tutumu Testi-40 (The Eating Attitude Test, Eat-40)

Kiilerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları de erlendirmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçe i dir (118). Test yeme bozukluklarının tanısında karakteristik bir tanımlayıcı olarak tüm dünyada kullanılmaktadır. Hastalık için yüksek risk grubu olan turan topluluklarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Öte yandan ölçek klinik de erlendirmede daha ayrıntılı bilgi sa ladı ı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan de i iklikleri de belirlemektedir (113). Garfinkel ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya belirtilerini ölçmek amacıyla kendini de erlendirme ölçe i olarak geli tirilmi olan ölçe in Türkçe uyarlaması Sava ır ve Erol (1989) tarafından yapılmı tır (119). İlk çeviri 1995'te Do an tarafından yapılmı tır. Sava ır ve Erol 1998'de ikinci çevirisini yaparken Do an'ın çevirisi ile kar ıla tırma yapılmı lar dır. Aralarında fark görülen maddeler ODTÜ Psikoloji Bölümü ö retim üyeleri tarafından de erlendirilmi ; özgün ifadeye en yakın olanlar ve en anlaşılabilir ifadeler testin kapsamına alınmı tır. YTT, 40 maddeden olu an, altı noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir ve ölçe in kesim puanı 30 olarak saptanmı tır. Sava ır ve Erol (1989) tarafından yapılan güvenilirlik analizi sonucu ölçe in Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, 70 olarak bulunmu tur. Maddeler “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden olu an 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde i aretlenmektedir. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, di er seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek de erlendirilir. Derecelendirmenin toplanmasıyla toplam puan elde edilir. Ölçtü ü davranı /nitelik anoreksiyası olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranı ve tutumları; normal bireylerde varolan yeme davranı larındaki olası bozuklukların belirtileri (120). YTT pek çok çalı mada normal örnekleme anormal yeme tutum ve davranı larını taramak amacıyla da kullanılmı tır (118).

### 3.2.3. Aile Yapısını De erlendirme Aracı (AYDA)

Gülerce (1996) tarafından aile içindeki ileti im, birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal ba lamı ölçmek amacıyla geli tirilmi olan ölçek okuma yazması olan ve 12 ya ından büyük ki ilerin kendi kendilerine doldurabilece i 36 maddeden olu maktadır. Ölçe in “tıplı bizimki gibi”den “bizimkinin tam tersi”ne giden 10 basamaklı derecelendirmesi vardır. AYDA'nın 5 alt ölçe i vardır. Bu alt ölçekler a a ıdaki gibidir:

1. İletim; evlilik ve aile sistemi içindeki iletişim açık seçikliği, bireylerin kendilerini açma ve özgürce ifade edebilme davranışları anlatılan mesajlarla anlaşılabilirliği, tutarlılığı, v.b. ile ilgilidir. Doğrusal olarak, iletişim seviyesi arttıkça aile sisteminin genel uyumu da artar.

2. Birlik; evlilik ve ailede yakınlık, bütünlük, sistemin içindeki ilişkilerarası ve dış çevre ile olan sınırlar, bağımlılık, bağımsızlık, beraberlik, kaynaşma, v.b. ile ilgilidir. Döngüsel olarak, aile üyelerinin aile kaynaşması kadar aile kopukluğu da aile sisteminin genel uyumuna olumsuz etkide bulunur.

3. Yönetim; evlilik ve ailedeki yapısal örgütlenme, karar alma, davranışsal kontrol, disiplin, kurallar, normlar, roller, yapısal iletişimin esnekliği, v.b. ile ilgilidir. Döngüsel olarak aile yönetimindeki aile katılımı kadar aile esnekliği de aile sisteminin genel uyumuna olumsuz katkıda bulunur.

4. Yetkinlik; evlilik ve ailede problem çözme, sağlıklı, yeterlik, amaçların gerçekleştirilmesi, v.b. ile ilgilidir. Doğrusal olarak ailenin yetkinliği arttıkça aile sisteminin genel uyumu da artar.

5. Duygusal bağ; evlilik ve aile ortamındaki duygusal hava ve savunuculukla ilgilidir. Ortamın destekleyici ve yapıcı olmasının, sevgi, huzur ve anlayışa dayanması sistemdeki genel uyum ile olumlu ilişkilidir.

### **Aracın Geçerliliği**

Ölçeğin kapsam geçerliliği için sosyal ve klinik psikolog olan bir akademisyen ile bir psikiyatrist ve alanda çalışan bir psikoloğun görüşleri alınmış, yapılan derlendirmelerin aralarındaki tutarlılık katsayıları, kategorileme için .73, derecelendirme için .58 olarak saptanmıştır.

Yapı geçerliliğinde, 100 üniversite öğrencisinin ölçümlerine madde analizi uygulanmıştır. Grubun alt ve üst %27'si esas alınarak uç grupların yanıtları karşılaştırıldı. İki grubu ayırt etme sayısı düşük bulunan 7 maddenin atılması ile toplam 54 maddeye ulaşılmıştır.

Ölçek daha sonra 100 kişiye daha uygulanmıştır. 60 katılımcıya aynı zamanda Aile Ortamı Ölçeği (Usluer, 1990) de verilmiş, her iki ölçekten alınan toplam puanlar arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı .53 ve anlamlı ( $p < .001$ ) bulunmuştur.

Çeşitli AYDA alt ölçekleri ile Aile Ortamı alt ölçekleri arasında da .67 ile .72 düzeyinde ilişkiler bulunmuştur.

Yapı geçerliliğini sınanan bir di er çalı mada psikiyatrik tedavi gören (N=42) ve tedavi görmeyen (sa lıklı) (N=42) ki ilere uygulanan ölçek puanları t testi ile karşılaştırılmı tır. Bulgular iki grubun anlamlı ve beklenen yönde farklılık gösterdiğini (t=3,74 ;p<.001) ortaya çıkarmı tır. AYDA ve Beck Depresyon Envanteri (Tegin, 1980) karşılaştırıldığında, bu iki testin puanları olumsuz ( r=46, p<.001) ve Piers-Harris Öz Kavramı Ölçe i ile AYDA (Çataklı, 1985) puanları arasında olumlu (r=51, p<.001) ili ki kaydedilmi tir.

### **Aracın Güvenirlili i**

Test-tekrar-test güvenirlili i için bir arayla 100 üniversite ö rencisine araç uygulanmı tır. Aracın Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu .79 olarak bulunmu tur.

AYDA'nın iç tutarlılı ı Kuder Richardson 20 (Cronbach alpha) ile toplam puanlar için .70 bulunmu tur ve bu düzeydeki benze lik (homogeneity) yeterli görülmü tür.

Ölçe in 54 maddelik halinin madde-toplam puan korelasyon katsayıları daha geni ve çe itlilik gösteren bir ö rneklem (N=300 aile) verileri için ayrıca hesaplanmı tır. Bulunan en dü ük içtutarlılık katsayılarının tüm ölçekte .24'ün, alt ölçeklerde de .28'in altına dü medi i ve genelde yüksek seyretti i görülmü tür. Ancak yine de bazı maddeler uygulaması daha çabuk ve etkili bir araca ula mak amacıyla bırakılmı tır.

Bu i lem sırasında özellikle bütün grupların tamamında benzer düzeyde i levsel olan maddeler seçilerek, AYDA 36 maddeye indirgenmi tir. Böylece AYDA, 9'u ileti im, 9'u birlik, 8'i yönetim, 5'i yetkinlik ve 5'i duygusal ba lam ile ilgili toplam 36 maddelik eklini almı tır.

### **Puanlama**

Do rusal veya döngüsel olsun AYDA'nın her maddesinden alınabilecek en dü ük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Böylece bütün maddeleri aretlendi i takdirde alınabilecek en yüksek AYDA toplam puanı (AYDA-Birey) 180'dir. Bir maddesi bo bırakılmı veya puanlanamayan alt ölçekler için aritmetik ortalama alınarak her alt ölçe in kendi madde sayısı ile çarpılır. Bir ba ka deyi le, bu de erlerin da ılımına göre tamamlama i lemi, tüm test yerine alt ölçekler için yapılır. Toplam puan ise düzeltilmi alt ölçek puanları toplanarak hesaplanır. Bu durumda en dü ük toplam AYDA ham puanı 31 ve hesaplanan puan 36 olabilir. Numaralanmamı olan ve puanlamaya da katılmayan son madde salt yorumlama içindir (57).



### 3.3. Yöntem

Betimsel nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda 2006–2007 eğitim öğretim yılında eğitim gören toplam 372 kız öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem grubuna çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formu doldurularak yazılı onayları alınmıştır. Sırasıyla Sosyo Demografik Veri Formu, Yeme Tutumu Testi ve Aile Yapısını Değerlendirme Aracı'nın oluşturduğu test bataryası öğrencilere okul ortamında verilmiş ve doldurmaları sağlanmıştır.

### 3.4. Statistikiel Yöntem

Tanımlayıcı istatistikler sürekli ölçümlü değişkenler için ortalama  $\pm$  std. sapma, kategorik değişkenler içinse gözlem sayısı (%) şeklinde gösterildi. Bağımsız gruplar arasında yeme tutumu ve AYDA alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle, bağımsız grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda ise Kruskal Wallis varyans analizi ile incelendi. Kruskal Wallis test istatistiği sonucunun anlamlı görüldüğü durumlarda farka neden olan grupları tespit etmek amacıyla Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Yaşamla yeme tutumu ve AYDA alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını Spearman Korelasyon testi kullanılarak araştırıldı.  $p < 0,05$  için tüm sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Ara tırmaya ya ları 17 ile 30 arasında de i en 372 üniversite ö rencisi alındı. Olguların ya ortalaması  $21,4 \pm 1,61$  (yıl) olarak saptandı. Olguların vücut a ırlı ı ve boy uzunlu u ortalamaları sırasıyla;  $56,0 \pm 7,64$  (kg) ve  $1,63 \pm 0,06$  (m) idi. (Tablo 1)

**Tablo 1.** Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı

	n= 372	%
<b>Sınıfı</b>		
1.Sınıf	60	16,1
2.Sınıf	101	27,2
3.Sınıf	90	24,2
4.Sınıf	121	32,5
<b>Medeni hali</b>		
Bekar	364	97,8
Evli	8	2,2
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	5	62,5
Tek çocuk	3	37,5
<b>Ekonomik Durum</b>		
Dü ük	73	19,6
Orta	140	37,6
yi	153	41,1
Yüksek	6	1,6
<b>Ya anılan Yer</b>		
Köy	61	16,4
Kasaba	18	4,8
İçe merkezi	115	30,9
İl merkezi	152	40,9
Büyük ehir	26	7,0

Olguların anne-babası birlikte ya ayanların %96,8, ayrı ya ayanların %1,1, bo anmı olanların oranı %2,2'dir. Olguların anne özelliklerine göre da ılımı; otoriter

%19,4, reddedici %1,6, a ırı koruyucu %34,9, di er %44,1'dir. Babanın özellikleri; otoriter %33,1, reddedici %3,8, a ırı koruyucu %25,8, di er %37,4'tür. Olguların %24,2'sinin çocuklukta aileden uzun süreli ayrılık, %3,5'inin çocuklukta cinsel taciz öyküsü, %17,5'inin di er travma öyküsü, toplam %19,4'ünün ise ailede göç ya adı ı tespit edilmiştir. (Tablo 2)

**Tablo2.** Ailevi Özelliklerin Da ılımı

	n=372	%
<b>Anne-Baba'nın Birlikteli i</b>		
Birlikte ya ıyor	360	96,8
Ayrı ya ıyor	4	1,1
Bo anmı	8	2,2
<b>Annenin Özellikleri</b>		
Otoriter	72	19,4
Reddedici	6	1,6
A ırı koruyucu	130	34,9
Di er	164	44,1
<b>Babanın Özellikleri</b>		
Otoriter	123	33,1
Reddedici	14	3,8
A ırı koruyucu	96	25,8
Di er	139	37,4
<b>Ailedeki Karde Sayısı</b>		
Tek çocuk	15	4,0
ki karde	134	36,0
kiden çok	223	59,9
<b>Çocuklukta Aileden Uzun Süreli Ayrılık</b>	90	24,2
<b>Çocuklukta Cinsel Taciz Öyküsü</b>	13	3,5
<b>Çocuklukta Di er Travma Öyküsü</b>	65	17,5
<b>Ailede Ya anan Göç</b>		
Yok	285	76,6
Var - 15 ya öncesi	68	18,3
Var - 15 ya sonrası	19	5,1

Olguların %78'inde herhangi bir sa lık problemi yok, %1,6'sında nörolojik ve hematolojik sa lık problemi var, %8,1'inde Gastrointestinal problem ve %9,9'unda bunların dı nda sa lık problemleri mevcuttur. (Tablo 3)

**Tablo 3.** Tıbbi Hastalık Öykülerinin Dağılımı

Tıbbi Hastalık	n	%
Yok	293	78,8
Nörolojik	6	1,6
Hematolojik	6	1,6
Gastrointestinal	30	8,1
Diğer	37	9,9
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4'te olguların %1,6'sı alkol kullanmakta, %2,2'si diğer maddeleri kullanmakta, üç aydan az süre %0,8, 1-5 yıl arası kullananlar %1,3, 5-10 yıl kullananlar %0,3'tür. Olguların yalnızca %0,5'i konuyla ilgili tedavi almıştır. Sigara kullanımı ile ilgili veriler; olguların %3,8'i günde 5'ten az, %3,0'ı günde 5-10 arası, %4,8'i günde 10-20 arası, %0,3 günde 20'den fazla sigara kullanmaktadır. (Tablo 4)

**Tablo 4.** Madde Kullanımı, Tedavi Yöntemi ve Sigara Kullanımı Dağılımı

	n=372	%
<b>Madde Kullanımı</b>		
Alkol	6	1,6
Diğer	8	2,2
Yok	358	96,2
<b>Kullanım Süresi</b>		
3 aydan az	3	0,8
1-5 yıl	5	1,3
5-10 yıl	1	0,3
Yok	363	97,6
<b>Medikal Tedavi</b>		
Yok	370	99,5
Ayaktan	2	0,5
<b>Sigara</b>		
Yok	328	88,2
Günde 5'ten az	14	3,8
Günde 5-10 arası	11	3,0
Günde 10-20 arası	18	4,8
Günde 20'den fazla	1	0,3

Olguların %90,3'ü mesleki i levsellikte kayıp yok, %0,3' iddetli kayıp var, olguların %55,1' aile ili kileri çok iyi, %0,3 aile ili kileri kötü, olguların %30,1'inin sosyal ili kileri çok iyi, %0,8'inin kötü, ya amdan doyumluluk düzeyi %21,8'i çok iyi, %1,9'u kötü olarak belirlenmi tir. (Tablo 5)

