

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

**YEME BOZUKLUĞU SEMPTOMOLOJİSİNİ YORDAMADA BAŞETME
STRATEJİLERİNİN VE OLUMSUZ TEMEL İNANÇLARIN ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİN KARAKÖSE

101106101

Danışman Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Mithat Durak

İstanbul, Ekim 2012

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

**YEME BOZUKLUĞU SEMPTOMOLOJİSİNİ YORDAMADA BAŞETME
STRATEJİLERİNİN VE OLUMSUZ TEMEL İNANÇLARIN ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİN KARAKÖSE

101106101

Danışman Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Mithat Durak

İstanbul, Ekim 2012

TEZ ONAY SAYFASI

TARİH: 18/10/2012

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü' ne

Selin KARAKÖSE' ye ait “ Yeme Bozukluğu Semptomolojisini Yordamada Başetme

Stratejilerinin ve Olumsuz Temel İnançların Rolü ”

adlı çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji

Anabilim Dalı' nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Nermin ÇELEN



Üye: Doç. Dr. Mithat DURAK

(Danışman)

Üye: Yard. Doç. Kuntay ARCAN

ÖZET

Yeme bozukluğu özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde görülen, güncel literatürde sıklıkla araştırılan bir psikopatoloji türüdür. Araştırmanın amacı; başetme stratejilerinin ve olumsuz temel inançların sosyodemografik ve vücut kitle indeksinin ötesinde yeme bozukluğu semptomatolojisini yordayıp yordamadığını araştırmaktır. Araştırmaya 92 katılımcı (60kadın, 30erkek) katılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Yeme Tutum İnanç ölçeği, Başetme Stratejileri ölçeği ve v Yeme Tutum Testi (YTT – 40) verilmiştir. Sonuçlara göre; “kaçınmacı” başetme stratejisi, “kendini kabul” ve “ yeme üzerindeki kontrol” temel inançları yeme bozukluğu semptomatolojisini yordamıştır. Elde edilen bulgular ilgili literatür kapsamında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler : yeme bozukluğu, başetme stratejileri, olumsuz temel inanç

ABSTRACT

Eating disorder , a kind of psychopathology that frequently investigates in current literature, occurs especially in teenagers and early adulthood. The aim of the study; beyond the sociodemographic variables and body mass index, coping strategies and negative core beliefs predict eating disorder or not. The study consisted of 92 participants (60women, 32men). have different job education and income level. Socio-demographic and clinical forms, EDBQ, WCQ, EAT-40 were used as an instruments. According to the results, “avoidant” coping strategies and core beliefs about “self acceptance” and “control over eating” predict eating disorder symptomatology. The findings discussed in literature extent.

Key Terms : eating disorder, coping strategies, negative core beliefs

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| TEZ ONAY SAYFASI | ii |
| ÖZET | iii |
| ABSTRACT | iv |
| | |
| 1. BÖLÜM: GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Yeme Bozukluğu Nedir?..... | 2 |
| 1.1.1. Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri | 5 |
| 1.1.1.1. Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri | 5 |
| 1.1.1.2. Bulimia Nervosa Tanı Ölçütleri | 5 |
| 1.1.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri | 6 |
| 1.1.2. Yeme Bozukluklarında Prognoz | 7 |
| 1.1.3. Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı | 11 |
| 1.1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemolojisi | 14 |
| 1.1.4.1. Kültür ve Yeme Bozukluğu | 14 |
| 1.1.4.2. Meslek Grupları ve Yeme Bozuklukları..... | 16 |
| 1.1.5. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi..... | 20 |
| 1.2. Başetme Stratejileri ve Yeme Bozukluğu | 29 |
| 1.3. Temel İnançlar ve Yeme Bozukluğu..... | 32 |
| | |
| 2. BÖLÜM: YÖNTEM | 40 |
| 2.1. Örneklem..... | 40 |
| 2.2. Veri Toplama Araçları | 43 |
| 2.2.1. Sosyodemografik Anket Formu | 43 |
| 2.2.2. Yeme Tutum İnanç Ölçeği..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.3. Baş Etme Yolları Ölçeği | 46 |
| 2.2.4. Yeme Tutum Testi (YTT-40)..... | 47 |
| 2.3. İşlem..... | 49 |
| 3. BÖLÜM: BULGULAR | 50 |
| 3.1. Değişkenler Arası İlişkiler | 50 |
| 3.2. Bağımsız Gruplar t-testi ile Test Edilen Grup Farklarına İlişkin Bulgular | 51 |
| 3.3. Hiyerarşik Regresyon Sonuçlarına İlişkin Bulgular | 52 |
| 4. BÖLÜM: TARTIŞMA..... | 56 |
| SONUÇ..... | 64 |
| KAYNAKÇA..... | 67 |
| EKLER..... | 81 |
| EK 1 : Bilgilendirilmiş Onam Formu | 81 |
| EK 2 : Sosyodemografik Bilgi Formu | 82 |
| Ek 3: Yeme Tutum İnanç Ölçeği | 83 |
| Ek 4: Başetme Stratejileri Ölçeği..... | 88 |
| Ek 5: Yeme Tutum Ölçeği | 91 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 95 |

TABLO LİSTESİ

| | | |
|----------|--|----|
| Tablo 1. | Demografik Değişkenlerin Ortalama, Standard Sapma, Minimum ve Maximim Değerleri..... | 41 |
| Tablo 2. | Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzdesi | 41 |
| Tablo 3. | Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu | 55 |
| Tablo 4. | Cinsiyete göre yeme tutum testi puan bilgileri | 51 |
| Tablo 5. | Yaş grubuna göre YTT puan bilgileri | 51 |
| Tablo 6. | Geçmiş psikolojik sorun ile yeme tutumu arasında ilişki | 52 |
| Tablo 7. | Hiyerarşik Çoklu Regresyon Tablosu..... | 54 |

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, insanlık tarihi kadar eski bir psikolojik rahatsızlıktır. Yeme bozukluğu türlerinden biri olan anoreksiya nervozanın ilk defa Helenler döneminde görüldüğü rapor edilmektedir. Yeme bozuklukları semptomları arasında yer alan “aşırı yeme”, “oburluk” ve “kusma” epizodları ilk defa Antik Yunan döneminde görülmüştür(Ertaş, 2006). Hatta, yeme bozukluğu sonucu tarihte bilinen ilk ölüm vakasının M.S 383’de görüldüğü rapor edilmektedir (Ertaş, 2006). Sanayi devrimi ve dünya savaşları yeme bozukluklarının toplumda daha belirgin şekilde görülmesine neden olmuştur(Ertaş, 2006).

Yeme bozukluklarının tarihte yer alan bu uzun süreli yolculuğunun aksine, psikolojik etkenlere yönelik yeme bozukluğu araştırmaları son yıllarda artış göstermiştir. Örneğin son 30 yılda yeme bozukluğu ile ilgili en önemli etkenlerden biri olan “vücut imajı” psikologların ilgisini çekmiştir(Grogan, 2008). Yeme Bozuklukları içinde yer alan Anoreksiya Nervozanın literatüre girişi 1970’li yıllarda Brunch (1973) tarafından yayınlanan “Eating Disorders – Obesity, Anorexia Nervosa and the person within” eseri ile gerçekleşmiştir(akt; Ertaş, 2006).

Benzer şekilde, yeme bozuklukları adında bir kategoriye ilk kez 1980 yılında DSM 3 ile yer verilirken 1987 yılında DSM 3'ün revize edilmiş versiyonu ile de ilk kez bulimiya nervoza, anoreksiya nervozadan ayrı bir kategori olarak tanımlandığı bilinmektedir(akt; Ertaş, 2006).

Yeme bozukluğu; oluşumunda genetik, yapısal, ailevi, psikolojik ve sosyo - kültürel faktörlerin rol aldığı bir bozukluktur (Maner ve Aydın, 2007). Son yirmi yıl içinde yeme bozukluğu görülme oranında ciddi bir artış olması(Baş, Aşçı, Karabudak ve Kızıltan, 2004) bu alanda yapılan araştırma sayısının da gün geçtikçe artmasına neden olmuştur(Grogan, 2008).