**Tablo 5.** Psiko-Sosyal levlerin Da ılımı

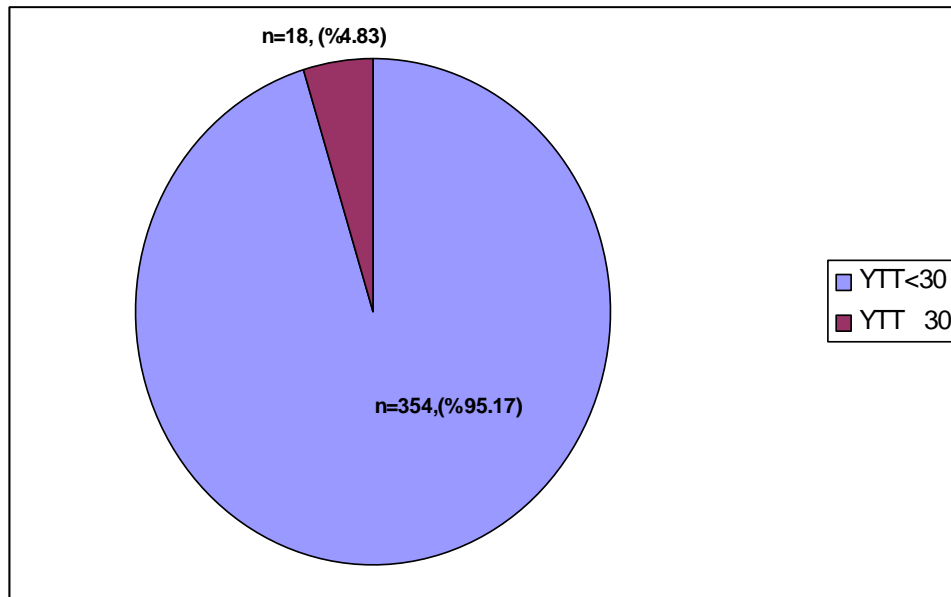
	n=372	%
<b>Mesleki levsellik</b>		
Kayıp yok	336	90,3
Kayıp hafif	29	7,8
Kayıp orta	6	1,6
Kayıp iddetli	1	0,3
<b>Aile li kileri</b>		
Çok iyi	205	55,1
yi	135	36,3
Orta	31	8,3
Kötü	1	0,3
<b>Sosyal li kiler</b>		
Çok iyi	112	30,1
yi	202	54,3
Orta	55	14,8
Kötü	3	0,8
<b>Doyumluluk</b>		
Çok iyi	81	21,8
yi	217	58,3
Orta	67	18,0
Kötü	7	1,9

Çalı maya alınan 372 olgunun Yeme Tutumu Testi ortalama puanı  $16,5 \pm 7,15$  olurken, puan aralıkları 5.0 ile 62.0 arasında de i mi tir. AYDA toplam puan ortalaması  $133.6 \pm 18.75$  olurken puan aralıkları 51.0 ile 130.0 arasında bulunmu tur. AYDA alt ölçeklerinin ortalama puanları u ekilde sıralanmı tur; AYDA- leti im;  $34.5 \pm 7.05$ , AYDA-Birlik;  $29.2 \pm 4.69$ , AYDA-Yönetim;  $30.1 \pm 5.57$ , AYDA-Yetkinlik;  $21.8 \pm 4.61$ , AYDA-Duygusal Ba lam;  $17.9 \pm 3.46$ . (Tablo 6)

**Tablo 6.** YTT, AYDA Toplam ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Puanların Dağılımı

Ölçekler (n=372)	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
<b>YTT Toplam</b>	16,5	7,15	5,0	62,0
<b>İletişim</b>	34,5	7,05	11,0	45,0
<b>Birlik</b>	29,2	4,69	9,0	39,0
<b>Yönetim</b>	30,1	5,57	12,0	39,0
<b>Yetkinlik</b>	21,8	4,61	5,0	61,0
<b>Duygusal bağlanma</b>	17,9	3,46	5,0	25,0
<b>AYDA Toplam</b>	133,6	18,75	51,0	160,0

Tüm olgular içerisinde Yeme Tutumu testinden kesme noktası 30 ve üzerinde puan alan olgu sayısı 18 (%4,83) olurken 30 kesme noktası altında kalan olgu sayısı 354 (%95,17) olarak bulunmuştur. (ekil 1)

**ekil 1.** Yeme Tutumu Testi Kesme Puanına Göre Dağılımı (n=372)

Yeme tutumu testi toplam düzeyi ile ayda alt ölçekleri ve ayda toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal korelasyon saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Ayda iletişim alt boyutu ile sırasıyla; birlik, yönetim, yetkinlik, duygusal bağlanma ve AYDA toplam düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı doğrusal ilişki saptandı ( $p < 0,001$ ). Ayda birlik alt boyutu ile sırasıyla; duygusal bağlanma ve AYDA toplam düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı doğrusal ilişki saptandı ( $p < 0,001$ ). Ayda yönetim alt boyutu ile sırasıyla; yetkinlik, duygusal bağlanma ve AYDA toplam düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı

duygusal bilişkinlik ki saptandı ( $p<0,001$ ). Ayda yetkinlik alt boyutu ile sırasıyla; duygusal bilişkinlik ve AYDA toplam düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı ki saptandı ( $p<0,001$ ). Ayda duygusal bilişkinlik alt boyutu ile AYDA toplam düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı ki saptandı ( $p<0,001$ ). (Tablo 7)

**Tablo 7.** YTT ile AYDA Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		İletişim	Birlik	Yönetim	Yetkinlik	Duygusal Bilişkinlik	AYDA Toplam
YTT	<i>r</i>	0,010	-0,091	-0,009	0,031	-0,090	-0,025
	<i>p</i>	0,848	0,080	0,865	0,548	0,083	0,624
İletişim	<i>r</i>		0,211	0,511	0,446	0,416	0,790
	<i>p</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Birlik	<i>r</i>			0,096	0,072	0,210	0,415
	<i>p</i>			0,063	0,164	<0,001	<0,001
Yönetim	<i>r</i>				0,589	0,378	0,761
	<i>p</i>				<0,001	<0,001	<0,001
Yetkinlik	<i>r</i>					0,382	0,682
	<i>p</i>					<0,001	<0,001
Duygusal Bilişkinlik	<i>r</i>						0,629
	<i>p</i>						<0,001

Yeme tutumu toplam puanı 30'un altında olan grup ile 30 ve daha fazla puan alan gruplar arasında sırasıyla; AYDA Toplam ve AYDA alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 8)

**Tablo 8 .** YTT Kesim Noktasına Göre AYDA Toplam ve Alt Boyutları Puan Dağılımı

	YTT<30 (n=354)	YTT ≥30 (n=18)	<i>p</i>
İletişim	34.4±7.02	36.0±7.78	0.244
Birlik	29.3±4.66	28.8±5.24	0.898
Yönetim	30.1±5.52	29.8±6.66	0.974
Yetkinlik	21.8±4.68	22.7±2.63	0.578
Duygusal Bilişkinlik	17.9±3.51	17.9±2.55	0.771
AYDA-Toplam	133.4±18.77	135.2±18.86	0.506

YTT toplam puanı 30'un altında olan grup ile 30 ve daha fazla puan alan gruplar arasında sırasıyla; öğrenim görülen sınıf, medeni durum, ekonomik durum, yerleşim yerinin dağılımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 9)

**Tablo 9.** YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

	Gruplar	YTT < 30		YTT ≥ 30		p
		n=354	%	n=18	%	
Sınıfı	1.Sınıf	57	%16,1	3	%16,7	0.963
	2.Sınıf	97	%27,4	4	%22,2	
	3.Sınıf	85	%24,0	5	%27,8	
	4.Sınıf	115	%32,5	6	%33,3	
Medeni Hal	Bekar	346	%97,7	18	%100,0	1.000
	Evli	8	%2,3	0	%0	
Ekonomik Durum	Düşük	69	%19,5	4	%22,2	0.933
	Orta	133	%37,6	7	%38,9	
	Yüksek	152	%42,9	7	%38,9	
Yaşadığı Yer	Köy	59	%16,7	2	%11,1	0.806
	Kasaba	16	%4,5	2	%11,1	
	İlçe Merkezi	109	%30,8	6	%33,3	
	İl Merkezi	145	%41,0	7	%38,9	
	Büyük şehir	25	%7,1	1	%5,6	

Yeme tutumu toplam puanı 30'un altında olan grup ile 30 ve daha fazla puan alan gruplar arasında sırasıyla; anne babanın birlikte yaşamaları, annenin özelliği ve karde sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Buna karşın gruplar arasında babanın özelliği dağılımları istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu ( $p=0.040$ ). Babanın ailesi koruyucu olma özelliği 30 ve daha fazla puan alan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha fazla ( $p=0.025$ ), diğer özellikler ise 30'dan az puan alan grupta daha sık idi ( $p=0.018$ ). (Tablo 10)

**Tablo 10.** YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

	Gruplar	YTT < 30		YTT ≥ 30		p
		n=354	%	n=18	%	
Anne-Baba	Birlikte Yaşıyor	343	%96,9	17	%94,4	0.454
	Ayrı Yaşıyor	11	%3,1	1	%5,6	
Annenin Özelliği	Otoriter	68	%19,2	4	%22,2	0.832
	Reddedici	6	%1,7	0	%0	
	Ailesi Koruyucu	123	%34,7	7	%38,9	
	Diğer	157	%44,4	7	%38,9	
Babanın Özelliği	Otoriter	117	%33,1	6	%33,3	0.040
	Reddedici	13	%3,7	1	%5,6	
	Ailesi Koruyucu	87	%24,6	9	%50,0*	
	Diğer	137	%38,7	2	%11,1*	
Karde Sayısı	Tek çocuk	13	%3,7	2	%11,2	0.175
	iki karde	126	%35,6	8	%44,4	
	üçten fazla	215	%60,7	8	%44,4	



\* <30 grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ).

Yeme tutumu toplam puanı 30'un altında olan grup ile 30 ve daha fazla puan alan gruplar arasında sırasıyla; ayrılık, taciz, travma, göç, yeme bozukluğu, tedavi, sigara, madde kullanımı, tıbbi hastalık ve mesleki i kaybı öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 11)

**Tablo 11.** YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Da ılımı

De i kenler	YTT<30		YTT 30		P
	n=354	%	n=18	%	
<b>Ayrılık</b>	85	%24.0	5	%27.8	0.778
<b>Taciz</b>	12	%3.4	1	%5.6	0.481
<b>Travma</b>	61	%17.2	4	%22.2	0.533
<b>Göç</b>					
Yok	271	%76.6	14	%77.8	0.981
15 ya öncesi	65	%18.4	3	%16.7	
15 ya sonrası	18	%5.1	1	%5.6	
<b>Sigara</b>					
Kullanmıyor	315	%89.0	13	%72.2	0.165
1-10 arası	22	%6.2	3	%16.7	
10'dan fazla	17	%4.8	2	%11.1	
<b>Madde kullanımı</b>					
Yok	342	%96.6	16	%88.9	0.056
Alkol	4	%1.1	2	%11.1	
Di er	8	%2.3	0	%0	
<b>Tıbbi hastalık varlığı</b>	74	%20.9	5	%27.8	0.553
<b>Mesleki i kaybı</b>	33	%9.3	3	%16.7	0.400

Yeme tutumu toplam puanı 30'un altında olan grup ile 30 ve daha fazla puan alan gruplar arasında sırasıyla; aile ili kileri, sosyal ili kiler ve doyum düzeylerinin da ılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 12)

**Tablo 12.** YTT Kesme Puanlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	YTT<30		YTT ≥ 30		p
	n=354	%	n=18	%	
<b>Aile ili kileri</b>					
Çok iyi	196	%55.4	9	%50.0	0.457
iyi	129	%36.4	6	%33.3	
Orta veya kötü	29	%8.2	3	%16.7	
<b>Sosyal ili kiler</b>					
Çok iyi	109	%30.8	3	%16.7	0.431
iyi	190	%53.7	12	%66.7	
Orta veya kötü	55	%15.5	3	%16.7	
<b>Doyum</b>					
Çok iyi	78	%22.0	3	%16.7	0.670
iyi	207	%58.5	10	%55.6	
Orta veya kötü	69	%19.5	5	%27.8	

Yaş ile toplam yeme tutumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). AYDA “iletişim”, “Birlik” ve “Duygusal Bağlılık” alt boyutları ve AYDA toplam düzeyleri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Buna karşın, yaş ile yönetim ve yetkinlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki tespit edildi ( $r$  değerleri sırasıyla; -0,104 ve -0,115 olup  $p$  değerleri sırasıyla; 0,046 ve 0,027 idi). (Tablo 13)

**Tablo 13.** Yaş ile YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	r	p
<b>Yeme Tutumu</b>	-0,040	0,444
<b>iletişim</b>	-0,019	0,711
<b>Birlik</b>	-0,041	0,433
<b>Yönetim</b>	-0,104	<b>0,046</b>
<b>Yetkinlik</b>	-0,115	<b>0,027</b>
<b>Duygusal Bağlılık</b>	-0,073	0,161
<b>AYDA Toplam</b>	-0,080	0,127

Öğrencilerin devam etmekte olduğu sınıfa göre yeme tutumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p=0,701$ ). Sınıflar arasında AYDA iletişim, birlik ve duygusal bağlılık alt boyutları ve AYDA toplam düzeyleri yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p$  değerleri sırasıyla; 0,434; 0,448; 0,209 ve 0,367

idi). AYDA yönetim alt boyut düzeyleri sınıflara ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,013$ ). 3. ve 4. sınıf ö rencilerinin 1.sınıf ö rencilerine göre yönetim alt boyutundan elde etmi oldu u puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük idi ( $p=0,003$ ). AYDA yetkinlik alt boyut düzeyleri sınıflara ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,027$ ). 3. ve 4. sınıf ö rencilerinin 1.sınıf ö rencilerine göre birlik alt boyutundan elde etmi oldu u puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,009 ve 0,015 idi).

(Tablo 14)

**Tablo 14.** Sınıflar Düzeylerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	1.Sınıf (n=60)	2.Sınıf (n=101)	3.Sınıf (n=90)	4.Sınıf (n=121)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	17,0±6,89	16,6±7,45	16,5±7,16	16,1±7,06	0,701
<b>leti im</b>	35,8±5,94	34,5±7,11	34,4±6,79	33,8±7,67	0,434
<b>Birlik</b>	29,4±4,21	29,9±3,99	29,4±4,93	28,6±5,20	0,448
<b>Yönetim</b>	32,2±4,06	30,5±5,07	29,2±5,99 <sup>†</sup>	29,3±6,02 <sup>†</sup>	<b>0,013</b>
<b>Yetkinlik</b>	23,7±5,48	22,1±3,79	21,2±4,50 <sup>†</sup>	21,2±4,62 <sup>†</sup>	<b>0,027</b>
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,8±2,63	18,1±3,18	17,7±3,32	17,5±4,05	0,209
<b>AYDA Toplam</b>	139,8±11,52	135,1±16,16	131,9±19,50	130,4±22,10	0,367

<sup>†</sup> 1.Sınıf ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ).

Ö rencilerin medeni durumlarına göre yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA alt boyutları ve toplam düzeylerinden elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). (Tablo 15)

**Tablo 15.** Medeni Duruma Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Bekar (n=364)	Evli (n=8)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,5±7,13	15,9±8,56	0,675
<b>leti im</b>	34,5±6,94	31,0±11,11	0,439
<b>Birlik</b>	29,3±4,55	25,6±8,78	0,251
<b>Yönetim</b>	30,2±5,49	26,5±8,09	0,237
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,52	18,1±7,14	0,103
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,0±3,39	15,6±5,66	0,311
<b>AYDA Toplam</b>	133,9±18,17	116,9±34,44	0,231

Gelir düzeyi grupları arasında yeme tutumu düzeyleri istatistiksel olarak fark yoktu ( $p=0,650$ ). AYDA ileti im alt boyutundan elde edilen puanlar gelire ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). Gelir düzeyi yüksek olan grubun hem dü ük hem de orta düzey gelire sahip gruplara göre ileti im alt boyutundan elde etti i puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p<0,001$ ). AYDA birlik alt boyut düzeyi gruplar arasında fark yoktu ( $p=0,485$ ). AYDA yönetim alt boyutundan elde edilen puanlar gelire ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). Gelir düzeyi yüksek olan grubun hem dü ük hem de orta düzey gelire sahip gruplara göre yönetim alt boyutundan elde etti i puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p<0,001$ ). AYDA yetkinlik alt boyutundan elde edilen puanlar gelire ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). Gelir düzeyi yüksek olan grubun hem dü ük hem de orta düzey gelire sahip gruplara göre yetkinlik alt boyutundan elde etti i puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p de erleri sırasıyla; 0,001 ve 0,014 olarak saptandı). AYDA duygusal ba lam alt boyut düzeyi gruplar arasında fark yoktu ( $p=0,147$ ). AYDA toplam düzeyleri gelire ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). (Tablo 16)

**Tablo 16.** Gelir Düzeyine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Dü ük (n=73)	Orta (n=140)	Yüksek (n=159)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,9±7,31	16,3±7,86	16,4±6,41	0,650
<b>leti im</b>	32,2±8,15	33,7±7,16	36,2±5,96 <sup>†,‡</sup>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Birlik</b>	28,4±5,59	29,2±4,62	29,6±4,25	0,485
<b>Yönetim</b>	28,4±5,62	29,3±5,81	31,6±4,95 <sup>†,‡</sup>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Yetkinlik</b>	20,6±4,65	21,7±5,48	22,6±3,49 <sup>†,‡</sup>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Duygusal Ba lam</b>	17,2±3,87	17,8±3,56	18,3±3,13	0,147
<b>AYDA Toplam</b>	126,8±21,80	131,6±18,59	138,4±16,05 <sup>†,‡</sup>	<b>&lt;0,001</b>

† Gelir düzeyi dü ük olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ).

‡ Gelir düzeyi orta olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ).

Ö rencilerin ya adıkları yerle im yerine göre yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). Buna kar ın ya anılan yere göre AYDA toplam düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmekteydi ( $p=0,039$ ). (Tablo 17)

**Tablo17.** Ya anılan Yerle im Yerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Köy (n=61)	Kasaba (n=18)	İçe Merkezi (n=115)	İ Merkezi (n=152)	Büyük ehir (n=26)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	17,0±6,09	18,0±9,00	15,9±6,53	16,4±7,67	17,3±7,74	0,663
<b>leti im</b>	33,9±6,74	31,7±8,85	34,4±6,90	34,8±6,84	36,2±8,13	0,202
<b>Birlik</b>	28,9±5,31	27,8±3,52	29,1±4,72	29,6±4,60	29,9±4,15	0,240
<b>Yönetim</b>	29,7±4,97	26,7±7,85	30,1±6,04	30,5±5,03	31,0±5,42	0,196
<b>Yetkinlik</b>	21,1±3,94	20,3±5,54	21,9±5,94	22,2±3,64	22,4±3,47	0,126
<b>Duyg. Ba lam</b>	17,8±3,69	16,8±3,29	18,0±3,63	18,0±3,07	18,0±4,46	0,567
<b>AYDA Toplam</b>	131,5±17,57	123,3±23,40	133,4±20,09 <sup>†</sup>	135,0±16,90 <sup>†</sup>	137,6±20,60 <sup>†,‡</sup>	<b>0,039</b>

<sup>†</sup> Kasabada ya ayan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

<sup>‡</sup> Köyde ya ayan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

Anne babası birlikte ya ayan ö rencilerle anne babası bo anmı veya ayrı ya ayan ö renciler arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA ileti im, birlik, yetkinlik ve duygusal ba lam alt boyutları ve AYDA toplam düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). Buna kar ın, anne babası birlikte ya ayanların anne babası bo anmı veya ayrı ya ayanlara göre AYDA yönetim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p=0,018).(Tablo 18)

**Tablo 18.** Anne Babanın Birlikteli ine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Birlikte Ya ıyor (n=360)	Ayrı Ya ıyor veya Bo anmı (n=12)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,5±7,14	15,3±7,56	0,309
<b>leti im</b>	34,5±7,13	34,1±4,38	0,483
<b>Birlik</b>	29,2±4,72	30,4±3,65	0,432
<b>Yönetim</b>	30,2±5,58	27,1±4,54	<b>0,018</b>
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,57	19,9±5,58	0,152
<b>Duygusal Ba lam</b>	17,9±3,48	19,3±2,57	0,166
<b>AYDA Toplam</b>	133,5±18,92	130,8±13,03	0,209

Anne tutumuna göre ö rencilerin yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA toplam ve alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05).(Tablo 19)

**Tablo 19.** Anne Tutumuna Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Otoriter (n=72)	Reddedici (n=6)	A ır ı Koruyucu (n=130)	Di er (n=164)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,2±7,24	12,8±3,92	17,1±7,25	16,2±7,10	0,243
<b>leti im</b>	34,5±6,55	31,7±3,56	34,8±6,38	34,3±7,84	0,478
<b>Birlik</b>	28,9±4,51	29,8±3,43	29,6±4,16	29,1±5,19	0,829
<b>Yönetim</b>	29,6±6,27	29,0±4,38	30,5±5,28	30,0±5,53	0,715
<b>Yetkinlik</b>	21,3±3,96	20,7±3,83	22,4±5,01	21,7±4,56	0,341
<b>Duygusal Ba lam</b>	17,5±3,52	18,8±2,79	18,2±3,42	17,9±3,51	0,387
<b>AYDA Toplam</b>	131,7±18,36	130,0±13,75	135,3±15,42	133,1±21,33	0,501

Baba tutumuna göre ö rencilerin yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA ileti im, birlik ve yetkinlik alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). AYDA yönetim alt boyutundan elde edilen puanlar babanın özelli ine ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,034$ ). Buna göre babası reddedici olan ö rencilerin, babası otoriter, a ır ı koruyucu ve di er özelliklere sahip olan ö rencilere göre yönetim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,004 ; 0,007 ve 0,003 olarak saptandı). AYDA duygusal ba lam alt boyutundan elde edilen puanlar babanın özelli ine ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,023$ ). Buna göre babası reddedici olan ö rencilerin, babası a ır ı koruyucu ve di er özelliklere sahip olan ö rencilere göre duygusal ba lam alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,012 ve 0,006 olarak saptandı). AYDA toplam puanları babanın özelli ine ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,008$ ). Buna göre babası reddedici olan ö rencilerin, babası otoriter, a ır ı koruyucu ve di er özelliklere sahip olan ö rencilere göre duygusal ba lam alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,006 ;  $<0,001$  ve  $<0,001$  olarak saptandı). (Tablo 20)

**Tablo 20.** Baba Tutumuna Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Dağılımı

	Otoriter (n=123)	Reddedici (n=14)	Ayrı Koruyucu (n=96)	Diğer (n=139)	P
<b>Yeme Tutumu</b>	16,9±7,79	17,9±8,38	17,5±8,14	15,2±5,36	0,095
<b>İletişim</b>	34,2±6,96	30,7±7,74	34,8±6,61	34,9±7,31	0,136
<b>Birlik</b>	29,1±4,42	26,0±6,16	29,6±4,67	29,5±4,68	0,116
<b>Yönetim</b>	30,3±5,49	25,3±6,49 <sup>†,‡,¶</sup>	30,3±4,69	30,2±5,93	0,034
<b>Yetkinlik</b>	21,8±3,51	20,3±5,31	22,4±5,54	21,6±4,68	0,517
<b>Duygusal Bağlam</b>	17,6±3,51	15,6±4,48 <sup>‡,¶</sup>	18,1±3,42	18,3±3,26	<b>0,023</b>
<b>AYDA Toplam</b>	133,0±17,43	117,8±23,75 <sup>†,‡,¶</sup>	135,2±16,76	134,4±20,06	<b>0,008</b>

<sup>†</sup> Otoriter grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001).

<sup>‡</sup> Ayrı Koruyucu grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

<sup>¶</sup> Diğer grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01).

Kardeş sayısına göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA iletişim, birlik, yönetim ve yetkinlik alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). Buna karşın, gruplar arasında AYDA duygusal bağlam alt boyut düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup (p=0,005) ikiden fazla kardeş olan öğrencilerin hem tek çocuk hem de iki kardeş olan öğrencilere göre duygusal bağlam düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p değerleri sırasıyla; 0,025 ve 0,006 olarak saptandı). Kardeş sayısına göre AYDA toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup (p=0,023) ikiden fazla kardeş olan öğrencilerin iki kardeş olan öğrencilere göre AYDA toplam düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p=0,006). (Tablo 21)

**Tablo 21.** Kardeş Sayısına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Dağılımı

	Tek Çocuk (n=15)	iki Kardeş (n=134)	ikiden Fazla Kardeş (n=223)	P
<b>Yeme Tutumu</b>	18,8±9,69	16,2±7,54	16,5±6,70	0,296
<b>İletişim</b>	36,3±4,96	35,4±6,92	33,8±7,18	0,058
<b>Birlik</b>	29,9±4,50	29,6±4,88	29,0±4,59	0,359
<b>Yönetim</b>	29,5±4,49	30,6±4,88	29,8±6,00	0,637
<b>Yetkinlik</b>	22,9±2,91	22,5±5,02	21,3±4,39	0,063
<b>Duygusal Bağlam</b>	19,6±2,64	18,5±3,34	17,5±3,51 <sup>†,‡</sup>	<b>0,005</b>
<b>AYDA Toplam</b>	138,2±12,06	136,6±17,85	131,4±19,39 <sup>‡</sup>	<b>0,023</b>

<sup>†</sup> Tek Çocuk grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

<sup>‡</sup> İki Kardeş grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

Çocuklukta aileden uzun süre ayrılık ya anıp ya anmamasına göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA birlik alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). AYDA iletişim, yönetim, yetkinlik ve duygusal ba lam alt boyut düzeyleri ve AYDA toplam puanları çocuklukta aileden uzun süre ayrılık ya ayan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük idi ( $p<0,05$ ).

(Tablo 22)

**Tablo 22.** Çocuklukta Aileden Uzun Süre Ayrılık Ya anıp Ya anmamasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Ayrılık Ya amayan (n=282)	Ayrılık Ya ayan (n=90)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,1±6,67	17,7±8,37	0,111
<b>İletim</b>	35,0±6,77	32,8±7,67	<b>0,017</b>
<b>Birlik</b>	29,5±4,33	28,6±5,63	0,311
<b>Yönetim</b>	30,5±5,51	28,9±5,62	<b>0,010</b>
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,08	21,5±5,99	0,043
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,2±3,37	17,1±3,65	<b>0,022</b>
<b>AYDA Toplam</b>	135,1±17,59	129,0±21,49	<b>0,008</b>

Çocuklukta cinsel taciz öyküsünün olup olmasına göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA iletişim, birlik, yönetim ve duygusal ba lam alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). AYDA yetkinlik alt boyut düzeyi ve AYDA toplam puanları çocuklukta cinsel tacize maruz kalan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük idi ( $p=0,016$  ve  $p=0,014$ ). (Tablo 23)

**Tablo 23.** Çocuklukta Cinsel Taciz Öyküsünün Olup Olmasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Taciz Yok (n=359)	Taciz Var (n=13)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,5±7,11	16,6±8,39	0,947
<b>İletim</b>	34,6±7,05	31,4±6,63	0,065
<b>Birlik</b>	29,3±4,64	26,6±5,41	0,086
<b>Yönetim</b>	30,2±5,60	28,2±4,20	0,074
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,62	19,5±3,82	<b>0,016</b>
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,0±3,43	16,4±4,17	0,114
<b>AYDA Toplam</b>	134,0±18,64	122,0±19,06	<b>0,014</b>



Çocuklukta di er travma öyküsüne sahip olan ö rencilerin travma öyküsüne sahip olmayanlara göre yeme tutumu düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0,020$ ), AYDA birlik alt boyut düzeyi ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dü ük ( $p=0,020$ ) idi. Buna kar ın gruplar arasında, AYDA ileti im, yönetim, yetkinlik ve duygusal ba lam alt boyut düzeyleri ve AYDA toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ). (Tablo 24)

**Tablo 24.** Çocuklukta Di er Travma Öykülerinin Olup Olmamasına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Travma Yok (n=307)	Travma Var (n=65)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,2±7,18	17,7±6,90	<b>0,020</b>
<b>leti im</b>	34,8±6,74	32,7±8,21	0,086
<b>Birlik</b>	29,5±4,52	28,0±5,26	<b>0,020</b>
<b>Yönetim</b>	30,3±5,33	29,2±6,55	0,368
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,63	21,4±4,52	0,467
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,0±3,27	17,7±4,27	0,908
<b>AYDA Toplam</b>	134,5±17,59	128,9±23,09	0,136

Ya anan göçe göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA ileti im, birlik, yönetim ve duygusal ba lam alt boyutlarından elde edilen puanlar ve AYDA toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). AYDA yetkinlik alt boyut düzeyi ise ya anan göçe ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,004$ ). Söz konusu farkın kayna ı, 15 ya öncesinde göçe maruz kalan grubun göçe maruz kalmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha dü ük yetkinlik düzeyine sahip olmalarıydı ( $p<0,001$ ). (Tablo 25)

**Tablo 25.** Ya anan Göçe Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Göç Yok (n=285)	15 Ya Öncesi Göç Var (n=68)	15 Ya Sonrası Göç Var (n=19)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,3±6,78	17,1±8,87	16,7±5,74	0,820
<b>leti im</b>	34,9±6,75	32,9±8,01	34,5±7,49	0,237
<b>Birlik</b>	29,4±4,28	28,9±5,78	27,9±6,04	0,730
<b>Yönetim</b>	30,3±5,48	29,2±5,76	30,6±6,26	0,250
<b>Yetkinlik</b>	22,2±4,58	20,6±4,51 <sup>†</sup>	21,5±4,83	<b>0,004</b>
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,1±3,28	17,3±3,98	17,8±4,06	0,452
<b>AYDA Toplam</b>	134,7±17,56	128,9±21,20	132,3±24,56	0,083

<sup>†</sup> Göç Yok grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ).