1.1. Yeme Bozukluğu Nedir?

Yeme bozuklukları literatürde; yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir başlık altında toplamakta kullanılan bir tanımdır(Toker ve Hocaoğlu, 2009). Daha detaylı olarak bakıldığında; bireyin görünümü ile ağırlığına aşırı ilgi gösterdiği ve bu ilginin daha ince olma isteğine yönelik davranışlar eşliğinde, genel sağlık durumunu tehdit edecek boyutta olması yeme bozukluğu olarak adlandırılmaktadır(Troisi, Massoroni ve Cuzzolaro, 2005).

Diğer bir tanıma göre yeme bozukluğu; özellikle çeşitli fiziksel semptomların eşliğinde görülen, iyileşme oranının düşük, tekrarlama riskinin yüksek olduğu bir hastalık grubu olarak bilinmektedir(Lindberg ve Hjern, 2003).

En genel ifade ile yeme bozukluğu; oluşumunda çeşitli faktörlerin etkin bir şekilde rol oynadığı(Maner ve Aydın, 2009), bireyin özellikle ergenlik döneminde başlayarak çeşitli sorunlara yol açan bir hastalık çeşidi olarak tanımlanabilmektedir(Aksoy, Aksoy ve Maner, 2008).

Yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olmak üzere üç temel kategoriden oluşmaktadır(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Bununla birlikte, yeme bozukluğu denildiğinde ilk iki kategori akla gelmektedir(Toker ve Hocaoğlu, 2009).

Anoreksiya nervoza; bireyin normal ölçülerdeki vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesi, kilo alma konusunda aşırı korku yaşaması buna ek olarak vücut biçimi ve ya boyutunu algılamada belirgin bir bozukluk göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Anoreksiya nervozanın “kısıtlı tip” ve “tıkınırcasına yeme” olmak üzere iki alt tipi bulunmaktadır. İlkinin en önemli özelliği bireyin o sıradaki epizodunda düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermemesidir. İkincisinde ise; bireyin o sıradaki epizodunda düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermesidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Bulimia Nervosa; tıknırcasına yeme ve kilo almaktan sakınmak için uygunsuz dengeleyici yöntemlerin kullanılması şeklinde tanımlanan yeme bozukluğudur. Birey, belirli bir zaman diliminde benzer koşullarda kişilerin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyecek miktarını yemektedir. Tanının konması için ortalama en az haftada iki kere tıknırcası yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışın 3 ay süreyle görülmesi gerekmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Anoreksiya nervozaya benzer şekilde Bulimia Nervozanın da “çıkartma olan tip” ve “çıkartma olmayan tip” olmak üzere iki alt türü bulunmaktadır. Çıkartma olan tip olan ilkinde; kişi o sıradaki epizodunda düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatif diüretikleri ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır. Çıkartma olmayan tipte ise; kişinin epizod sırasında yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlar da bulunması gereklidir. Bireyin bu sırada çıkartma olan tip de olduğu gibi laksatif, diüretik ya da lavmanları yanlış yere kullanımı görülmez (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

“Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu”, tanı gruplarında verilen özgül tanımlar için gereken ölçütlerin tam olarak karşılanmadığı durumlardaki yeme bozukluğu için tanımlanan tanı kategorisidir. Bu kategorinin altında tıknırcasına yeme bozukluğu adını taşıyan ek bir tanı da bulunmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

1.1.1. Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

1.1.1.1. Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri

- A. “Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme
- B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşı kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma
- C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması , kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme
- D. Bayanlarda menarş sonrası amenore yani en az üç ardaşık menstruel siklusun olmaması” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, s. 852)

1.1.1.2. Bulimia Nervosa Tanı Ölçütleri

- A. “Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşığıdakilerden her ikisi ile belirlidir
 - 1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde yeme

2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması
- B. Kilo almaktan sakınmak için kendisinin yol açtığı kusma laksatiflerin diüretiklerin lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma
- C. Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.
- D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

Bu bozukluk sadece Aneroksiya Nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır”
(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, s.859)

1.1.1.3. Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- A. “Bayanlarda bir bireyin düzenli menstruasyonlarının olması dışında Aneroksiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- B. Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın bireyin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Aneroksiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

- C. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici mekanizmaların haftada iki kezden daha az bir sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli olara ortaya çıkması dışında Bulimia Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- D. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir bireyin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması
- E. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme ancak yutmama
- F. “*Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu*”, düzenli olarak bulimia nervozaya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması.”(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, s. 860)

1.1.2. Yeme Bozukluklarında Prognoz

DSM IV TR’ye göre Anoreksiya Nervozaya tipik olarak orta – geç adolesan dönemi olarak adlandırılan 14–18 yaş arasında başlamaktadır ve ilk adetten önce görülmesi nadirdir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Benzer şekilde Werne ve Yalom (1996) da, anoreksiya nervozanın farklı yaşlarda ortaya çıkmakla beraber 15-20 yaş arasının kritik dönemler olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, ilk adetten önce görülmesinin çok ender olduğunu altını çizmektedirler.

Bulimia Nervozanın ise çoğu kez geç ergenlik ya da erişkin yaşamda başladığı belirtilmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği,2001).

Diğer bir deyişle; Blumia Nervozanın başlangıç yaşının Anoreksiya Nervozaya göre daha geç olduğu bilinmektedir(Kocabaşoğlu, 2001). Yeme bozukluğunun genellikle ergen ya da genç yetişkinlik döneminde görüldüğü bilgisinin yanı sıra, hastalığın başlangıcının çoğunlukla stres verici bir yaşam olayı ile ilişkilendirildiği bilinmektedir(O'Dea, 2002).

Sıklıkla bir diyet epizodu ile ortaya çıktığı bilinen (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001) yeme bozukluklarında, zihinin yemekle ilgili düşüncelerle açıkça bir meşguliyeti olduğu görülmektedir(Werne ve Yalom, 1996). Bir başka deyişle; kişide diyet ve yemeye dair meşguliyetin artması hastalığın seyrinde hakim olan bir süreçtir(Hausenblas ve Mack, 1999).

Her iki bozukluk için de öğün atlama, yenen yemek çeşidindeki farklılaşma ile birlikte yeme davranışına yönelik değişiklerin varlığının hastalığın ilk sinyallerini oluşturduğu bilinmektedir. Dış görünüme yönelik takıntıların artmasına eşlik eden fiziksel aktivite konusunda gösterilen çaba ise bunlara ek olarak görülebilen sinyallerdendir(Ertaş, 2006).

Bunların ötesinde, hastalığın seyrinde bulimik belirtiler sergileyen kişilerde haftada en az bir defa kusma ya da laksatif kullanımının görüldüğü, ayrıca haftada en az bir defa da tıkmırcasına yeme epizodu yaşandığı bilinmektedir (Pyle ve ark., 1983).

Yeme bozukluklarının gidiş ve sonucunun çok değişkenlik gösterdiği bilinse de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001), hastalığın ortalama 18 ay kadar sürdüğü belirtilmektedir(“Eating Disorders in adult women”, 2012).

Kocabaşoğlu(2001), hastalıkta ölüm oranının %0 ile %22 arasında değiştiiğini belirtse de, Anoreksiya Nervozanın psikiyatrik rahatsızlıkların arasında %5.6 gibi bir oranla en çok ölüm vakasının görüldüğü tanı olarak adlandırıldığı bilinmektedir. Ancak şüphesiz ki bunda hastalığın tedavi edilebilirliğine rağmen, diğer organlarda görülen ciddi hasarın payı vardır (“Eating Disorders in adult women”, 2012).

Yeme Bozukluğu prognozunda komorbid için literatür incelendiğinde pek çok araştırmanın yeme bozukluğu ile kişilik bozukluklarının eş güdümlülüğünü vurguladığı görülmektedir(Ro, Martinsen, Hoffart ve Rosenvinge, 2005). Kişilik bozuklukları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki ile ilgili araştırma sayısının son 20 yılda bir hayli artış gösterdiği bilinmektedir(Godt, 2002).

Anoreksiya Nervoz ve Bulimia Nervozaya tanılı kişilerin %51 gibi bir oranında kişilik bozukluklarının en az birinin görüldüğü bilinmekle birlikte, Maranon ve ark., (2004) yeme bozukluğu semptomolojisi görülen bireylerdeki kişilik bozukluğu komorbiditesindeki yaygınlığın en çok C kümesinde görülürken, en az yaygınlığın A kümesinde olduğunun altı çizilmektedir(Godt, 2002).

Bulimik kişilerde kişilik bozukluğu tanısı alma oranının 0% ile %84.5 arasında değişirken, Aneroksiya Nervoza'nın kısıtlayıcı tipinde bu oranın % 31 ile % 86 arasında olduğu belirtilmektedir(Sansone ve ark, 2005).

Tıkınırcasına yeme çıkartma alt tipine sahip aneroksiya nervoza tanılı kişilerde ise kişilik bozukluğu yaygınlığının ise % 70 ile % 97.4 arasında olarak eşgüdümlülükte en yüksek grup olarak adlandırıldığı bilinmektedir(Sansone ve ark., 2005).

Kişilik bozuklukları dışında yeme bozuklukları ile eşgüdümlülüğü görülen bir diğer bozukluk ise depresyondur. Aneroksiya Nervoza hastalarında major depresyonun %68, blumia nervoza hastalarında ise %36 ile %70 oranında major depresif bozukluğun eşgüdümlü olarak görüldüğü bilinmektedir(Maner, 2001).

Buna ek olarak Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı kişilerde Aneroksiya Nervoza öyküsü görülme oranının %11 lere kadar ulaştığının bilinmesi (Fahy ve ark., 1993) yeme bozukluklarında bu tanının eşgüdümlülüğü olduğunu da vurgulamaktadır. Bu nedenle yapılan pek çok araştırma, yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluğun ilişkisi üzerine kurulurken, eşgüdümlü olduğu sonucunu doğrulamaktadır(Ro ve ark., 2005).

1.1.3. Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı

Aneroksiya Nervozaya bakıldığında, yaşam boyu prevalansının % 0.5 olarak belirlendiği görülmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Hoek ve Hoeken (2003), özellikle genç kadınlarda Aneroksiya Nervozaya görülme oranının %0.3 civarında olduğunu belirtmektedir. Bu noktadan hareketle Aneroksiya Nervozaya yönelik tutum ve davranış gösterenlerin cinsiyet değişkenleri incelendiğinde, hastalığın görülme sıklığında %20 gibi bir oranın kadınlardan, % 10 gibi bir oranın ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir(Nelson, Hughes, Katz ve Searigh, 1999). Bir başka ifadeyle kadınlarda AN görülme oranı erkeklerinkinin iki katıdır.

Bazı kaynaklar aneroksik vakaların %5-10 arasındaki bir oranının erkeklerden oluştuğunu söylese de, Yalom bu oranın %2 gibi bir orandan yukarı olmadığını ileri sürmektedir(Werne ve Yalom, 1996).

Türkiye’ de aneroksiya nervozaya görülme oranının cinsiyet bağlamında bakıldığında ise; Kuğu ve ark.(2006) yaptıkları araştırmada hem kadın hem de erkekler arasında Aneroksiya Nervozaya tanısına rastlanmadığı bilinmektedir.

Kocabaşoğlu (2001) ’ na göre bütün toplumlarda Bulimia Nervozaya görülme oranı %1 gibi bir oranken, DSM IV TR ’ye göre kadınlarda bulimia nervozanın yaygınlığı yaklaşık olarak %1- 3 arasında yer almaktadır. Erkeklerde ise bulimia nervozanın ortaya çıkma oranının, kadınlarinkinin yaklaşık onda biri kadar olduğu bilinmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Garfinkel ve ark. (1995) bulimia nervozanın yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %1.1, erkeklerde ise %0.1 olduğu belirterek bu görüşü desteklese de, Pyle ve ark. (1983) bulimianın görülme oranının kadınlarda %4.5 ve erkeklerde % 0.4 ile çok daha yüksek bir oranda olduğunu ileri sürmektedir.

Klinik ve toplum örneklemi de Bulimia Nervozaya tanısına sahip bireylerin %90 gibi büyük bir oranının kadınlardan oluştuğunu belirterek, Amerikan Psikiyatri Birliği, (2001) bulimia nervozanın daha çok kadınlarda görülen bir bozukluk olduğunu vurgulamaktadır.

Türkiye’ de yapılan çalışma sonuçları da bu bilgileri destekler niteliktedir. Türkiye’de yeme bozukluğu çeşitlerinin görülme oranına bakıldığında, yapılan bir araştırmada Bulimia Nervozaya oranı %1.57 olarak tespit edilmişken, bu oranın tamamını kadınların oluşturduğu görülmektedir (Kugu, Akyüz, Doğan, Ersan ve İzge, 2006).

Sonuç olarak genel yaygınlığa bakıldığında Türkiye’de pek çok farklı ülkede yeme bozukluklarının erkeklere oranla kadınlarda çok daha yaygın olarak görüldüğü bilgisine ulaşılmaktadır(Garfinkel ve ark.,1995, Kavas,2007, Baş ve ark. ,2004, Ortaçgil, 2009).

Literatüre bakıldığında genelde yeme bozukluğuna dair araştırmaların katılımcılarının ergenlere ve üniversite öğrencilerine dayandığı görülmektedir(Baş ve ark., 2004; Edman ve Yates, 2004; Kirk, Sing ve Getz, 2001; Nelson ve ark., 1999).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’ de de benzer şekilde pek çok araştırma ergenlerde ve üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunu araştırmaktadır (Altuğ, Elal, Slade ve Tekcan, 2000; Canpolat, Örsel, Akdemir, & Özhay, 2005; Erol, Toprak, & Yazıcı, 2006; Kuğu et al., 2006) .

Bu popülasyon grubunun seçilmesinde, kolay ulaşılabilir olmasındaki rahatlığın dışında, yeme bozukluğu görülme yaygınlığının genel olarak bu yaş dönemini kapsamı faktörü yer almaktadır(O'Dea, 2002).

Aneroksiya Nervoza’nın en yaygın 15 – 19 yaş arası, Bulimia Nervoza’nın ise en yaygın 14 – 20 yaş arası görüldüğü bilinmektedir (Hoek ve Hoeken, 2003). Hastalığın bu yaş döneminde görülen yaygınlığı; ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde sosyal çevreye kendini kanıtlama savaşının dış görünümü ile gerçekleştirilmeye çalışılmasına (Ertas, 2006) paralel olarak, bu dönemde diyetle ilgili meşguliyetin artmasının sonucu ile açıklanmaktadır (Hausenblas ve Mack, 1999).

Bunlara ek olarak yeme bozukluğunun sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde yaygın olduğu ileri sürülmektedir(Lindberg ve Hjen, 2003). Buna paralel şekilde Kocabaşoğlu (2001) ve Ortaçgil (2009) hastalığın Türkiye’ de de orta ve yüksek gelir gruplarında daha sık görüldüğünü belirtmektedir.

1.1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemolojisi

1.1.4.1. Kültür ve Yeme Bozukluğu

Kültürel ve kültürler arası araştırmaların sonuçları; farklı popülasyonlar arasında yeme bozukluğu grlme oranında genel bir artış olduğunu gösterse de (Kavas, 2007), yeme bozukluklarının grlme oranlarına detaylıca bakıldığında, Batılı toplumlarda diğer toplumlara kıyasla yeme bozukluklarının daha yaygın olduğu sonucuna varılmaktadır(Kızıltan ve Karabudak, 2008).