Alkol ve Madde kullanımına göre oluşturulan gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA iletişim, birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal ba lam alt boyutları ve AYDA toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). (Tablo 26)

**Tablo 26.** Alkol ve Madde Kullanımına Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Yok (n=358)	Alkol (n=6)	Di er (n=8)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,4±7,05	22,3±13,29	14,5±2,88	0,445
<b>İletim</b>	34,5±7,09	36,0±5,10	32,7±6,88	0,617
<b>Birlik</b>	29,2±4,67	30,2±4,35	31,0±5,66	0,389
<b>Yönetim</b>	30,0±5,60	30,2±6,21	31,5±3,82	0,884
<b>Yetkinlik</b>	21,8±4,65	21,5±4,50	22,9±2,36	0,906
<b>Duygusal Ba lam</b>	17,9±3,47	18,3±2,80	18,9±3,76	0,700
<b>AYDA Toplam</b>	133,4±18,92	136,2±16,50	137,0±13,36	0,976

Yeme tutumu düzeyleri sigaraya ba lı olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p=0,039$ ). Buna göre hem sigara içmeyen hem de günde 1-10 arası sigara içen gruba göre günde 10'dan fazla sigara içen grupta yeme tutumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olup p değerleri sırasıyla; 0,035 ve 0,010 olarak saptandı. Gruplar arasında, AYDA iletişim, birlik, yönetim ve duygusal ba lam alt boyut düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ). AYDA yetkinlik alt boyutu gruplar arasında anlamlı farklılık göstermi olup ( $p=0,012$ ) söz konusu farkın kayna ı, sigara içmeyen grubun günde 1-10 arası sigara içen gruba göre yetkinlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmasından ötürüydü ( $p=0,006$ ). AYDA toplam puanı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermi olup ( $p=0,031$ ) söz konusu farkın kayna ı, sigara içmeyen grubun günde 1-10 arası sigara içen gruba göre yetkinlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmasından ötürüydü ( $p=0,009$ ). (Tablo 27)

**Tablo 27.** Sigara Tüketimine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	çmiyor (n=328)	1-10 arası (n=25)	10'dan fazla (n=19)	P
<b>Yeme Tutumu</b>	16,3±6,52	16,8±12,55	19,6±7,72 <sup>†‡</sup>	<b>0,039</b>
<b>leti im</b>	34,6±6,92	34,7±7,16	31,9±8,85	0,411
<b>Birlik</b>	29,4±4,54	27,9±4,88	28,5±6,53	0,324
<b>Yönetim</b>	30,3±5,43	28,3±5,44	29,3±7,62	0,209
<b>Yetkinlik</b>	22,1±4,46 <sup>†</sup>	19,2±5,22	20,5±5,25	<b>0,012</b>
<b>Duygusal Ba lam</b>	18,1±3,29	16,6±3,81	16,4±5,08	0,085
<b>AYDA Toplam</b>	134,5±18,11 <sup>†</sup>	126,6±16,78	126,3±28,03	0,031

<sup>†</sup> Sigara çmeyen grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

<sup>‡</sup> Günde 1-10 tane sigara içen grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01)

Medikal hastalık açısından olu turulan gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA ileti im, birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal ba lam alt boyutları ve AYDA toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). (Tablo 28)

**Tablo 28.** Medikal Hastalılı a Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

	Yok (n=293)	Gastrolik (n=30)	Nörolojik (n=6)	Hematolojik (n=6)	Di er (n=37)	P
<b>Yeme Tutumu</b>	16,2±6,96	19,5±8,48	15,8±4,96	17,7±3,39	16,0±7,85	0,142
<b>leti im</b>	34,6±7,07	34,1±5,99	34,5±6,06	34,7±5,16	33,9±8,33	0,971
<b>Birlik</b>	29,4±4,68	29,4±3,92	31,3±2,16	30,3±4,37	27,5±5,36	0,177
<b>Yönetim</b>	30,1±5,38	30,1±5,56	31,0±5,10	31,2±7,08	29,9±6,99	0,951
<b>Yetkinlik</b>	21,9±4,67	22,1±3,00	23,5±1,87	21,7±4,63	20,9±5,48	0,908
<b>Duy. Ba lam</b>	17,9±3,32	18,2±2,94	18,2±2,14	17,0±3,79	17,8±4,94	0,923
<b>AYDA Toplam</b>	133,8±18,00	133,9±14,71	138,5±11,18	134,8±20,37	130,0±26,97	0,979

Mesleki i levsellik bakımından mesleki i kaybı olanla mesleki i kaybı olmayan grup arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA ileti im ve duygusal ba lam alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). AYDA birlik, yönetim, yetkinlik alt boyut düzeyi ve AYDA toplam düzeyi ise mesleki i kaybı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı daha dü ük idi (p de erleri sırasıyla; 0,013 ; 0,032 ; 0,032 ve 0,011 olarak saptandı). (Tablo 29)

**Tablo 29.** Mesleki İlevsellik Yönünden YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Dağılımı

	Mesleki i kaybı yok (n=336)	Mesleki i kaybı var (n=36)	p
<b>Yeme Tutumu</b>	16,3±7,06	18,5±7,70	0,081
<b>İletim</b>	34,8±6,73	31,4±9,11	0,053
<b>Birlik</b>	29,5±4,35	26,7±6,64	<b>0,013</b>
<b>Yönetim</b>	30,4±5,24	27,3±7,56	<b>0,032</b>
<b>Yetkinlik</b>	22,0±4,46	20,1±5,60	<b>0,032</b>
<b>Duygusal Bağımlılık</b>	18,1±3,24	16,7±4,98	0,200
<b>AYDA Toplam</b>	134,8±16,98	122,2±28,65	<b>0,011</b>

Psiko-sosyal İlev de erlendirmesi yönünden aile İlişkileri, sosyal İlişkiler ve doyum düzeyleri bakımından gruplar arasında yeme tutumları istatistiksel olarak fark yoktu (p değerleri sırasıyla; 0,859; 0,904 ve 0,782 idi). Aile İlişkilerine göre gruplar arasında AYDA İletim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile İlişkileri çok iyi olan grubun aile İlişkileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Ayrıca, aile İlişkileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre İletim boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Aile İlişkilerine göre gruplar arasında AYDA birlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile İlişkileri çok iyi olan grubun AYDA birlik alt düzeyi aile İlişkileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Aile İlişkilerine göre gruplar arasında AYDA yönetim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile İlişkileri çok iyi olan grubun aile İlişkileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Ayrıca, aile İlişkileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre yönetim boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Aile İlişkilerine göre gruplar arasında AYDA yetkinlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile İlişkileri çok iyi olan grubun aile İlişkileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Ayrıca, aile İlişkileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre yetkinlik boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Aile İlişkilerine göre gruplar arasında AYDA duygusal bağımlılık alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile İlişkileri çok iyi olan grubun aile İlişkileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi

( $p < 0,001$ ). Ayrıca, aile ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre duygusal ba lam boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p = 0,030$ ). Aile ili kilerine göre gruplar arasında AYDA toplam düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile ili kileri çok iyi olan grubun aile ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$  ve  $p < 0,001$ ). Ayrıca, aile ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre duygusal ba lam boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). (Tablo 30)

Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA ileti im alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; sosyal ili kileri çok iyi olan grubun sosyal ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p$  de erleri sırasıyla 0,002 ve  $< 0,001$  olarak bulundu). Ayrıca, sosyal ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre ileti im boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p = 0,002$ ). Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA birlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p = 0,015$ ). Buna göre; sosyal ili kileri çok iyi ve iyi olan grubun AYDA birlik alt düzeyi sosyal ili kileri orta-kötü grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p$  de erleri sırasıyla 0,008 ve 0,005 olarak saptandı). Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA yönetim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; sosyal ili kileri çok iyi olan grubun sosyal ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,011 ve  $< 0,001$  olarak bulundu). Ayrıca, sosyal ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre yönetim boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA yetkinlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; sosyal ili kileri çok iyi olan grubun sosyal ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi ( $p$  de erleri sırasıyla; 0,002 ve  $< 0,001$  olarak saptandı). Ayrıca, sosyal ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre yetkinlik boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA duygusal ba lam alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p = 0,002$ ). Buna göre; sosyal ili kileri çok iyi ve iyi olan grubun sosyal ili kileri orta-kötü grubuna istatistiksel olarak daha yüksek idi ( $p$  de erleri sırasıyla  $< 0,001$  ve 0,002 olarak bulundu). Sosyal ili kilere göre gruplar arasında AYDA toplam düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p < 0,001$ ). Buna göre; aile ili kileri çok iyi olan grubun aile ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi ( $p = 0,005$

ve  $p<0,001$ ). Ayrıca, aile ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre duygusal ba lam boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p<0,001$ ). (Tablo 30)

Doymumlulu a göre gruplar arasında AYDA ileti im alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Buna göre; doyum düzeyi çok iyi olan grubun doyum düzeyi iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi (p de erleri sırasıyla 0,007 ve  $<0,001$  olarak bulundu). Ayrıca, doyum yönünden iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre ileti im boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p<0,001$ ). Doyum düzeyine göre gruplar arasında AYDA birlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p=0,021$ ). Buna göre; doyum düzeyi çok iyi ve iyi olan grubun AYDA birlik alt düzeyi doyum düzeyi orta-kötü grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p de erleri sırasıyla 0,012 ve 0,010 olarak saptandı). Do um düzeyine göre gruplar arasında AYDA yönetim alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Buna göre; doyum düzeyi çok iyi ve iyi olan grubun AYDA yönetim alt düzeyi doyum düzeyi orta-kötü grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p<0,001$ ). Doyum düzeyine göre gruplar arasında AYDA yetkinlik alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Buna göre; doyum düzeyi çok iyi olan grubun doyum düzeyi iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi (p de erleri sırasıyla; 0,024 ve  $<0,001$  olarak saptandı). Ayrıca, doyum düzeyi iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre yetkinlik boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p=0,006$ ). Doyum düzeyine göre gruplar arasında AYDA duygusal ba lam alt boyut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Buna göre; doyum düzeyi çok iyi ve iyi olan grubun doyum düzeyi orta-kötü grubuna istatistiksel olarak daha yüksek idi (p de erleri sırasıyla  $<0,001$  ve 0,002 olarak bulundu). Doyum düzeyine göre gruplar arasında AYDA toplam düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Buna göre; aile ili kileri çok iyi olan grubun aile ili kileri iyi ve orta-kötü gruplarına göre istatistiksel olarak daha yüksek idi ( $p=0,027$  ve  $p<0,001$ ). Ayrıca, aile ili kileri iyi olan grubun orta veya kötü olan gruba göre duygusal ba lam boyutu istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek idi ( $p<0,001$ ). (Tablo 30)

**Tablo 30.** Aile ili kileri, Sosyal ili kiler ve Doyumluluk Düzeylerine Göre YTT, AYDA Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Da ılımı

		Çok iyi	yi	Orta veya kötü	p
<b>Aile ili kileri</b>	<b>Yeme Tutumu</b>	16,3±6,48	16,4±7,17	18,0±10,48	0,859
	<b>leti im</b>	37,1±5,53	32,3±7,31 <sup>†</sup>	27,1±6,30 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Birlik</b>	30,2±4,20	28,8±4,18 <sup>†</sup>	25,4±7,02 <sup>†</sup>	<0,001
	<b>Yönetim</b>	32,0±4,50	28,7±5,45 <sup>†</sup>	23,6±5,76 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Yetkinlik</b>	23,0±4,45	21,2±3,86 <sup>†</sup>	17,2±5,17 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Duygusal Ba lam</b>	18,7±3,06	17,3±3,30 <sup>†</sup>	15,3±4,67 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>AYDA Toplam</b>	140,9±14,69	128,3±16,60 <sup>†</sup>	108,5±21,81 <sup>†,‡</sup>	<0,001
<b>Sosyal ili kiler</b>	<b>Yeme Tutumu</b>	16,0±6,14	16,8±7,73	16,4±6,89	0,904
	<b>leti im</b>	36,7±5,91	34,3±6,95 <sup>†</sup>	30,7±7,80 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Birlik</b>	29,6±4,12	29,6±4,50	27,2±5,77 <sup>†,‡</sup>	0,015
	<b>Yönetim</b>	31,6±4,99	30,2±5,34 <sup>†</sup>	26,8±6,12 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Yetkinlik</b>	22,7±3,82	22,0±4,74 <sup>†</sup>	19,6±4,91 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Duygusal Ba lam</b>	18,5±3,06	18,0±3,42	16,5±3,97 <sup>†,‡</sup>	0,002
	<b>AYDA Toplam</b>	139,2±15,42	134,1±17,53 <sup>†</sup>	120,8±22,69 <sup>†,‡</sup>	<0,001
<b>Doyumluluk</b>	<b>Yeme Tutumu</b>	16,4±6,00	16,4±7,27	16,8±7,97	0,782
	<b>leti im</b>	37,1±5,78	34,8±6,78 <sup>†</sup>	30,8±7,65 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Birlik</b>	29,8±4,00	29,6±4,38	27,6±5,82 <sup>†,‡</sup>	0,021
	<b>Yönetim</b>	31,8±4,48	30,4±5,33	27,3±6,34 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Yetkinlik</b>	22,7±3,37	21,9±5,03 <sup>†</sup>	20,7±4,30 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>Duygusal Ba lam</b>	18,7±3,14	18,1±3,09	16,4±4,34 <sup>†,‡</sup>	<0,001
	<b>AYDA Toplam</b>	140,1±13,02	134,8±17,79 <sup>†</sup>	122,8±22,26 <sup>†,‡</sup>	<0,001

<sup>†</sup> Çok iyi grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

<sup>‡</sup> yi grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

## 5. TARTI MA

Bu çalı mada üniversite ö rencilerin yeme tutumu ile aile yapısı arasındaki ili ki incelenmi tir. Çalı maya Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sa lık Yüksek Okulu'na 2006–2007 e itim ö retim yılında devam eden çalı maya dâhil edilme ölçütlerini kar ılayan 17–30 ya arası, yeme bozuklu u tanısı almamı toplam 372 üniversite ö rencisi dahil edilmi tir. 372 ö rencinin 60'ı 1. sınıf, 101'i 2. sınıf, 90'ı 3. sınıf ve 121'i 4. sınıfta okumaktadır.

Çalı mamıza katılan olguların ya ortalaması  $21,4\pm 1,61$ , kilo ortalaması  $56,0\pm 7,64$  ve boy ortalaması  $1,63\pm 0,06$  olarak saptandı. Literatürde yeme tutumları ile ilgili yapılan çalı malarda; Erol ve arkadaş larının (2002) 292 kadın üniversite ö rencisi ile yapmı oldukları çalı mada ya ortalaması  $19,48\pm 1,4$ , kilo ortalaması  $55,01\pm 6,5$ , boy ortalaması  $1,64\pm 0,056$ , Siyez ve Uzba 'ın (2006) 131 kadın 71 erkek toplam 202 üniversite ö rencisi ile yapmı oldukları çalı mada ya ortalaması  $22,21$ , yine Erol ve arkadaş larının 2000 yılında 213 kadın 129 erkek toplam 342 üniversite ö rencisi ilke yapmı oldukları çalı mada ya ortalaması  $20,69\pm 2,4$ , boy ortalaması  $1,68\pm 8,06$  olarak saptanmı tır (5, 112, 17). Literatürden elde edilen ya , boy ve kilo verileri ile çalı mamızın verilerinin benzerli i sonuçların kar ıla tırılmasını kolayla tırmaktadır.