DSM IV-TR verilerine göre, Anoreksiya Nervozanın ABD, Kanada, Avrupa, Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika’ da yaygın biçimde görüldüğü bilgisi de bunu destekler niteliktedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Benzer Şekilde Bulimia Nervozanın da en çok ABD, Kanada, Avrupa, Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika gibi kalkınmış ülkelerde ortaya çıktığı vurgulanmaktadır(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Batılı toplumlarda yeme bozukluklarının daha yaygın görülmesinin yanı sıra, Bulimia Nervozaya ile ilgili klinik çalışmalar özellikle beyazların bu bozukluğun grlşnde ilk sırayı oluşturduklarını belirtmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Diğer kùltùrlere kıyasla özellikle Batı kùltüründeki kadınların, bu kùltürdeki erkeklere oranla yeme bozukluğu geliştirme riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir(Odea, 2002). Bir başka ifadeyle, Batı kùltüründeki kadınlarda genel yeme tutum ve davranış bozukluklarının aynı kùltürdeki erkeklere oranla daha yaygın olduğu bilinmektedir(Aallison ve Park, 2004). Batılı kadınların, erkeklere oranla yeme bozukluğu geliştirme riskinin fazla oluşu ise, bu toplumlarda kadına yönelik olan feminen güzelliğe yönelik sosyal baskı ile ilişkilendirilmektedir(O'dea, 2000).

Kùltürün yeme bozukluğunun epidemolojisi üzerinde etkisi olduğu bilgisinin yanı sıra, özellikle ekonomik olarak gelişmiş Batı ùlkelerinde görùlmesinde yaygınlık olduğunu vurgulansa da, etnik kökeni ne olursa olsun, Batı kùltürü etkisinde yaşayan her ùlkenin bu tanı grubu için risk grubu oldukları düşün÷lmektedir(Schumaker ve Ward, baskıda). Bu düşünçenin temelinde yeme bozukluklarının özellikle bir geçiş toplumu bozukluğu olarak adlandırılması ve hakim olan kùltürel değişimin, bu toplumlarda yer alan bireylerin bedenine olan bir yansıması olduğu görüşü yatmaktadır(Kaya, Yiğittürk ve Yalvaç, 2003).

1.1.4.2. Meslek Grupları ve Yeme Bozuklukları

Pek çok araştırma(Garner ve Garfinkel, 1980; Hamilton, Brooks-Gunn ve Warren,1985) yeme bozukluğunun kadın dansçı, balerin ve atletlerde genel popülasyona göre daha fazla görüldüğü bilgisini ortaya koymaktadır.

Yeme bozukluğuna dair yapılan pek çok araştırma kadın balerinlerin normal popülasyondaki kadın grubuna göre yeme bozukluğu geliştirmeye çok daha yatkın olduklarının altını çizmektedir(Anshel, 2004; Ringham ve ark., 2005).

Bale öğrencileri ve normal öğrenci popülasyonu ile yapılan araştırmalar sonucu; bale öğrencilerinde çok daha fazla kilo-yeme alışkanlıkları ve vücut imajı konusunda meşguliyet yaşandığının ortaya konması bu konuda neden risk grubu olduklarını açıklar niteliktedir(Anshel, 2004).

Balerinlerde görülen yeme davranışındaki bozukluğun stress faktörüyle ilişkili olabileceği üzerinde durulsa da (Kaufman ve ark., 2002) semptomolojinin esas olarak beden memnuniyetsizliği ve yiyecek–kilo ile ilgili fazlaca meşguliyetin getiri olabileceği pek çok araştırma tarafından desteklenmektedir(Montanari ve Zietkiewicz, 2000; Ringham ve ark., 2006).

Balerinlerin ideal vücut ağırlığının genel olarak %10– 12 kadar altında oldukları ve varolan bu kilolarını korumaları için diyet yaptıklarının bilinmekte (Kaufman ve ark., 2002) buna paralel olarak beden memnuniyetsizliği ile meşguliyetine bağlı kronik diyet davranışının sıkça görüldüğü belirtilmektedir(Garner ve Garfinkel, 1980).

Yapılan araştırmalar balerin ve baletlerde Aneroksiya Nervoza görülmesi durumunun genel populas-yona göre 3-6 kere daha fazla olduğunu belirtmesinin yanı sıra, son yıllarda yeme bozukluğu tanısı yaygınlığındaki artışın ötesinde bu tanının balerin ve baletler arasında grlme oranında da bir artış olduğu göstermektedir(Garner ve Garfinken, 1980).

Tıpkı balerinler gibi danscıların da normal popülasyona kıyasla yeme bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olduklarının altı çizilmektedir(Anshel, 2004; Ringham ve ark., 2006). Danscılarda kareograf ve performansa yönelik talepten çok bireyin fiziksel olarak formda kalma faktörünün önem taşıdığı bilinmektedir. Buna paralel bir şekilde; vücut ağırlığı normal olan profesyonel danscı kadınların günlük almaları gereken enerji miktarından % 70–80 arası daha az aldıkları grlmektedir(Koutedakis ve Jamurtas, 2004).

Danscılarda Aneroksiya Nervoza görülmesi % 6.9 , başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu oranı %55 iken blumia nervoza grlme sıklığı yaşam boyunca yaygınlığının %65.5 ile bulimic davranış geçmişinin %41.4 gibi oranlarla yksekk olduğu bilinmektedir(Ringham ve ark., 2006).

Dans ğrencilerinin normal ğrenci popülasyonu ile yapılan araştırmalar sonucu bu öğrencilerin çok daha fazla kilo-yeme alışkanlıkları ve vücut imajı konusunda meşguliyet yaşadıklarının ortaya konması tıpkı balerinler gibi bu konuda neden risk grubu olduklarını açıklar niteliktedir(Anshel, 2004).

Ringham ve arkadaşları(2006) dansçı ve balerinlerde ortak olarak yeme bozukluğu patolojisine ilişkin durum yaklaşık olarak % 83 ünde görüldüğünü ileri sürse de, dansçıların balerinelere kıyasla dış görünüşe yönelik kısıtlamalar ve formaliteler konusunda daha özgür oldukları bilinmektedir(Clabaugh ve Morling, 2004). Bu nedenden ötürü balerinler ile dansçıların kıyaslanmasında yeme bozukluğu öğelerinin balerinlerde dansçılara göre daha çok görüldüğü bilinmektedir(Anshel, 2004; Montanari ve Zietkeiwicz, 2000; Ringham ve ark., 2006; Thomas ve ark.,2005).

Tıpkı bale ve dans ile uğraşmanın yeme bozukluğu üzerinde etkisi olduğu gibi (Clabaugh ve Morling, 2004) yapılan sporun da yeme bozukluğu patolojisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir(Schwarz , Gairrett, Aruguete, Gold, ve ark., 2005).

Sporcuların yeme bozukluğu için risk altında olmaları koçların baskıları ve takım arkadaşları ile kendini mukayese gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirilmektedir(Berry ve Howe, 2000). Bir başka deyişe koçların ve takım arkadaşların sporcuların yüksek risk grubunda yer almalarında payların olduğu düşünülmektedir. Özellikle yarış kaygısı, sosyal baskı ve vücut imajına yönelik baskılara maruz kalan sporcuların yeme bozukluğu geliştirme riskine sahip olabilecekleri düşünülmektedir(Berry ve Howe, 2000).

Basketbol ve yüzme gibi spor dallarının daha çok eğitim ve iyi bir fiziksel kondisyona vurgu yapılırken(Schwarz ve ark., 2005) atletizmde ise atletik performans yerine bu vurgunun fiziksel öğeler üzerinde olduğu bilinmektedir(Thompson ve Sherman, 1999).

Bu görüşe paralel olarak bazı spor dallarındaki baskı ve beklentinin beden memnuniyetsizliği doğurarak yeme bozukluğu ile bir ilişki yaratabileceği görüşünden yola çıkarak, literatürde özellikle atletlerle ilgili yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır (Berry ve Howe, 2000; Schwarz ve ark., 2005; Thompson ve Sherman, 1999). Yapılan bu araştırmalar da atletlerin atlet olmayanlara göre yeme bozukluğu için daha risk grubunda olduklarını göstermektedir(Schwarz ve ark., 2005).

Türkiye’ de kadın atletle yapılan bir çalışmada literatürü destekler niteliktedir. Katılımcıların %16.8 lik bir oranında normal dışı yeme davranışı görüldüğü bilinmektedir (Vardar, Vardar, Altun, Kurt ve Öztürk, 2005).

Bu bilgilerden hareketle düzenli spor yapmanın yeme bozukluğu geliştirmede etkisi olabileceği ihtimali üzerinde durulsa da (Siyez ve Baş, 1996), Vardar, Vardar, Toksor ve Sut (2012) egzersiz bağımlılarının yeme bozukluğu göstermediklerini bildirerek bunun önüne geçmektedir.

1.1.5. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Maner ve Aydın (2007) yeme bozukluğunu oluşumunda genetik, yapısal, ailevi, psikolojik ve sosyokültürel etmenlerin oluşumunda rol aldığı bir bozukluk grubu olarak tanımlamaktadır.

Tanınım etiyojisi net bir şekilde ortaya konamasa da, (Kuruoğlu ve Arıkan, 2000) yapılan araştırmalar bu tanıma paralel bir şekilde genel olarak genetik, sosyo-kültürel, psikolojik ve ailesel etmenlerin rolü üzerinde durmaktadır.

Özellikle son yıllarda yeme bozukluğunun etiyojisine dair pek çok araştırma ailesel faktörler ile genetik faktörlerin önemini ortaya koymaktadır(Ertas, 2006). Yapılan araştırmaların sonuçlarına dair rakamlar değişkenlik gösterse de, hepsi ailesel ve genetik faktörlerin önemine işaret etmektedir(Kuruoğlu ve Arıkan, 2000).

Genetik etmenlerin varlığının önemi; aşırı yeme ve çıkarma davranışını belirleyen genlerin ortak olduğunun belirtilmesi ile vurgulanmaktadır(Ertas, 2006). Aneroksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza tanısı alan kişilerin ailerinde de benzer yeme davranış örüntülerine rastlandığının bilinmesi (Ertas, 2006) yeme bozukluğunda genetik etmenlerin önemini açıklar niteliktedir.

Sosyokültürel açıdan bakıldığında toplumlarda zayıflık, görüntü ifadesi olmanın dışında kadının kendine güven, başarı ve özdenetim gücüyle de ilişkili bir terim olarak anılmaya başlanmasında şüphesiz ki medyanın rolü çok büyüktür(Ertaş, 2006). Bu nedenle tanının etiyojisini anlamak için incelenen sosyokültürel etmenlerin başında çoğunlukla medya gelmektedir.

Medyada mutlu, başarılı kişiler genelde genç ve güzel olarak yansıtılmaktadır. Kadınlarda genellikle genç ve zayıf olmak vurgulanırken, erkeklerde bu vurgunun daha çok güç üzerinde olduğu görülür(Ertaş, 2006).

Medyadaki cinsiyet farkına ilişkin bu bakış, bireyin kendine bakışını da etkilemesi tartışılmaz. Yapılan bir araştırma ile düzenli olarak haftada olarak 3-4 akşam TV seyreden kadınların, seyretmeyen kadınlara oranla kendilerini % 50 daha fazla kilolu algıladıkları ortaya çıkarmıştır(Ertaş, 2006).

TV karakterlerinin %32 sinin normal kilonun altında kiloya sahip oluşu ile sadece %3 lük bir oranının obez olması (Ertaş, 2006) bu kadınların kendilerini neden daha fazla kilolu algıladıklarını açıklar niteliktedir.

Medya aracılığı ile, kadınların kendi vücutlarını medya aracılığı ile model ve ya bir başka aile üyesi ya da arkadaş gibi başka kadınların vücutlarıyla karşılaştırmaya itilmesine (Wolf, 1991, akt.; Grogan, 2008) ek olarak, medyanın bu etkisinin her yaşta kadının üzerinde bir çeşit baskı uyandırdığına dairdir(Grogan, 2008).

Yeme bozukluğunun etiolojisinde psikolojik etmenleri incelemek üzere yapılan pek çok araştırma bu tanıya sahip kişilerde görülen genel karakteristik özelliğin mükemmelliyetçilik olduğunu belirtmektedir. Yeme bozukluğu tanısına sahip kişilerde görülen diğer ortak özelliklerin ise; kendine güven eksikliğine eşlik eden kişilik çatışmaları ve iç huzursuzluk olduğu bilinmektedir. Bunlara ek olarak, yeme bozukluğundan müzdarip kişilerin sıklıkla sosyal uyum güçlükleri çeken, yalnızlıktan yakınan kişiler oldukları bilinmektedir(Ertaş, 2006).

Bir başka ifadeyle; yeme bozukluğu görülen kişilerde psikolojik etmenler incelenerek kişilik yapısına bakıldığında; hakim olan düşük özgüven, duygulanım ve dürtü düzenlemdeki zorluklar ve bireyselleşmedeki problemler bu tanıyla ilişkilendirilmektedir(Werne ve Yalom, 1996).

Tüm bunların ötesinde pek çok diğer problem gibi yeme bozukluklarında da ailenin yadsınamayacak etkileri bulunmaktadır(Ertaş, 2006).

Tozzi, Sullivan ve Fear (2003), Anoreksiya Nervozanın gelişmesinde en önemli faktör olarak bozuk aile yapısının altını çizerken, Werne ve Yalom, (1996) da anoreksik çocuk sahibi pek çok ailede ortak nokta olan mükemmelliyetçi duruşun önemini vurgulamaktadır.

Aneroksiya Nervoza tanılı kişilerin ailelerinde belirgin olan mükemmelliyetçi duruşa ek olarak, ailelerde duyguların bastırıldığı ve diyet yapma ile şımanlığa dair olumsuz bir bakış açısının varlığı dikkat çekmektedir(Stern ve ark., 1989).

Blumia nervoza hastalarının ailelerinde ise daha çok kaos ve izolasyon ortamı ile birlikte, bireyin çocukluk dönemindeki bakımı üzerinde belirgin bir yetersizlik olduğu bilinmektedir(Maner, 2001).

Genel olarak yeme bozukluğu görülen kişilerde, aile işlevselliğinde ve aile ilişkilerinde olan sorunlardan ötürü Werne ve Yalom, (1996) oluşan aile tarafından reddedilmişlik, yalnızlık, anlaşılmazlık hissine karşı bireyin kendini kanıtlama ve onay alma mekanizmasının yeme bozukluğu ile devreye girdiği düşünülmektedir(Ertaş, 2006).

Hastalığın etiolojisinde bu çeşitlilik nedeniyle Werne ve Yalom, (1996) a göre yeme bozukluğuna yönelik etkin bir tedavi fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak iyileşmeye yönelik olmalıdır.

Bu nedenle genel olarak geniş kapsamlı ve uzun süreli olarak tanımlanabilecek olan yeme bozuklukları tedavisinde (Ertaş, 2006) psikologların dışında psikoterapiye, medikal anlamda ilaç tedavisi desteği veren psikiyatristlere de ek olarak, beslenme uzmanı – diyetisyenlerin eşlik etmesi gerektiği düşünülmektedir (“Eating Disorders in adult women”, 2012).

Tedavide temel amacın öncelikli olarak; sağlıklı kilo miktarına ulaşmak ve yeme davranışını düzenlemek olduğu bilinmektedir. Bunun ardından tıktıncasına yeme - kusma davranışının önüne geçilmeye çalışıldığı, semptomlarının sonlandırılmasıyla hatalı düşünceler ve duygusal problemler üzerine yoğunlaşmaya geçildiği bilinmektedir(“Eating Disorders in adult women”, 2012).

Psikodinamik terapi yaklaşımın tedavi hedefinde yeme patolojisinden çok, bunun altında yer alan meselelere odaklanmak ve bunları çözüme ulaştırmak vardır (Werne & Yalom, 1996). Fakat, yeme bozukluğu terapisinde sürecinin uzunluğu zorluğu ve davranışa odaklanmadan uzak olması nedeniyle psikodinamik yaklaşımlar çok tercih edilmemektedir(Ertaş, 2006). Bu nedenle kişide hastalığa neden olan beden imajı ve bireyin algılarına odaklanma hedefiyle tedaviyi yürüten bilişsel davranışçı terapiler daha popülerdir(Ertaş, 2006).