Türkiyede farklı yıllarda kullanılan YTT'nin kullanıldı ı ara tırma sonuçları farklılık göstermektedir. 2002 yılında Eski ehir'de Erol ve arkadaş ları tarafından 292 kadın üniversite ö rencisi üzerinde yapılan çalı mada YTT ortalama puanı  $14,7$ , yine 2000 yılında 342 üniversite ö rencisi ile yapmı oldukları çalı mada YTT ortalama puan  $14,39$ , 2006 yılında Ankara'da Oral tarafından 521 lise, 477 üniversite toplam 998 ö renci ile yapılan çalı mada YTT ortalama puanı  $16,7$ , 2006 yılında De irmenci tarafından Denizli'de 43 YB tanısı almamı ki i ile yapılan çalı mada YTT ortalama puanı  $22,48$ , Keçeli'nin 2006 yılında stanbul'da yapmı oldu u çalı mada YTT ortalama puanı  $14,15$  olarak bulunmu tur (5, 10, 71, 91). Çalı mamızda olguların YTT'den aldıkları puanların ortalaması  $16,5$  olarak saptanmı tır. Bu oran literatürdeki benzer nitelikteki çalı malar ile



paralellik göstermektedir. 2003 yılında İstanbul'da Çelebi tarafından 16 kişi ile yapılan çalı ma AYDA toplam puanının ortalaması 115,62'dir (76). Çalı mamızda AYDA toplam puanının ortalaması 133,6 olarak tespit edilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları ile aile yapıları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalı mamızda elde edilen bulgular, aile yapısı ile yeme tutumları arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Elde edilen bulgular bazı ara tırma bulguları ile de paralellik göstermektedir. Yeme tutumu ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer çalı ma: Siyez ve Uzba 'nın (2006) üniversite öğrencilerinin anorektik yeme tutumları ve aile yapısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalı madır. Yapılan çalı mada olguların anorektik yeme tutumları ve aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kagan ve Squires (1985), Erol ve arkadaşları (2000) ve Erol, Toprak, Yazıcı'nın (2002), 292 eğitim fakültesi öğrencisi kadın olgu ile yaptığı oldukları çalı malarda da benzer sonuçlar belirtilmektedir (112, 121, 17, 5). Ailenin i leyi tarzının potansiyel hazırlayıcı etkisinin olup olmadığını tartışmaya açıktır. Hiçbir tek yada belli aile yapısı YB'nin gelişmesinde gerekli yada yeterli sebep gibi görünmemektedir (122). Ancak Tozzi ve arkadaşlarının (2003) anoreksik hastalarla yaptıkları çalı mada anoreksik hastaların 1/3'ünden fazlası yeme bozukluklarının gelişmesinde en önemli faktör olarak aile yapılarının bozuk olmasını göstermişlerdir (6). Bunun yanında Kuru ve arkadaşlarının (2002) SCID-I ile yeme bozukluğu tanısı konmuş 21 öğrenci ile yaptığı çalı ma sonucunda aile ilişkilerinin bazı alanlarını (aile içi iletişim, birlik ve duygusal bağ) daha problemliler olarak algıladıkları belirlenmiştir (116). Ara tırmamızdaki örneklem grubunun yeme bozukluğu tanısı konmamış öğrencilerden oluşması nedeniyle Tozzi ve Kuru'nun yaptığı ara tırmalar ile arasında farklılıklar bulunmaktadır. Yeme bozukluğu olgularının aile özelliklerine ilişkin görgül çalı malar ortaya farklı sonuçlar koymuştur. Bu durumun nedenleri arasında, verilerin toplanması sürecindeki yöntem farklılıkları ve bilginin kaynağındaki farklılıklar sayılabilir. Kent ve Clopton (1992) olguların kendilerini bildirmesinden gelen bilgiler aile içi çatışmanın yüksek olduğuna işaret etmiştir. Ancak ailelerden elde edilen bilgiler, aile içi sorunların yüksek olmadığını göstermiştir (123). Tüm bu sonuçlar göstermektedir ki aile ilişkisine yönelik raporların ötesinde, ailelerin doğrudan gözlemlenmelerine dayalı ara tırmalara geçiş yapmak gerekmektedir. Borucke, Vandereyken ve Vertommen'in (1995) uzun dönemli yürüttükleri birkaç gözlem çalı ması yeme bozukluğu olgularının ailelerinin kontrol gruplarından çok farklı olmadığını

göstermi tir. Bununla birlikte bu ailelerin, belirsiz ifadelerin açıklı a kavu turulması gibi, bazı ileti im becerilerinde sınırlılıklar göstermi lerdir (124).

Çalı mamıza katılan olguların %4.83'ü yeme tutumu testinden 30 kesim noktası ve üzerinde puan alırken Siyez ve Uzba 'ın (2006) yapımı oldukları bir ara tırmada, ara tırmaya katılan 131 kız ö rencide bu oran %78, lhan ve arkadaş larının 2004 yılında 935 tıp fakültesi ö rencisi üzerinde yapımı oldukları olası yeme bozuklu u sıklı nı ara tırdıkları çalı mada, çalı maya katılan 499 kız ö rencide %11,9 olarak bulunmu tur (112, 113). Bunun yanı sıra zmir, Erman, Canat'ın (1994) lisede okuyan 206 kız ö renci ile yapımı oldu u bir ara tırmada bu oran %9,9 oldu u, Erol, Toprak, Yazıcı, Erol'un (2000) yakın zamanda yapımı oldukları bir ba ka çalı mada da bu oran %3,8 oldu u, Büyükkal'ın (1995) 15-18 800 ö renci ile yapımı oldu u bir çalı mada ise %3 olarak belirtilmi tir (125, 17, 44). Literatür de erlendirildi inde çalı mamızla bazı çalı malar arasında paralellik saptanırken, bazı çalı ma sonuçlarından farklı olarak çalı mamızda yeme tutumu testinden kesme noktası ve üzerinde puan alan olguların yüzdeli inin dü ük oldu u görölmektedir. Bu farkın nedeni çalı mamıza dahil edilen ö rencilerin Sa lık Yüksek Okulu ö rencisi olmaları ve e itimlerinde sa lık ve beslenme üzerine çe itli dersleri 1.sınıftan itibaren alıyor olmalarından kaynaklanabilece i dü ünölmektedir. Literatürde konuyla ilgili yapılan çalı malarda hastalı n ba langıç ve en sık görüldü ü ya lar olarak ergenlik dönemini kapsayan 14–18 ya lar riskli ya lar olarak belirtilmektedir. Hastalık genel olarak 15–25 ya arası kadınları etkilemektedir (3). Çalı mamızda ya ve yeme tutumu puanı arasında anlamlı do rusal bir ili ki saptanmamı tır. Batıgün ve Utku'nun (2006) toplam 675 ilkö retim, lise ve üniversite ö rencileri ile yapımı oldukları çalı mada 13-16 ya grubundaki gençlerin (Ort. =17.22, S = 10.36) 21-25 ya grubundaki gençlerden (Ort. = 13.88, S = 8.01) daha yüksek puanlar aldıkları görölmü tür. Örne in Ledoux ve arkadaş ları (1991), 12-19 ya arasındaki 3288 ergen ile gerçekle tirdikleri bir tarama çalı masında, yeme bozukluklarının en sık olarak 14-17 ya arasında görüldü ünü bildirmektedirler (126, 127). Çalı mamıza dahil edilen olguların ya larının 17–30 olması ve ya ortalamasının 21.4 olması farklılı nın nedeni oldu u dü ünölmektedir. Ara tırmamızda olguların devam ettikleri sınıf düzeyleri ve yeme tutumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamı tır.

Literatürde YB'nın yalnızca orta ve üst gelir grubunda daha sık rastlandı na ili kin bulgular bulunmaktadır (3). Daha çok ba vuran hastalar üzerinde yürütölen çalı malar gözden geçirildi inde, yeme bozukluklarının yalnızca üst ve orta sosyoekonomik gruplarda

de il, tüm sosyoekonomik gruplarda görülebildi ini fark edilmektedir (125). Yakın zamanda yapılan çalı malar, hem AN hem de BN belirtilerinin bütün sosyoekonomik sınıflarda e it olarak mevcut oldu unu ortaya koymu tur (122). Aynı zamanda Batıgün ve Utku'nun (2006) yapımı oldukları çalı mada da sosyoekonomik düzey ve YTT arasında anlamlı bir ili ki saptanmamı tır (126). Ancak zmir ve arkadaşları (1994) yaptıkları ara tırmada alt ve orta sosyo-ekonomik düzeyin üst sosyo-ekonomik düzeye göre daha fazla risk ta ıdı mı belirtirken, anoreksiya nervozanın üst sosyo-ekonomik düzeyde daha sık görüldü ünü belirten ara tırma bulgularına da rastlanmaktadır (125, 128). Sonuç olarak literatürde yeme bozuklu unun yüksek veya dü ük sosyo-ekonomik düzeyle ilgili olabilece i öne sürülmü se de bu konu kesinlik kazanmı de ildir (117). Çalı mamızda gelir düzeyi gruplarında yeme tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadı ı saptanmı tır. Bu bulgu literatürde yer alan bazı ara tırmalarla paralellik göstermektedir. Çalı mamızda YTT-40 kesim noktası üzerinde puan alan olgular kendi içinde de erlendirildi inde orta ve yüksek gelir grubunun dü ük gelir grubuna göre daha yüksek bir yüzdeli e sahip oldu u anla ılmaktadır. Orta ve yüksek gelir grubuna sahip olmak kesin bir etken olamamakla birlikte yeme tutumunu etkileyen bir de i ken olarak dü ünülmektedir.

Çalı mamızda olguların ya adıkları yerle im yerine göre yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Literatürde konu ile ilgili çalı malarda kentsel oldu u kadar kırsal kesimlerden olguların da yeme bozuklukları belirtileri ile ba vurdukları görülmektedir (3). YTT-40'dan kesim noktası üzerinde puan alan olgular kendi içinde de erlendirildi inde il merkezinde ya ayan olguların, di erlerine göre daha büyük bir yüzdeli e sahip oldu u anla ılmaktadır (%38,9). Bu veri büyük bir yerle im yerinde ya ıyor olmanın YB için risk faktörü oldu unu dü ündürtmektedir. Konuyla ilgili daha geni örnekleme grubunda ve daha kapsamlı çalı ma yapılması bu sorunun giderilmesine katkı sa layabilir.

Aile ili kileri büyük ço unlukla yeme bozuklu unun nedenleri arasında yer almaktadır (1). Rastam ve Gillberg'e (1991) göre AN'li çocuk ve ergenlerin ailelerinde kontrollere göre daha fazla ölüm ve ayrılma, ruhsal bozukluk, alkol kullanımı ve kumar oynama sorunu oldu u bildirilmi tir (69). Çalı mamızda anne babası birlikte ya ayan ö rencilerle anne babası bo anmı veya ayrı ya ayan ö renciler arasında yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Çalı mamızdaki sonucun literatürde yer alan çalı malardan farklı olmasının nedeninin yeme

bozuklu u tanısı almamı olgularla çalı ı lmasından kaynaklandı ı dü ünülmektedir. Buna kar ın, anne babası birlikte ya ayanların anne babası bo anmı veya ayrı ya ayanlara göre AYDA yönetim alt boyut düzeyi anlamlı olarak daha yüksek oldu u saptanmı tır. AYDA'nın alt boyutu olan yönetim; ailedeki yapısal örgütlenme, karar alma, davranı sal kontrol, disiplin kurallar, normlar, roller, yapısal i leyi in esnekli i ile ilgilidir (57).

Çalı mamızda anne tutumuna göre yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Ancak YTT'den kesim noktası ve üzerinde puan alan ö renciler kendi aralarında kar ıla tırıldı ında %38,9'luk bir bölüm annesini a ırı koruyucu olarak tanımlamaktadır. Bu veri literatürle paralellik göstermektedir. Çalı mamızda baba tutumuna göre ö rencilerin yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Ancak YTT'den kesim noktası ve üzerinde puan alan ö renciler kendi aralarında kar ıla tırıldı ında %50,0'luk bir bölüm babayı a ırı koruyucu olarak tanımlamaktadır. Yeme, ebeveyn-çocuk ili kisinin ve duygusal durumun duyarlı bir göstergesidir (68). Pek çok psikiyatrik sorunu incelerken ailenin yadsınamayacak etkileri kar ımıza çıkmaktadır. A ırı koruyucu ebeveynler veya çocukları ile mesafeli ili kiler içinde olan, duygusal uzaklı ı tercih eden ebeveynler farklı ekillerde çocuklarının yeme davranı larını etkileyebilmektedir (1). Ancak bu verilerin anlamlı olabilmesi için daha geni ve öznel ara tırmalara ihtiyaç oldu u dü ünülmektedir.

Çalı mamızda karde sayısına göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, Keçeli'nin (2006) yapmı oldu u çalı mada YB vakaları daha az çocuklu ailelerin üyeleri olma e ilimindedir (91). Verinin farklı olmasının nedeni YB tanısı almamı örneklem grubu ile çalı ı lmasından kaynaklanabilece i dü ünülmektedir.

Çalı mamızda çocuklukta cinsel taciz öyküsüne sahip olup olmamasına göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Bu veri literatürde yapılan bazı ara tırmalarla paralellik göstermektedir. Tek ba ına cinsel kötüye kullanımın YB'nin en büyük sebebi oldu u yolunda hiçbir kanıt yoktur (122). Welch ve Fairburn'un (1994) bildirdiklerine göre bazı çalı malar, bireylerin kendileri tarafından bildirilen çocukluk dönemi cinsel istismarının, yeme bozuklu u olgularında normallere göre, daha yüksek oranda oldu unu göstermi tir. Buna ra men sözü edilen ara tırmayı tekrarlayan ço u ara tırma; örne in Rorty, Yager ve Russotto'nun 1994'te yapmı oldukları çalı mada benzer sonuçlar elde edilmemi tir (129,

130). Cinsel taciz yeme bozukluklarına özgü bir risk faktörü olmayıp, birçok psikiyatrik hastalığın gelişiminde rol oynar. Cinsel taciz hastalarında yeme bozukluklarının varlığı kontrolsüz ve itkisel cinsel davranışların görülebileceği konusunda klinisyeni uyarmalıdır. Bu hastaların psikoterapisi bu görüşü dikkate alınarak yapılmalıdır (131). Literatürde çocuklukta cinsel tacize uğramış kişilerde yeme bozukluğu gelişimi ile ilgili verilere değin rastlanmaktadır (132). Kuyulu ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada YB tanısı alan olguların kontrol grubuna göre daha sık çocukluk çağı cinsel tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir (116). Dolayısıyla çocukluk çağı cinsel istismarın, yeme bozukluğunun etiolojisindeki rolü halen belirsizliğini korumaktadır.

Çalışmamızda diğerk travma öyküsüne sahip olan öğrencilerin travma öyküsüne sahip olmayanlara göre yeme tutumu düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir, bu bulgu literatürle paralellik göstermektedir. Kaya'nın (2000) ergenlerden oluşan ve toplumsal şiddete maruz kalma ya da tanık olma, aile şiddetine tanık olmaya ya da fiziksel kötüye kullanılma gibi en az bir travmatik yaşantısı olan 74 kişilik bir hasta grubuyla yapılan çalışmada olguların %32'sinde TSSB saptanmıştır. Öncelikle yeme bozukluğu olmak üzere anksiyete ve somatizasyon sık görülmüştür (133).

Göç ve sığınma, bireyde daha önceden var olan problemleri artırır ya da yeni problemlerin çıkmasına yol açar. Gerek çocuk gerek yetişkin sığınmacılarla ilgili yayınlarda duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, TSSB, davranış bozuklukları başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların hayli yüksek oranlarda bulunduğu ortaya koyan çeşitli araştırmalar dikkati çekmektedir (134). Çalışmamızda ailede yaşanan göçe göre gruplar arasında yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Çalışmamızda göçün büyük olasılıkla ülke içinde olmasından dolayı literatürle farklılıklar olduğu düşünülmektedir. Literatürde adı geçen göçten kasıt bir ülkeden başka bir ülkeye göçmek veya göçmek zorunda bırakılmaktır. Etkileri ve sonuçları değerlendirildiğinde literatürde adı geçen göçün daha büyük ruhsal sıkıntılara yol açması beklenmektedir. Bununla birlikte literatürde yeni bir yerleşim yeri için YB'de tetikleyici faktörler arasında sayılmaktadır (121). Ayrıca çalışmamızda, evlilik ve ailedeki yapısal örgütlenme, karar alma, davranışsal kontrol, disiplin, kurallar, normlar, roller, yapısal işlevi in esnekliği, v.b.ile ilgili olan AYDA yetkinlik alt boyutu ailede yaşanan göçe başlı olarak anlamlı değini göstermekteydi. Göçe maruz kalan grup anlamlı olarak daha düşük AYDA yetkinlik düzeyine sahiptir. Göçle birlikte birey, kendi eski toplumunda oynamakta olduğu rollerin bir kısmını

kaybeder. Bu roller onun kimlik duygusunun parçalarıdır. Büyük problem, yeni çevrede yerini bulma güçlü üdür (134).