Bilişsel davranışçı terapilerin yeme bozukluğundaki tedavisine bakıldığında öncelikli hedefin semptomu azaltmak ve ortadan kaldırmak olduğu bilinmektedir. Hemen ardından ise kişide hastalığı sürdüren faktörler ile varolan hatalı inanç, duygu ve eylemi değiştirmek gelmektedir(Werne ve Yalom, 1996).

Yeme bozukluğunu sürekli kılan faktörlere bakılarak bu semptomatik davranışın sürmesine neden olan inanç, değer ve bilişsel süreçler incelendikten sonra zihinsel meşguliyeti ve yeme çıkarma davranışı altında yatan duygu ve düşünceler ile bilişsel çarpıtmalar anlamaya çalışılmaktadır (Werne ve Yalom, 1996). Bireysel terapiye ek olarak yeme bozukluklarından aile terapileri ve grup terapilerinde yer verilmektedir.

Hem hastalık hakkında aileyi bilgilendirmek, hem de yeme bozukluğu tanısına sahip kişilerin ailelerinde genel olarak çatışma ve güçlüklerin olduğunun bilinmesi nedeniyle tedavide aile terapisine yer verilmektedir. Grup terapileri de özellikle hastaların yalnız olmadıklarını görmeleri ve duygu paylaşımlarına katkı sağlamak amacıyla yapıldığı bilinmektedir(Ertaş, 2006).

Beden memnuniyetsizliği bireyin vücuduna karşı sahip olduğu olumsuz düşünce ve duygularıdır. Bu memnuniyetsizlik bireyin vücut genişliği, bedeni, şekli, ağırlığı ve ideal olarak gördüğü beden gibi faktörlerle kendi vücudunu değerlendirmesi arasında gerçekleşmektedir(Grogan, 2008).

1972 - 1997 arasını kaplayan bir araştırmaya göre, genel görünüşünden memnun olmayan kadınların oranı % 25'ten % 56'ya çıkmıştır. Aynı dönemde görünüşünden memnun olmayan erkeklerin oranı 15'ten 43'e çıkarak neredeyse üç katına ulaşmıştır(Grogan,2008).

Bugün Amerika'da erkeklerin % 52'si, kadınların ise % 66'sı kilolarından memnun olmamalarından ötürü beden memnuniyetsizliği yaşadıkları bilinmektedir(Garner, 1997; akt. Grogan, 2008).

Cash (2004) Bu artışa paralel olarak psikolojinin de vücut imajına yönelik ilgisi ve bu alandaki çalışmaları son yıllarda hızla artış göstermektedir. Öyle ki PsychINFO dan vücut imajı ve memnuniyet-memnuniyetsizlikle ilgili alıntılanma sayısı 1970 lerde 726 1980 lerde 1428 iken 1990 lara gelindiğinde 2477 yi bulmuştur(akt.;Grogan, 2008).

Beden imajı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki beden memnuniyetsizliğine dayandırılmaktadır. Beden memnuniyetsizliğinin bir başka ifadeyle düşük beden imajındaki artışının yeme bozukluğuna neden olduğu düşünülmektedir(Berry ve Howe, 2000).

Bir başka ifadeyle, kişileri sağlıksız ve kısıtlı yeme davranışına iterek yeme bozukluğu riski geliştirmeye neden olan faktörün beden memnuniyetsizliği olduğu ileri sürülmektedir(Grogan, 2008).

Yeme bozukluğunun yaygın olarak görüldüğü Batılı toplumlarda beden memnuniyetsizliğin de üst seviyede olduğu bilgisi bu düşünceleri destekler niteliktedir(Grogan, 2008).

Benzer şekilde siyahi kadınların genel görünümüne daha pozitif yaklaşarak, vücutları ile ilgili daha az negatif düşünceye sahip oldukları yani bedenlerin daha memnun olarak diyet vb. gibi konularda daha az meşguliyet yaşadıkları bilinmektedir(Grogan,2008).

Bunun aksine beyazların yüksek beden memnuniyetsizliği nedeniyle kilo ve zayıf kalmaya, diyet ve yeme kısıtlamasına yönelik daha çok davranış göstermelerinden ötürü yeme bozukluğu için daha risk altında oldukları bilinmektedir(Rucker ve Cash, 1992).

Bu çerçeveden Türklere bakıldığında; kadınların %43 ünün, erkeklerin ise %18.3 ünün daha zayıf olmak isteyerek beden memnuniyetsizlikleri yaşadıkları bilinmektedir. Kilo memnuniyetsizliğinin diyet davranışına neden olduğu düşünüldüğünde, Türk kadınlarının % 29.7 sinin erkeklerin ise %8.3 lük bir oranın diyet yaptıkları bilgisi daha anlamlı hale gelmektedir(Canpolat ve ark., 2005).

Ancak yinede yaşanan beden memnuniyetsizliği oranına bakıldığında, Türkiye’de görülen yeme bozukluğu oranının birbirlerini çok destekler nitelikte olmadığı görülmektedir.

Ertaş (2006) vücut kitle indeksini :“Yetişkin bir insanın kilosunun boyuna göre normal olup olmadığını gösteren bir parametre ” olarak tanımlamaktadır(Ertaş, 2006 s;140).

Monaghan(2005) ise Vücut Kitle İndeksini bireyin kendi kendisine uygulayabileceği ve sonucunu da yine kendi kendine değerlendirebileceği kolay ve etkili bir parametre olarak görmektedir. Vücut kitle indeksi kilonun boyun karesine bölünerek hesaplanmakta ve çıkan değerler şu şekilde yorumlanır:

“ VKİ= Vücut ağırlığı (kg) / boy (m) ² . Çıkan değerın yorumlanmasında ise şu şekildedir: 18.5 ten düşük: Düşük kilolu, 18.5 – 23.9: Normal kilolu, 24 – 29.9: Kilolu, 30 dan yüksek: Obez (aşırı kilolu), 40 dan yüksek: Morbid obez ”. (Ertaş, 2006)

Hem erkeklerde hem de kadınlarda yeme bozukluğunun Vücut Kitle İndeksi ile ilişkili olduğu bilinmektedir(Edman veYates, 2004). Bir başka deyişle anoreksik ve bulimik davranışın vücut kitle indeksi ile pozitif yönde güçlü bir ilişkisi olduğu söylenebilir(Erol ve ark. , 2006).

Benzer şekilde Türkiye de yeme bozukluğunu yordayıcı faktörlere bakıldığında, vücut kitle indeksi ile ilgili yapılan çalışmalarda kadın üniversite öğrencilerinin yeme tutum testindeki puanlarını öngörmede en güçlü faktör olarak belirlediği görülmektedir(Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002). Siyez ve Baş (2006) da yaş ve cinsiyet faktörleri dışında yeme bozukluklarına etken bir diğer faktörün Vücut Kitle İndeksi olduğunu belirtmişlerdir.

Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Tutum Testi arasında ters orantılı bir ilişki vardır. Yeme Tutum Testinden yüksek puan alanların bir başka deyişle yeme bozukluğu için risk sınırına doğru artan skor sahiplerinin Vücut Kitle İndeksi oranlarına bakıldığında olmaları gerekenden daha zayıf oldukları görülmektedir(Siyez ve Baş, 2006).

Vücut Kitle İndeksinin 17.5 altında olması Aneroksiya Nervoza için tanı ölçütü iken blumia nervoza için olmamakla birlikte Vücut Kitle İndeksinin yeme bozuklukları içinde sadece Aneroksiya Nervoza tanısı için işlevsel olduğu bilinmektedir (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002).

1.2. Başetme Stratejileri ve Yeme Bozukluğu

Baş etme stratejileri stress doğurucu olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullanılan özgül davranışsal ve psikolojik çabalar olarak tanımlanmaktadır(Agargün, Kıran, Ozer ve Kara, 2005). Holahan ve Moos'a göre (1987) bireyin kullandığı başetme stratejilerinin bireyin yaş cinsiyet kültür gibi pek çok faktöre göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir(akt.Agargün ve ark. 2005).

Baş etme stratejilerinin temelde sorun çözmeye yönelik ya da duygusal odaklı olmak üzere ikiye ayrıldığı bilinmektedir.. Bunlardan ilki, sorunun ana kaynağına ilişkin baş etme stratejilerini, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle baş etme stratejilerini içermektedir(Agargün ve ark., 2005 , Karlıdağ ve ark., 2001).

Sorun çözmeye yönelik stratejilerde daha çok sorunun kaynağına yönelik başetme hakimken, diğesinde bu hakimiyetin sorunun kaynağının yol açtığı duygusal etkiye yönelik olduğu bilinmektedir(Ağargün ve ark. , 2005).

Pek çok hastalık için stresin önemli bir faktör olarak görülmeye başlanmasının ardından strese karşı geliştiren başetme stratejileri de patolojiyle ilişkilendirilmeye başlanmıştır(Troop, 1998).

Psikolojik stres ve yetersiz başetme stratejilerinin yeme bozukluğu etiyojisinde önemli rol oynadıkları düşünölmektedir(Ball ve Lee, 2000). Bir başka ifadeyle yeme bozukluğunun ergenlik dönemde görölen bir bozukluk olduğu noktasından yola çıkarak benzer süreçte gelişen başetme stratejilerinde oluşabilecek herhangi bir yetersizliğin yeme bozukluğu için bir risk faktörü olabileceği düşünölmektedir(Koff ve Sangani, 1997).

Bu noktadan hareketle pek çok araştırmacı adaptif olmayan başetme stratejileri ile yeme bozukluğu semptomlarının ilişkisi üzerine hipotezler kurmaktadır(Koff ve Sangani, 1997; Souckup ve ark., 1990, Paxton ve Diggins, 1997).

Yeme bozukluğu olan kişiler ile olmayan populasyon kıyaslandığında, başetme stratejilerin kullanımında birtakım farklılıklar olduğu belirtilmektedir. Yeme bozukluğu olan kişilerde özeleştirici ve sosyal içe çekilme faktörlerine özel bir eğilim olduğu görölmektedir(Koff ve Sangani, 1997).

Buna ek olarak klinik anlamda yeme bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha çok kaçınmacı başetme mekanizması görüldüğü literatürde geniş yer bulmaktadır(Souckup, Beiler ve Terrell, 1990).

Benzer şekilde Ball ve Lee de (2000) Bulimia Aneroksiya ya da yeme bozukluğu semptomolojisi gösteren kişilerin daha çok duygusal ve kaçınmacı başa çıkma stratejisi kullanırken daha az davranış odaklı olduklarını belirtmektedir. Bir başka deyişle yeme bozukluğu görülen kişilerde problem çözmeye yönelik başetme stratejisi daha az kullanılmakta olup (Shatford ve Evans,1986) daha çok kullanıldığı görülen duygusal odaklı başetme ile kaçınmacı başetmenin yeme tutum testi skoru ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak kullanılan bu kaçınmacı ve duygusal odaklı başetme stratejisinin olumsuz beden algısı ile ilişkili olduğu dşnlmektedir(Koff ve Sangani, 1997).

Sonuç olarak yeme bozukluğu görülen kişilerin başetme stratejilerinin zayıflığının yanı sıra bunların adaptif olmayışı (Soukup ve ark., 1990) dikkat çekmektedir. Bu kişilerin başetme stratejilerindeki zayıflığ paralel olarak, hayatta stressle başetmede zorlandıkları dşnlmektedir(Soukoup, Beiler ve Terrel, 1990).

1.3. Temel İnançlar ve Yeme Bozukluğu

Psikolojinin vücut imajına yönelik ilgisi son 30 yılda artış göstermesine paralel olarak, vücut imajına yönelik psikolojik modellerin gelişiminde de son 10 yılda artış olduğu görülmektedir(Grogan, 2008).

Psikodinamik yaklaşımın yeme bozukluğunda sınırlı kaldığı bilinmekle birlikte (Ertaş, 2006), temelinde bireyin içsel çatışmalarını farklı ve olumsuz davranışlarla dışa yansıtarak çevreden ilgi çekmeye çalıştığı varsayımına dayanarak yeme bozukluğunu; bireyin kendini ölüm derecesinde aç bırakmasından yola çıkarak cinsellikle ilişkili nevrotik bir durumu işaret ettiğiyle ilişkilendirmektedir(Ertaş, 2006). Bir başka ifadeyle normal yetişkin vücut şekli ile doğal ağırlığın korkulan ve kaçınılan bir nesne olarak görüldüğü düşüncesinden yola çıkan bu kuram, yeme bozukluğunun da bundan fobik bir kaçınma olduğu ileri sürmektedir(Werne ve Yalom, 1996).

Yeme bozuklukları ile bağlanma şekillerinin ilişkili olabileceği düşünülmektedir(Ward, Ramsay , Turnbull , Benedettini ve Treasure, 2000). Bu nedenle bağlanma kuramı kapsamında yapılan araştırmalarla yeme bozukluğu hastalarının genel olarak güvensiz, kaygılı, kararsız ve kaçınan bağlanma şekilleri gösterdikleri bilinmekle birlikte (Ward ve ark, 2000) patolojide en çok güvensiz bağlanmanın hakim olduğu görülmektedir(Troisi, Massoroni ve Cuzzolaro, 2005).

Bilişsel teorinin yeme bozukluğuna ilgisi ve bunla ilgili teori gelişimleri ise son 10 yılda önem kazanmıştır (Fox ve Power, 2009). Bu modele göre yeme bozukluğu semptomlarına neden olan ve bunları devam ettiren faktör madaptive diye adlandırılan adaptif olmayan düşüncelerdir. Olumsuz otomatik düşünceler ile fonksiyonel olmayan varsayımlardan oluşan bu adaptif olmayan düşüncelerin, yeme bozukluğunda vücut genişliği şekli ve kiloya yönelik olduğu görülmektedir(Fairburn ve Cooper, 1989, akt. Cooper, Wells & Todd, 2004).

Otomatik düşünceleri yansıtan varsayımlar genellikle şartlı inançlar olarak değerlendirilken, eğer formu içerdiği bilinmektedir. Yeme bozukluğunda bu otomatik düşüncelerin eğer formunun; “eğer şişmansam arkadaş edinemem”, “şişmansam bu başarısızım demektir” şeklinde yer aldığı belirtilmektedir(Cooper, Todd ve Wells, 1995).

Ancak yine de şişmanlama korkusu ve beden algısındaki bozukluktan öte bunlara neden olan otomatik düşüncelerin kaynağı olan temel bilişsel yapı ile hatalı bilgi işleme sürecinin tanı için daha önemli olduğu düşünülmektedir(Kaya, Yiğittürk ve Yalvaç, 2003).

Bu nedenle, hem Anoreksiya Nervosa hem de Bulimia Nervosa için Cooper ve Hunt (1998) tarafından geliştirilen detaylı bilişsel model ile erken çocukluk döneminde yaşanan travma ve olumsuz deneyimlerin nedeni ile oluşan olumsuz kişisel inançların yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bireyin kilo ve vücut şekli algısıyla yansıttığının aslında kişisel kabul ve başkaları tarafından kabulü

içerdiğinin altı çizilmektedir. Tüm bunların ışığında çarpıtılan düşüncelerin kişide zayıflarsam daha çok sevilirim, daha az yersem daha kontrollüyüm demektir şeklinde form alarak hastalıkta yer edindiğini belirtilmektedir.

Sonuç olarak Polivy ve Herman (2002) 'ın da belirttiği gibi bilişsel kuram; yeme bozukluğu ardında bireyin kendisini vücut şekli ve kilosuna göre değerlendirdiğini vurgulayarak, bireylerin kendilik değerlerinin bu faktörlerin üzerine kurulmuş olduğunun altını çizmektedir(akt.;Karayığit,2007).