Çalı mamızda alkol ve madde kullanımı ile yeme tutumu ve aile yapısı arasında anlamlı bir ili ki saptanmamı tır. Literatür incelendi inde yeme bozuklukları ile alkol ve madde kullanımı arasındaki paralelliklerden ve e zamanlılıktan söz edilmektedir. Madde kullanımının anoreksiya nervoza ve bulimia nervozada i tahın kontrol edilmesiyle ba lantılı oldu u dü ünülmektedir (135). Yapılan çalı malarda BN hastası yeti kin kadınlarda, YB hastası olmayan kadınlara göre, alkol ve madde kötüye kullanımının sıklı ndan söz edilmektedir (2). Schuckit ve arkadaş larının (1996) alkol ba ımlılı ı ile yeme bozuklukları arasındaki ili kiyi ara tırdıkları çalı maya göre alkol ba ımlısı kadınlarda anoreksiya oranı %1.41, bulimia oranı %6.17, alkol ba ımlısı erkeklerde ise bulimia oranı %1.35 olarak saptanmı , anoreksiyaya ise bu grupta rastlanmamı tır (136). Dansky ve arkadaş larının (2000) yapmı oldukları Bulimik kadınlarda alkol ba ımlılı ına ve alkol kullanımına bakılan bir di er çalı mada ise telefonla mülakat yöntemi seçilmi ve alkol kullanımının bulimik kadınlarda daha sıklıkla görüldü ü bulgusuna ula ılmı tır. Aynı zamanda alkol kullanan bulimik kadınların, alkol kullanmayan bulimik kadınlardan, yeme tutumundaki bozulma ve ailesel özellikler bakımından farklılık göstermedikleri saptanmı tır (137). Keçeli'nin (2006) YB hastaları üzerinde yapmı oldu u çalı mada AN vakalarının hiçbirinde psikoaktif madde kullanımına rastlanmamı ken, BN vakalarının dördünde (%22.2) psikoaktif madde kullanımı vardır (91). Literatürdeki çalı malar incelendi inde birçok çalı mada kontrol grubuna yer verilmedi i, alkol veya madde kullanımı ile ilgili ki ilerin kendi beyanlarından yola çıkarak sonuca gidildi i görülmektedir. Sonuç olarak, alkol ve madde kullanımı ile yeme bozuklukları arasındaki ili ki birçok ara tırmaya konu olmakla beraber, henüz bu ili kiyi açıklayıcı yeterli bilgi sunulmamaktadır.

Çalı mamızda yeme tutumları sigara kullanımına ba lı olarak anlamlı de i im göstermekteydi. Buna göre hem sigara içmeyen hem de günde 1–10 arası sigara içen gruba göre günde 10'dan fazla sigara içen grupta yeme tutumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oldu u saptanmı tır. Gruplar arasında, AYDA ileti im, birlik, yönetim ve duygusal ba lam alt boyut düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemi tır. AYDA yetkinlik alt boyutu gruplar arasında anlamlı farklılık göstermi olup, söz konusu farkın kayna ı, sigara içmeyen grubun günde 1–10 arası sigara içen gruba göre yetkinlik düzeyinin istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmasından ötürüdür.

Literatür incelendi inde konuyla ilgili yapılan ara tirmalarla paralellik söz konusudur. Ihan ve arkadaşları (2006) yapımı oldukları bir çalı mada sigara içen ö rencilerde olası yeme bozuklu u riski daha yüksek oldu unu belirtmektedir (113). Ayrıca Wiederman'ın (1996) 134 AN ve 320 BN hastaları ile yapımı oldu u çalı mada anoreksik kızların sadece alkol, sigara ve marihuana kullandıkları gözlenmi ve grubun %29'unun alkol, %22,2'sini sigara kullandı ı belirtilmi tir (96).

Mesleki i levsellik bakımından mesleki i kaybı olanla mesleki i kaybı olmayan grup arasında yeme tutumu düzeylerinde elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamı tır. Literatür incelendi inde YB hastalarının mesleki i lev kayıpları oldu u, i ya amında i in aksaması ve unutkanlı a ba lı problemler ya andı ı anla ılmaktadır (13). Literatürle olu an bu farklılı ın YB tanısı almamı olgular üzerinde çalı ma yapılmı olmasından kaynaklandı ı dü ünülmektedir.

YB'de olguların aile ili kilerinde, sosyal ili kilerinde bozulmalar ve insanlarla ileti im kurmada isteksizlik dikkat çekmektedir (13). YB tanısı almı ki ilerde genellikle sosyal içedönüklük ve ki iler arası güvensizlik gibi özellikler belirtilmektedir. Bu özellikler bu hastaların ili ki düzeylerinin de olumsuz etkilemektedir (51). Sosyal fobisi olan ki iler görünü lerindeki bozukluk ile ilgili a ırı u ra içinde olup dı görünü lerinden utandıkları için sosyal ili kiden kaçınmaktadırlar (138). Psiko-sosyal i lev de erlendirmesi yönünden aile ili kileri, sosyal ili kiler ve doyum düzeyleri bakımından gruplar arasında yeme tutumları istatistiksel olarak benzer bulunmu tur. Bunun dı ında çalı mamızda kullanılan AYDA ile psikososyal i lev arasındaki ili ki de erlendirildi inde AYDA'nın tüm alt ölçekleri ile farklılıklar olu tu u saptanmı tır. Aile ili kileri de erlendirildi inde; aile ili kileri çok iyi olan grubun, iyi, orta ve kötü olan gruba göre, iyi olan grubun orta ve kötü olan gruba göre tüm AYDA alt ölçek düzeylerinde almı oldukları puan anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal ili kiler de erlendirildi inde AYDA'nın tüm alt ölçekleri ile gruplar arasında farklılıklar olu tu u saptanmı tır. Buna göre sosyal ili kileri çok iyi olan grubun, iyi, orta ve kötü olan gruba göre, iyi olan grubun orta ve kötü olan gruba göre tüm AYDA alt ölçekleri düzeyinde almı oldukları puan anlamlı olarak daha yüksektir. Olguların ya antılarından memnuniyetlerini ifade eden doyumluluk düzeyi ve AYDA birlik arasında anlamlı bir ili kiye rastlanmazken, AYDA'nın ileti im ve yetkinlik alt boyut düzeylerinde çok iyi olan grubun iyi, orta ve kötü olan gruba göre, iyi olan grubun orta ve kötü olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u saptanmı tır. Ayrıca AYDA'nın

yönetim ve duygusal ba lam alt boyut düzeylerinde çok iyi ve iyi olan grubun orta ve kötü olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada yeme tutumları ve aile yapısı arasındaki ilişki literatürdeki bazı ara tırmalarda desteklenirken bunun aksini iddia eden çalışmaları bulgularına da rastlanmaktadır. Yeme tutumu ve sosyodemografik değişkenlerden çocuklukta yaşanan travma öyküsü ve sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanırken diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yeme bozukluklarının kültüre özgü olduğu düşünüldüğünde ülkemizde yeme bozukluğunun bölgelere göre ve farklı örneklem gruplarında yaygınlığının araştırılması ile yeniden gözden geçirilmeli, yeme bozukluğu olanlarda risk faktörleri olarak çocukluk çağı kötüye kullanımı ve aile üyelerinin incelenmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle daha geniş bir örneklem grubunda ve daha farklı yöntemlerle yapılacak çalışmalar konuya ışık tutabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yeme bozuklukları tüm dünyada hızla artan hastalıklar arasında yer almaktadır. Sonuçları ve komplikasyonları açısından önemli riskler taşımaktadır. Daha çok genç nüfusu etkileyen hastalığın gelişmesinde ve devamında aile yapısının büyük önemi olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin yeme tutumları ve buna etki eden sosyodemografik özellikler ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar şöyle sıralanmıştır:

1. Yapılan çalışmada yeme tutumu ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca YTT ve AYDA alt ölçekleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
2. Yaş ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşın, yaş arttıkça olguların AYDA yönetim ve yetkinlik alt boyutları daha sağlıklıdır.
3. Gelir düzeyi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gelir düzeyi yüksek olan grubun hem düşük hem de orta düzey gelire sahip gruplara göre AYDA toplam, AYDA iletişim, yönetim ve yetkinlik alt boyutundan elde ettiği puanlar anlamlı düzeyde yüksektir.
4. Yaşadığı yer ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşın büyük şehirde yaşayan grubun aile yapıları köyde yaşayan grubun aile yapılarına göre daha sağlıklıydı, ayrıca il ve ilçe merkezinde yaşayan grubun aile yapıları kasabada yaşayan grubun aile yapılarına göre daha sağlıklıdır.
5. Anne babası birlikte yaşayan öğrencilerle anne babası boş veya ayrı yaşayan öğrenciler arasında yeme tutumu düzeylerinde ve AYDA iletişim, birlik, yetkinlik ve duygusal bağlam alt boyutları ve AYDA toplam düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken, anne babası birlikte yaşayanların anne babası boş veya ayrı yaşayanlara göre AYDA yönetim alt boyut düzeyi daha sağlıklıdır.

6. Ö rencilerin anne tutumlarına göre yeme tutumları ve aile yapıları arasında anlamlı bir ili ki bulunmamı tır.
7. Baba tutumlarına göre ö rencilerin yeme tutumlarında anlamlı bir ili ki yoktur. Buna kar ın baba tutumu reddedici grubun aile yapıları yönetim ve duygusal ba lam açısından daha sa lıksızdır.
8. Karde sayısına göre ö rencilerin yeme tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur. kiden fazla karde e sahip olan ö rencilerin aile yapıları duygusal ba lam boyutu di er gruplara göre daha sa lıksızdır.
9. Çocuklukta aileden uzun süreli ayrılık ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ili ki yoktur. Ancak çocuklukta aileden uzun süreli ayrılık ya ayan grubun aile yapılarında ileti im, yönetim ve duygusal ba lamları daha sa lıksızdır.
10. Çocuklukta cinsel taciz öyküsünün olup olamamasına göre gruplar arasında yeme tutumları açısından anlamlı bir ili ki yokken, bu grupta aile yapısındaki yetkinlik boyutu sa lıksızdır.
11. Çocuklukta di er travma öyküsüne sahip olan ö rencilerin travma öyküsüne sahip olmayanlara göre yeme tutumu ve bu grubun aile yapılarında birilik boyutu sa lıksızdır.
12. Ya anan göçe göre ö rencilerin yeme tutumları arasında anlamlı bir ili ki yoktur, ancak 15 ya öncesi göç ya amı ö rencilerin aile yapılarından yetkinlik boyutu sa lıksızdır.
13. Ö rencilerin alkol ve madde kullanımı ile yeme tutumları ve aile yapıları arasında anlamlı bir ili ki yoktur.
14. Günde 10'dan fazla sigara içen ö rencilerin yeme tutumları sa lıksızdır. Sigara içmeyen grubun aile yapıları ve ailedeki yetkinlik boyutu sa lıklıdır.
15. Mesleki i lev kaybı olan ile olmayan grup arasında yeme tutumları açısından anlamlı bir fark görülmemektedir. Mesleki i lev kaybı olan grubun aile yapıları birlik, yönetim ve yetkinlik boyutları açısından sa lıksızdır.
16. Psikososyal i levlerin yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamı tır. Ancak psikososyal i levleri çok iyi olan grubun aile yapıları daha sa lıklıdır. Ö rencilerin sosyal ili kiler ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ili ki yoktur. Ancak sosyal ili kileri çok iyi olan grubun aile yapılarındaki ileti im, yönetim ve yetkinlik alt boyutları daha sa lıklıdır. Ö rencilerin ya amdan aldıkları doyumluluk düzeyi ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ili ki

yokken, doyumluluk düzeyi yüksek olan grubun aile yapılarındaki iletişim, yönetim, yetkinlik ve duygusal bağlam boyutları sınırlıdır.

Çalışmamızın sonucunda yeme tutumu ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen yurtdışında yapılan bazı çalışmaları ailenin işlevsel olmamasını bir risk faktörü olarak ele almaktadır bu nedenle konuyla ilgili hem boylamsal çalışmaların hem de daha geniş örneklem grupları üzerinde daha fazla sayıda deneyimlerle araştırmalar yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Sosyo-demografik deneyimler açısından yeme tutumunun, çocuklukta travma öyküsüne, sigara kullanma düzeyine göre farklılaşması; yaş, gelir düzeyi, yaşadığı yer, anne-baba birlikteliği, anne tutumu, baba tutumu, kardeş sayısı, çocuklukta aileden uzun süre ayrılık, cinsel taciz öyküsü, yaşanan göç, mesleki işlevsellik deneyimlerine göre ise yeme tutumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Ancak yeme tutumu testinden kesim noktası üzerinde puan alan olguları kendi arasında değerlendirildiğimizde orta ve yüksek gelir düzeyine sahip grubun, il merkezinde yaşayan grubun, anne ve babayı ailesi koruyucu olarak algılayan grubun yüzdeleri sonuçlarının anlamlı olduğu fark edilmektedir ve bu olgular için yeme bozukluğu eğiliminden söz edebilir. Ayrıca araştırmaya katılan olguların %4.83'ü Yeme Tutumu Testinden kesim puanı üzerinde puan almışlardır. Bu rakam değerlendirildiğinde ülkemizde konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalardan daha düşük bir yüzdeleriyle sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bunun nedeni çalışmaya katılan olguların Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri olması ve öğrenim sürecinde 1. sınıftan itibaren hem sağlık hem de beslenme üzerine çeşitli dersler almış olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle önleyici çalışmalar içerisinde gençlerin beslenme ve sağlık konusunda bilgilendirilmesi, ilköğretimden itibaren ders müfredatlarına beslenme ve sağlık ile ilgili derslerin daha detaylı konulması gençlerin YB göstermelerini azaltabilir.

Araştırmamızda elde edilen bulguların nedensel sonuçlar olmaktan çok ilgisiz sonuçlar olması ve araştırmada kendini değerlendirme araçları kullanılmaması, aile yapısının yalnızca AYDA'nın belirttiği niteliklerle sınırlı olması, ailelerin doğrudan gözlemlenmemesi ve sürece ailelerin dahil edilmemesi, YB tanısı almamış olgularla çalışılmaması, örneklem grubu sayısının düşük olması, karşılaştırma yapılabileceğimiz farklı bir örneklem grubunun olmaması çalışmamızın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

## 7. ÖZET

**Amaç:** Yeme Bozuklukları tıp dünyasında giderek daha fazla yer tutmakta ve hastalığın seyri, nedenleri ve sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalık tedavi edilmediği takdirde ölümle dahi sonuçlanmaktadır. Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin yeme tutumlarını değerlendirilerek bu duruma etkili olan sosyodemografik özellikler ve aile yapısı arasındaki ilişkinin araştırılması, Türkiye’de konu ile ilgili yapılan araştırmalara bölgemiz adına katkı sunmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalınmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu’na 2006-2007 eğitim öğretim yılında devam eden 60’ı birinci sınıf, 101’i ikinci sınıf, 90’ı üçüncü sınıf ve 121’i dördüncü sınıf olmak üzere toplam 372 olgu alınmıştır. Olgulara sırasıyla Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Tutumu Testi (YTT) ve Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA)’dan oluşan test bataryası uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmamızda, yeme tutumları ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sosyo-demografik değişkenler açısından yeme tutumlarının, çocuklukta travma öyküsüne, sigara kullanma düzeyine göre farklılaşması; yaş, medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, anne-baba birlikteliği, anne tutumu, baba tutumu, kardeş sayısı, çocuklukta aileden uzun süre ayrılık, cinsel taciz öyküsü, yabancı göç, mesleki seviyeliği de değişkenlerine göre ise yeme tutumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan olguların %4.83’ü Yeme Tutumu Testinden kesim puanı üzerinde puan almışlardır.

**Sonuç:** Araştırmada sağlıklı yeme tutumları ve davranışlarının görülme sıklığının hem ülkemizde yapılan bazı çalımlarla hem de dünyada yapılan çalımlarla benzer olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma sonucunda yeme tutumları ile çocuklukta travma öyküsü, sigara kullanma düzeyi arasındaki ilişki de değişkenler arasında ilişki bulunamaması nedeniyle konuyla ilgili hem boylamsal çalımlar yapılmasının hem de farklı de değişkenlerle yeni araştırmalar yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

## 8. SUMMARY

### **The Relation Between Eating Attitude and Family Structure of the Students in KTU Trabzon School of Health Sciences**

**Objective:** Eating disorders has a growing place in the medical science world and the progress of the illness has great importance for the causes and results of the illness. If not cured, the illness may even result in death. This research aims to evaluate the nourishment attitudes of university students, to find out the relation between family structures and the sociodemographic features which accompany this situation and in the name of our region to contribute to the researches which have been made in Turkey.

**Method:** From the students who continue their education in the Karadeniz Technical University ,Health Academy in the 2006-2007 academic year, 372 cases; 60 students from the first grade, 101 students from the second grade, 90 students from the third grade and 121 students from the fourth grade ,are taken into this study. A test battery consisting of the Sociodemographic Datum Form, the Eating Attitudes Test (EAT-40) and the Family Evaluation Device has been applied to the cases respectively.

**Results:** No significant relation between nourishment attitudes and the family structures could be found in our study. It has been determined that , nourishment attitudes may differ according to the trauma history in the childhood and the level of smoking; and no significant difference could be found in terms of nourishment attitudes when variables such as age, marital status, level of income, the living place , the togetherness of the parents, maternal attitudes, paternal attitudes, number of sisters/brothers, being away from the family for a long time in the childhood,sexual harrassment history, emigration, occupational functionality are taken into consideration. Besides , % 4,83 of the cases in the study scored points higher than the fraction point at the Eating Attitudes Test (EAT-40).

**Conclusion:** As a result of the current study it is found that the occurrence frequency of unhealthy nourishment attitudes and habits are similar with results of the some studies that conducted in Turkey and worldwide. In the result of the research, since no relation between nourishment attitudes and the variables apart from the trauma in the childhood and the level of smoking has been found, it is clear that it is essential to make both longitudinal studies and new researches with different variables.

## 9. KAYNAKLAR

1. Erta , H.S.: Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Di erleri. Tima Yayınları, stanbul, 2006.
2. Pirim, B., ve ark.: Yeme bozukluklarında psikoaktif madde kullanımı: Bir gözden geçirme. Ba ımlılık Dergisi, 5(1): 30-34, 2004.
3. Hanta , Y.: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklu u Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi, stanbul 2002.
4. Davison G.C ve Neale J.M.: Anormal Psikolojisi. Türk Psikologlar Derne i Yayınları, 2004, ss. 213-235.
5. Erol A., Toprak G., Yazıcı F.: Üniversite ö rencisi kadınlarda yeme bozuklu u ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1): 48-57, 2002.
6. Tozzi, F. Sullivan, P.F., Fear, J.L. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients perspective. Intetnation Journal of Eating Disorders, 34: 143-154, 2003.
7. Young, E.A., Clopton, J.R., Bleckley, M.K.: Perfectionism, lowself-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. Eat Behav; 5: 273-283, 2004.
8. Canat, S.: Yeme bozukluklarına genel bakı . Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 133-136, 1999.
9. Andersen, A.E., Yager, J.: Eating disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı, cilt 1. Sadock, B., Sadock, V., (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams, Wilkins, s. 2005-2021, 2005.
10. Oral, N.: Yeme Tutum Bozuklu u le Ki ilerarası emalar, Ba lanma Stilleri, Ki ilerarası li ki Tarzları ve Öfke Arasındaki li kilerin ncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006.
11. Kernberg, O.F : Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. Psychiatric Clinics of North America 17:701-714, 1994.

12. Aydın, G., Ceylan, M.E., Hariri, A.G.: Yeme bozukluklarında biyolojik farklılıklar Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 175-184, 1999.
13. Özdel, O., Ateci, F., Ouzhanolu, N. K.: Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2): 153-159, 2003.
14. Taner, Y., Ünal, F.: 12 yaşındaki bir erkekte anoreksiya nervosa. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11(2): 2004.
15. Ünal F., Özusta :Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanım. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: 1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara 1997, s. 69-76.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı(DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayınları Birliği, Ankara, 2001. ss. 241-244.
17. Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F., Erol, S.: Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 3: 147-152, 2000.
18. Kocabaşoğlu, N.: Yeme bozuklukları. Yeni Symposium Dergisi, 39(2): 95-99, 2001.
19. Canat, S.: Yeme Bozuklukları. Edit. Güleç C., Köroğlu E: Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayınlar Birliği, 1997, s. 661-672.
20. Armand, M., Nicholi, Jr., D.B.: The Adolescent. The Harvard Guide To Psychiatry Third Edition, Edit: Nicholi, A.M., Cambridge, Mass., Belknap Press (Harvard University Press), pp. 604-605, 1999.
21. Gürdal, A.: önce beden hastalığı. [www.ekoses.com](http://www.ekoses.com). 2008
22. Hoek, H.W.: Anoreksiya nervosa ve diğer yeme bozukluklarının sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi. Current Opinion In Psychiatry, 2(3): 2006.
23. Arbat, G., Demirkol, M.: Yeme Bozuklukları- Nüstriyonel Bakış. Edit. Ekici, A., Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, s.212-241, 1999.
24. Mitchell, J.E., Crow, S.: Anoreksiya nervosa ve bulimia nervozanın medikal komplikasyonları. Current Opinion In Psychiatry, 2(3): 2006
25. Yazgan, Y., Yazgan, Ç.: Yeme bozukluklarına tıbbi-psikiyatrik değerlendirme ve tedavi yaklaşımları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 233-242, 1999.
26. Romans, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Herbison, G.P., Mullen, P.E.: Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. Am J Psychiatry, 152:1336-1342, 1995.

27. Farber, K.S.: Self-medication, traumatic reenactment, and somatic expression in bulimic and self-mutilating behavior. *Clinical Social Work Journal*, 25: 87-106, 1997.
28. Akyüz, G.: Yeme bozukluklarında psikoanalitik açıklamalar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2): 155-160, 1999.
29. Oltmanns, T.F., Neale, J.M., Davison, G.C., Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vakıf'a Çalışmaları (Çev. Dağ, S.). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 2003, s. 307-320.
30. Eagles, J.M., Maureen I. Johnston, M.I., Millar, H.R.: A Case-Control Study of Family Composition in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 38(1): 49-54, 2005.
31. Kabakçı, E., Demir, B.: Yeme bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 32(2): 125-131, 2001.
32. Güney, E., Kurulu, A.Ç.: Yeme bozukluklarının nörobiyolojisi. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9(2): 2007.
33. Vardar, E.: Yeme bozukluklarının genetiği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(2): 71-74, 2004.
34. Colin, A., Ross, MD.: Overtimates of the genetic contribution to eating disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(2): 123-130, 2006.
35. Wade, C. Tavaris, C., *Invitation to Psychology*. Addison-Wesley Longman. 1999, pp. 131-136.
36. Smith, M.C., Pruitt, J.A., Mann, L.M., Thelen, M.H.: Attitudes and knowledge regarding bulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3): 545-553, 1986.
37. Öztürk, M.O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2002; ss: 472-478.
38. Buton, B.: Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Adolescence*, 13: 407-13, 1990.
39. Silverstone, P.H.: Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Medical Hypotheses*, 39(4): 311-5, 1992.
40. Beaumont, P.F., George, G., Smart, D.: "Dieters" and "Vomiters and purgers" in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 6: 617-622, 1976.
41. Erol, A., Yazıcı, F.: Bulimia Nervozada Tedavi. *Klinik Psikiyatri*, 2: 172-178, 1999.



42. Kuruolu, A.Ç.: Yeme bozukluklarında genetik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10: 32-37. 2000.
43. Yeilbursa, D.: Lise Örencilerinde Anoreksiya Nevroza, Bulimiya Nevroza ve Beden mgesi De erlendirmesi. Uzmanlık Tezi, stanbul, 1990.
44. Büyükkal, M.B.: Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri. Uzmanlık Tezi, stanbul, 1995.
45. Sours, J.A.: Starving to death in a sea of objects. New Yorks: Jason Aronson, 1980.
46. Parman, T.: Bulimik: Bo a dönen bir makine. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 215-224, 1999.
47. Karancı, N.: Yeme bozuklukları. Bilim ve Teknik Dergisi, Ocak, 2000.
48. Hudson, J.I., Pope, H.G., Jonas, J.M., Yurgelun-Todd, D., Frankenburg, F.R.: A controlled family study of bulimia. Psychological Medicine, 17:883-890, 1987.
49. Kasset, J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., Guroff. J.J., Kazuba,D.M., Smith, A.L., Brandt, H.A., Jimerson, D.C.: Psychiatric disorders in the relatives of probands with bulimia nervosa. Am J Psychiatry,;146:1468-1471, 1989.
50. Maner, F., Aydın, A.: Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. Dü ünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 20(1): 25-37, 2007.
51. Maner, F.: Yeme bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 5: 130-139, 2001.
52. Maner,F.: Yeme bozuklukları. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP), 1: 2007.
53. Topaç, B., The Meaning, Functions And Psychological Structure of Turkish Family. Bo aziçi University, Master of Arts, 1994.
54. Ailenin ve Aile çinde Çocu un Korunması ve Çocu un Statüsü Komisyonu Raporu (2000) 1. stanbul Çocuk Kurultayı, stanbul Çocuk Raporu, 1. Baskı, S. 122-123, stanbul Çocukları Vakfı Yayınları: 1, stanbul.
55. Yalkın, S.: Prenatal Expectancies of Developmental Time-Tables Child-Rearing Attitudes and Actal Child Development. Bo aziçi University, Master of Arts, 1994.
56. Bulgan, G., A Psychological Comparison of People's Perceptions of Their Own Families and Their Presumptions of the "Typical" Turkish Family. Bo aziçi University, Master of Arts, 2006.
57. Gülerce, A.: Türkiye'de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. Bo aziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.

58. Çerik, .: Ailelerin gençlere kar ı tutumları ve gençlerin ailelerinin tutumlarını algılayı larına yönelik üniversite gençli i üzerinde bir ara tırma. *Ege Akademik Bakı Dergisi*, 2(1): 2002.
59. Yavuzer, H.: *Ana-Baba ve Çocuk*, stanbul: Remzi Kitabevi, ikinci Basım, 1988.
60. Santrock, J.V., Yussen, S.R.: *Child Development: An Introduction, Fourth Edition*, Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Publishers. 1989.
61. 1994 Uluslararası Aile Yılı Özel htisas Komisyonu Raporları (1994) s. 94-96, 223-316, T.C. Ba bakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müste arlı ı Yayınları, Ankara.
62. Türkel, A.: İletme Yöneticilerinin Davranı larına Yön Veren Hakim Ki ilik Faktörleri ile Yönetmel Davranı Arasındaki İlişkiler ve Uygulama. M.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Yayını, Yayın No: 394. 1992.
63. Akba , M.: Liseli Ergenlerin Anne-Baba Tutumlarını Algılamaları ile uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. M.Ü. S.B.E. E ğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, 1994.
64. EK , Aysel (1990): *Çocuk, Genç, Ana Babalar*, stanbul: Bilgi Yayınevi.
65. Kuzgun, Y.: “Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçeğe tırme düzeyine etkisi. *Hacettepe Sosyal Eve Be eri Bilimler Dergisi*, 5(1): 1973.
66. Middleton, E.B.: Parental Influence on Career Development: An Integrative Framework for Adolescent Career Counseling. *Journal of Career Development*, 19(3): 1993.
67. Parsons, T., Bales, R.F.: *Family, socialization, and interaction process*. (In collaboration with Olds, J. et al.). Glencoe, IL: Free Press. 1955.
68. Ünlü, G., Aras, ., Güvenir, T., Büyükgebiz, B., Bekem, Ö.: Yeme reddi olan çocukların annelerinde ki ilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile İlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 2006.
69. Rastam, M., Gillber, C.: The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 30(2): 283-289, 1991.
70. Stern, S., Dixon, K. N., Jones, O., Lake, M., Nemzer, E., Sansone, R.: Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 25–31, 1989.
71. De irmenci, T.: *Obez Eri kinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2006.

72. Hamlet, K.W., Curry, J.F.: Anorexia nervosa in adolescent males: A review and case study. *Child Psychiatry Hum Dev*, 21: 79-94, 1990.
73. Carlat, D.J., Camargo C.A.: Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*, 148: 831-843, 1991.
74. Ay, S.: Birliktelikleri Devam Eden Ailelerin Yapı ve İlevleri ile Boş Anmı Ailelerin Yapı ve İlevlerinin Karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri ABD Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2000.
75. Jersıld, A.T.: Çocuk Psikolojisi. Çev. Gülseren Günçe, Dördüncü Basım, Ankara, 1983.
76. Çelebi, Y.: Zihinsel Engelli Çocu a Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanlık ve Grup Rehberliğinin Kaygı, Depresyon ve Aile Yapısına Etkisinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri ABD Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
77. Ackard, D.M., Sztainer, D.N.: Family Mealtime While Growing Up: Associations With Symptoms Of Bulimia Nervosa. *Eating Disorders*, 9: 239-249, 2001.
78. Karaveli, D.: Depresyon Tanısı Alan Bir Grup Danışmanın Aile Yapısı ve İlevleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Doktora Tezi, İstanbul, 2000.
79. Morris, G.C.: Psikolojiyi Anlamak. Çev. Ayvazık, B.H., Sayıl, M., Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2002, s.171.
80. Akkaya, C.: Depresyon etiolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium*, 43 (3): 91-96, 2005.
81. Wamboldt, F.S., Kaslow, N.J., Swift, W.J., Ritholz, M.: Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 144:362-364, 1987.
82. Katz, J.L.: Anorexia nervosa and depression: another view. *Am J Psychiatry*, 143 :270-271, 1986.
83. Altshuler, K.Z., Weiner, M.F.: Anorexia and depression: a dissenting view. *Am J Psychiatry*, 142:328-332, 1985.
84. Laessle, R.J., Kittl, S., Fitcher, M.M.: Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*, 151:785-789, 1987.
85. Silverstone PH Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological Reports*, 67(1):276-8, 1990.

86. Cinemre, B.: Yeme bozukluklarında epidemiyoloji ve e lik eden hastalıklar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 137-154, 1999.
87. ahin, A.R.: Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Edit. Güleç C., Köro lu E: Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayınlar Birli i, 1997, s. 493.
88. Karamustafalıo lu, O., Karamustafalıo lu, N.: Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. Psikiyatri Dünyası, 5: 62-67, 2001.
89. Hamli, K.A., Eckert, E., Marchi, P.: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry, 48:712-718, 1991.
90. Demer, M., M., Ta kın, E., O.: Obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ili kisi. Noropsikiyatri Ar ivi, 39(1): 9-19, 2002.
91. Keçeli, F.: Yeme Bozuklu u Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Ki ilik Bozuklu u. T.C. Sa lık Bakanlı ı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sa lı ı ve Sinir Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, stanbul, 2006.
92. Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George D. T., Ebert M. H.: Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration. Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? Archives General Psychiatry, 48: 556-562, 1991.
93. Mitchell, J.E., Specker, M.S., de Zwaan, M.: Comorbidity and medical complications in bulimia nervosa. Journal Clinical Psychiatry, 52:13-20, 1991.
94. Bulik, C.M.: Alcohol use and depression in women with bulimia. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3): 343-355, 1987.
95. Petersson, B.: Can you dope yourself with food? On the abuse aspect of Bulimia Nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, 82:19-22, 1990.
96. Wiederman, M.W., Pryor, T.: Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. Addictive Behaviors 1996; 21: 269-272.
97. Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Sacks, N.R.: The course and outcome of bulimia nervosa. J Clin Psychiatry, 52(10): 4-8, 1991.
98. Gürdal, A.: Yeme bozuklukları ve tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(1): 21-27, 1999.
99. Kanbur, N.Ö.: Bedensel bir hastalık olarak yeme bozuklukları. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi, 2(7): 51-55, 2006.
100. Walsh, B.T., Stewart, J.O., Roose, S.P., Gladis, M.: Treatment of blumia with phenelzine: a double blind placebo controlled study. Archives General Psychiatry, 41:1105-9, 1984.

101. Pope, H.G., Hudson, J.I., Jonas, J.M.: Bulimia treated with imipramin: a placebo controlled double blind study. *The American Journal of Psychiatry*, 140:554-8, 1983.
102. Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, A., O'Connor, M.: Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives General Psychiatry*, 50:419-428, 1993.
103. Tural, Ü.: Oreksinler ve yeme davranışının kontrolü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 160-165, 2000.
104. ahin, D.: Hasta-Tedavi Ekibi li kisi: Hasta Hekim li kisi, Edit. Okyayuz, Ü.H., Sağlık Psikolojisi, Türk Psikologlar Derne i Yayınları, Ankara, 1999, s. 39.
105. Fassino, S., Daga, G.A., Piero, A., Leombruni, P., Rovera, G.G.: Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6): 757-764, 2001.
106. Miotto, P, De Coppi, M., Frezza, M., Rossi, M., Preti, A.: Social desirability and eating disorders. A community study of an Italian school-aged sample. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 105: 372-380, 2002.
107. Taylor, S.E., *Health Psychology*. Longman
108. Nilsson, K., Hägglöf, B.: Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 14: 305-311, 2006.
109. Mehler, P.S., Crews, C.K.: Refeeding the patient with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 9: 167-171, 2001.
110. Grange, D.L.: Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: A Promising Approach?. *Clinical Psychologist*, 8(2): 56-63, 2004.
111. Polat, A., Yücel, B., Genç, A., Meteris, H.: Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranış özellikleri: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Ar ivi*, 42(1-2-3-4): 5-8, 2005.
112. Siyez, D.M., Uzba , A.: Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Dergisi*, 44(1): 2006.
113. İhan, M. N., Özkan, S., Aksakal, F. N., Aslan, S., Durukan, E., Maral, I.: Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(3): 2006.
114. Gariba o lu, M., Budak, Öner, N., Sa lam, Ö., Ni li, K.: Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut a ırlıklarının değerlendirilmesi. *Sa lık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 15(3): 173-180, 2006.

115. Kaya, B., Yi ittürk, D., Yalvaç, H.D.: Anoreksiya nervoza tanılı iki kız karde : Olgu sunumu. Klinik Psikiyatri, 6: 56-61, 2003.
116. Ku u, N., Akyüz, G., Do an, O., Er an, E., zgiç, F.: Üniversite ö rencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlı ı ve yeme bozuklu u olanlarda benlik saygısı, aile i levleri, çocukluk ça ı istismarı ve ihmalinin ara tırılması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 10(3): 255-266, 2002.
117. Demir, T., Demir, D.E., Kayaalp, M.L., Büyükkal, B.: Yeme bozuklu u olan ergenlerin sosyodemografik, ailesel ve ki isel özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 9(4): 257-264, 1998.
118. Batur, S., Demir, H., Ulu, P., Güne , Irak, E., A kın, A.: Yeme tutumu ve cinsiyet ile ba lanma biçimleri arasındaki ili ki. Türk psikoloji Yazıları, 8(15): 21-33, 2005.
119. Garner, D.M., Garfinkel, P.E.: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Afedicine, 9: 273-279, 1979.
120. Öner, N.: Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Bo aziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım; 1997, s.596-597.
121. Kagan, D.M., Squires, R.L.: Family cohesion, family adaptability, and eating behaviors among college students. International Journal of Eating Disorders, 4(3): 267-279, 1985.
122. Arnold, E., Andersen, M.D., Joel Yager, M.D.: Yeme Bozuklukları. Edit. Sadock, B.J. ve Sadock, V.A., Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Çev. Edit. Aydın, H. ve Bozkurt, A.). Güne Kitapevi, 2007, s. 2002.
123. Kent, J.S., Clopton, J.R.: Bulimic women’s perspectives of their family relationships. Journal of Clinical Psychology, 48: 281-292, 1992.
124. Broucke, S., Vandereycken, W., Vertommen, H.: Marital communication in eating disorders: A controlled observation study. Internation Journal pf Eating Disorders, 17: 1-23, 1995.
125. zmir, M., Erman, H., Canat, S.: Ankara’da üç de i ik okulda uygulanan Yeme Tutumu Testi sonuçlarının de erlendirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi, 1: 70-74, 1994.
126. Batıgün, A.D., Utku, Ç.: Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ili kinin incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi, 21 (57): 65-78, 2006.
127. Ledoux, S., Choquet, M., Flament, M.: Eating disorders among adolescents in an unselected French population. International Journal of Eating Disorders, 10(1), 81-89, 1991.

128. McClelland, L., Crisp A.: Anorexia Nervosa And Social Class. *Int J Eat Dis*, 29: 150-156, 2001.
129. Welch, S.L., Fiarburn, C.G.: Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-contrpl comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151: 402-407, 1994.
130. Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E.: Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1122-1126, 1994.
131. Aksoy, U.M., Aksoy, .G., Maner, F.: Yeme bozukluklarında cinsellik, cinsel davranı ve tutumlar. *Yeni Symposium*, 46(2): 2008.
132. Akduman, GG., Ruban, C., Akduman, B., Korkusuz, .: Çocuk ve cinsel istismar Child And Sexual Exploitation. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 9-14, 2005.
133. Kaya, B.: Travma sonrası stres bozuklu unda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*, 4: 37-43, 2000.
134. Ek i, A.: Sı ınmacı ve göçmenlerde psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3): 215-221, 2002.
135. Grilo, MC., Sinha, R., O'Malley, SS.: Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Res Health*, 26: 151-160, 2002.
136. Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Anthenelli, R.M., Bucholz, K.K., Hesselbrock, V.M., Nurnberger, J.I.: Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *The American Journal of Psychiatry* 153: 74-82, 1996.
137. Dansky, S.B., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G.: Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Survey. *International Journal Eating Disorders*; 27: 180-190, 2000.
138. Dilbaz, N.: Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 18-24, 1997.

## EKLER

### Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

1. Adı- Soyadı:

Adres:

Tel no:

2. Doğum yeri:

3. Doğum yılı:

4. Kilo:

5. Boy:

6. Sınıfınız: (0) 1. sınıf (1) 2. sınıf (2) 3. sınıf (3) 4. sınıf

7. Meslek: (0) boş (1) öğrenci (2) ev hanımı (3) işçi (4) memur (5) emekli (6) diğer

8. Medeni durum: (0) bekâr (1) evli (2) ayrı yaşıyor (3) boşanmış (4) dul

9. Çocuk sayısı: (0) yok (1) tek çocuk (2) iki çocuk (3) ikiden çok

10. Ekonomik düzey: (0) düşük ( ayda 250 YTL'den az) (1) orta ( ayda 250–500 YTL)

(2) iyi ( ayda 500 YTL- 2000 YTL) (3) yüksek (ayda 2000 YTL'den çok)

11. Oturdu nunuz yer: (0) köy (1) kasaba (2) ilçe merkezi (3) il merkezi (4) Büyük şehir

12. Anne – baba: (0) birlikte yaşıyor (1) ayrı yaşıyor (2) boşanmış

13. Anneye ait özellikler: (0) otoriter (1) reddedici (2) ailesini koruyucu (3) diğer

14. Babaya ait özellikler: (0) otoriter (1) reddedici (2) ailesini koruyucu (3) diğer



15. Karde sayısı: (0) tek çocuk (1) iki karde (2) ikiden çok
16. Çocuklukta aileden uzun süreli ayrılık(en az 3ay): (0) yok (1) var
17. Çocuklukta cinsel taciz öyküsü: (0) yok (1) var
18. Çocuklukta di er travma öyküsü( afet, saldırı, kaza): (0) yok (1) var
19. Ailede ya anan göç: (0) yok (1) var- 15 ya öncesi (2) 15 ya sonrası
20. Yeme bozuklu u tanısı: (0) yok (1) var (süresi)

**Ek 1'in devamı**

21. Tedavi öyküsü: (0) yok (1) var yatarak (2) ayakta
22. Tedavi yöntemi: (0) psikoterapi (1) ilaç (2) ilaç+ psikoterapi
23. Kullanılan madde: (0) alkol (1) esrar (2) uyarıcı-kokain (3) di er (4) yok
24. Kullanılan süre: (0) 3 aydan az (1) 3 ay- 1yıl (2) 1-5 yıl (3) 5-10 yıl (4) 10 yıldan çok (5) yok
25. Tedavi öyküsü: (0) yok (1) ayaktan (2) yatarak
26. Sigara kullanımı: (0) yok (1) günde 5 ten az (2) günde 5-10 arası  
(3) 10–20 arası (4) 20den çok
27. Medikal hastalık: (0)yok (1)hepatik (2)nörolojik (3)hematolojik  
(4)gastrointestinal (5)di er
28. Psiko-sosyal i lev de erlendirmesi:
- a- mesleki i levsellik: (0) kayıp yok (1) kayıp hafif (2) Kayıp orta (3) kayıp iddetli
- b- aile ili kileri: (0) çok iyi (1) iyi (2) orta (3) kötü
- c- sosyal ili kiler: (0) çok iyi (1) iyi (2) orta (3) kötü
- d- doyumluluk: (0) çok iyi (1) iyi (2) orta (3) kötü

Ek 2.

## YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

Adı - Soyadı : .....

Tarih : ..... / ..... / .....

		DAİMA	ÇOK SIK	SIK SIK	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
1	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2	Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4	Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6	Aklım fikrim yemektir.						
7	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8	Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
9	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12	Ailem fazla yememi bekler.						
13	Yemek yedikten sonra kusarım.						
14	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17	Günde birkaç kere tartılırım.						
18	Bedenimi saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19	Et yemekten hoşlanırım.						
20	Sabahları erken uyanırım.						

		DAİMA	ÇOK SIK	SIK SIK	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
21	Günlerce aynı yiyeceği yerim.						
22	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23	Adetlerim düzenlidir.						
24	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25	Şişmanlayacağım (bedenimin yağ toplayacağı) düşüncesi aklımı meşgul eder.						
26	Yemeklerimi yemek diğer insanlardan daha uzun sürer.						
27	Lokantada yemek yemeyi severim.						
28	Müşhil kullanırım,						
29	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33	Yiyecek 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 kusma gelir.						

### Ek 3.

Kod: .....

### AYDA ÇOCUK FORMU

#### Sorular

#### Cevaplar

Lütfen aşağıdaki bütün soruları ve kendi anladığımız biçimde yanıtlayınız. Her bir ifadenin sizin gerçeğinizi yansıtır derecesini, sağ taraftaki aynı numaralı ve on bölümlü çizgiler üzerindeki en uygun aralığı işaretleyerek belirtiniz.

1. Ailemizde her türlü konu ve fikir açıkça konuşulur.
2. Evimizde birisi bir şey söylediği zaman diğerleri aynı şeyi anlarlar.
3. Bizim evde olaylar karşısındaki düşünce ve duygular konuşmaktan çok davranışlarla ifade edilir.
4. Bizim evde sözlerle söylenenler, davranışlarla anlatılanları tutmaz.
5. Evdekilerle çatışmaktansa susmayı veya başkalarıyla konuşmayı yeğlerim.
6. Bizim evde kesinlikle konuşulmayacak konular bence çok fazladır.
7. Beni korkutan, başaramayacağımı sandığım ve üzüldüğüm şeyleri anne ve babama rahatlıkla söylerim.
8. Beni sevindiren ve aklımdan geçen komik şeyleri anne ve babama rahatlıkla söylerim.
9. Aile üyeleri arasındaki iletişimi son derece doyurucu bulurum.
10. Birimizin işte, okulda veya arkadaşından öğrendiği bir şey, bizim evde genellikle ilgi görür, tartışılır ve beğenilirse uygulanır.
11. Ailem başkalarından gelen eleştiri ya da önerilere tamamen kapalıdır.
12. Evimizde TV, radyo, gazete, dergi, kitap, konferans, sinema, tiyatro gibi yollarla yeni şeyler öğrenmeye ve dünyada olup bitenlere çok ilgi duyulur.
13. Bizim evde iş, okul ve ev işleri dışında da birçok uğraş (hobiler, özel ilgiler, spor faaliyetleri, v.b.) vardır.
14. Doğrusu ailemde daha çok bağı olduğum bir insan (arkadaş, sevgili, öğretmen, terapist, kendi ailem, akraba, v.b.) var.
15. Ailem benim pek çok arkadaşımınla tanışır.
16. Ailemizdeki dayanışma ve birlik duygusu çok güçlüdür.
17. Annem ve babam evde kendi başıma geçirmek istediğim zamana (çalışırken, oyun oynarken, TV seyredirken, v.b.) karşı çok anlayışlıdır; beni rahat bırakırlar.
18. Birbirimizle çok iyi geçiniriz.

Bizimkiyle  
tamamen  
aynı

Bizimkinin  
tam  
tersi

1.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
2.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
3.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
4.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
5.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
6.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
7.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
8.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
9.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
10.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
11.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
12.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
13.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
14.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
15.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
16.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
17.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
18.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!

### Ek 3.

Kod: .....

s. 2

19. Bizim aileyi ilgilendiren kararlarda evdeki herkesin fikri alınır veya çıkarı gözetilir.
20. Bizde aileyle ilgili sorumlulukların dağılımı hakça olur.
21. Bizim evde birisi diğerlerinden daha önemlidir, yani daha çok sevilir, kayırılır veya dediğini yaptırır.
22. Ailemizde iş bölümü, herkese düşen görevler ve diğer kurallar açık seçik belirgindir.
23. Bizim evde karşılaşılan aksamlar ve çıkan çatışmalar mutlaka çözümlenir.
24. Bizim aileyi ilgilendiren kararlarda, ev içinden söz sahibi olanlar, dışarıdan karışanlardan her zaman çoktur.
25. Evimizde görevini aksatan veya kurallara uymayan(lar) şiddetle kınanır.
26. Evde yapmam gereken şeyler için her zaman yeterli zamanım olur.
27. Genel olarak bizim sağlıklı, huzurlu ve iyi bir aile olduğumuzu düşünürüm.
28. Ailem büyük bir sağlık veya para sorunu dışında bir problemle karşılaştığında bunu kendi başına halledebilir.
29. Ailem geçmişte karşılaştığı zor durumların üstesinden geldi.
30. Gerekğinde ailem çevresinden yeterince destek alabilir.
31. Ailemden son derece gurur ve haz duyuyorum.
32. Bizim ailede herkesin birbirini değiştirmeye çalıştığı çok belirgindir.
33. Bizim evde kimsenin eleştiriye tahammülü yoktur.
34. Bizim ailede her çeşit duygunun (üzüntü, mutluluk, coşku, kırgınlık, korku, v.b.) hissettiğimiz gibi yaşanması olağandır.
35. Bence ailemizde değişmesi mümkün olmayacak tavırlar çoktur.
36. Birbirimize yeterince sevgi ve şefkat gösteririz.

Bizimkiyle  
tamamen  
aynı

Bizimkinin  
tam  
tersi

19.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
20.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
21.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
22.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
23.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
24.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
25.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
26.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
27.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
28.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
29.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
30.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
31.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
32.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
33.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
34.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
35.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
36.	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!