Young(1990) temel inançları çocukluk döneminde fonksiyonel olmayan birtakım iletişimler sonucunda oluşup, daha sonrasında davranış, düşünce, duygu ve ilişkilerimizi etkileyen inançlar olarak tanımlamaktadır(akt. Cooper ve ark., 1997).

Beck bu temel inançları çaresizlik, sevilmezlik ve değersizlik olmak üzere üç temada toplamıştır. Yetersizim, güçsüzüm, beceksizim, yeteneksizim, başarısızım gibi öğeler çaresizlik temel inanç başlığı altında toplanırken, sevilmiyorum, önemsizim, çirkinim gibi öğeler sevilmezlik temel inanç başlığı altında yer alır. Değersizlik temel inanç grubu altında ise kötüyüm, hiçim, tehlikeliyim gibi temel öğeler bulunduğunu belirtmektedir(Türkçapar, 2011).

Beck'in bu sınıflandırılmasından da anlaşılacağı gibi temel inançlar genellikle olumsuzdur. Bireyin duygu ve düşüncelerini etkileyen bu olumsuz temel inançlar, katı ve değiştirilmesi zor olarak bilinmektedir(Jones, Leung ve Harris, 2007).

Benzer şekilde Young(1994) da temel inançları değişime dirençli olarak tanımlamakla birlikte, sağlıksız temel inançların yaşamımızdaki duygu, düşünce ve davranışlarımızda büyük payı olduğunu altını çizmektedir(akt.Cooper, Rose ve Turner, 2005).

Bu sağlıksız, bir başka deyişle olumsuz temel inançların kişilik bozukluğu, depresyon, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik problemin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde rolü olduğu düşünülmektedir(Jones, Leung ve Harris, 2007). Bu noktadan hareketle yapılan pek çok araştırma olumsuz temel inançlar ile Eksen 1 patolojilerinin ilişkili olduğu ortaya konmaktadır(Scmidt ve ark. 1995, Waller ve ark, 2000).

Olumsuz temel inançlar ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar özellikle kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları üzerinde yoğunlaşmaktadır(Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray ve Meyer, 2005). Fairburn (1997) yeme bozukluklarında bilişsel bozukluklarının önemi üzerinde durmaktadır; Bu bilişsel bozuklukların bireyin vücut ağırlığı ve şekline yönelik tutum ve değerlendirmeye yönelik olduğunu belirtmektedir (akt.Jones, Leung ve Haris, 2007).

Kişinin çocukluk döneminde oluşan temel inançlarının; kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve depresyon gibi pek çok psikiyatrik problemin ortaya çıkması ile devamlılığında rolü olduğu düşünülmektedir (Jones, Leung ve Harris, 2007).

Bu görüŖe paralel bir Ŗekilde, yeme bozukluğu gösteren kiŖilerin, göstermeyen kiŖilere göre temel inançlarında birtakım farklılıklar olduğu görölmektedir(Cooper , Cohen-Tovee, Todd, Wells ve Tovee, 1997) Buna paralel bir Ŗekilde, pek çok biliŖsel teori kilo ve vücut Ŗekline yönelik tutumların yeme bozukluğu üzerindeki rolünü vurgulamaktadır. Bu tutumların altında yer alan varsayımların kilo, Ŗekil ve yeme ile ilgili otomatik düşüncelerin yansıması olduğu düşünölmekte (Rose, Cooper ve Turner, 2006), bu noktada da yeme bozukluğunda çocukluk döneminin etkilediği olumsuz temel inançların rolü olduğu düşüncesi anlam kazanmaktadır(Ford, Waller ve Mounford, 2011).

Cooper(2003) travmatik ve erken dönem yaŖantılarla oluŖan olumsuz temel inançların diyet yapma davranıŖı üzerindeki etkisini Ŗemalar aracılığıyla açıklayarak, bunların bireyin kendini kabul ve başkaları tarafından kabul varsayımına dayanan(Cooper, Wells ve Todd, 2004) bir Ŗekilde kilo ve vücut Ŗekline iliŖkin bir formda yansıtılmıŖ olarak göröldüklerini belirtmektedir (Cooper, Wells ve Todd, 2004).

Jones, Lening ve Harris (2007) yeme bozukluğunda olumsuz temel inançların rolünü incelediklerinde yeme bozukluğu olan kiŖilerde olumsuz temel inançların yüksek seviyede olmasını yeme bozukluğunun geliŖimi ve devamı için bir risk faktörü olarak değerlendirmek gerektiğini vurgulamıŖlardır.

Tüm bunlardan hareketle; olumsuz temel inançlar ile yeme bozukluğunun ilişkisine dair genel görüşün; fonksiyonel olmayan şemaların, yeme bozukluğu patolojisi ile ilişkili olabileceği düşünülmekte ve bunu destekler nitelikte yeme bozukluğu tanısındaki kişilerin normal popülasyona göre kendileri ve dünya hakkında daha çok olumsuz ve daha az olumlu inançlara sahip oldukları görülmektedir(Waller, Ohonian, Mayer ve Osman, 2000, Cooper ve Hunt, 1998).

Araştırmanın Amacı : Başetme stratejilerinin ve yemek yeme ile ilgili olumsuz temel inançların yeme bozukluğunu yordamaki rolünü araştırmaktır. Sosyodemografik değişkenlerin ve Vücut Kitle İndeksinin ötesinde, yeme bozukluğu üzerinde ne tür baş etme stratejilerinin ve ne tür olumsuz temel inançların yordayıcı rolünün olduğunun ortaya konması temel amaçtır. Ek olarak, yeme tutumu üzerinde cinsiyetin, yaşın ve psikolojik sorun geçmişinin etkisi araştırılacaktır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdadır:

1. Cinsiyetin yeme tutumu üzerindeki etkisi anlamlıdır; Bayanlar erkeklere göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi gösterecektir.
2. Yaşın yeme tutumu üzerindeki etkisi anlamlıdır; Ergen ve gençler yetişkinlere göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi gösterecektir.
3. Psikolojik sorun geçmişinin yeme tutumu üzerindeki etkisi anlamlıdır; Psikolojik sorun geçmişi olan katılımcılar psikolojik sorun geçmişi olmayan katılımcılara göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi gösterecektir.

4. Sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet ve yaşı) ve Vücut Kütle İndeksinin ötesinde baş etme stratejileri yeme bozukluğu belirtilerini yordayacaktır.
 - a. “Planlı Problem Çözme” ve “Sosyal Destek Arayışı” ve baş etme stratejileri yeme bozukluğu ile negatif yönde ilişkilidir.
 - b. Diğer taraftan; “Kaçınma”, Sorumluluğu Kabul Etme”, “Kendine Saklama”, “Dogüstü Güçlere İnanış” ve “Kadercilik” baş etme stratejileri yeme bozukluğu ile pozitif yönde ilişkilidir.
5. Sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet ve yaşı), Vücut Kütle İndeksinin ve baş etme stratejileri ötesinde "yemek yeme ile ilgili olumsuz temel inançlar yeme bozukluğu belirtilerini yordayacaktır. “Yeme Üzerinde Kontrol”, “Olumsuz Kişisel İnanç”, “Başkaları Tarafından Kabul” ve “Kendini Kabul” yeme bozukluğu ile pozitif yönde ilişkilidir.

Araştırmanın Önemi : Ülkemizde yeme bozukluğuyla ilgili çalışma sayısının diğer psikolojik rahatsızlıklara yönelik araştırma sayısından göreceli olarak daha az olması (Kavas, 2007) nedeniyle Türk Kültüründe yeme bozukluklarına özgü sınırlı miktardaki araştırmalara yeni bilgiler ekleyek hem literatür, hem de daha sonraki çalışmalar için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye’ de henüz yeme bozukluğunda temel inançları Yeme Tutum İnanç Testiyle kıyaslayan bir çalışma yapılmamıştır. Bunun en büyük nedeni Cooper ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye çevrilmiş versiyonunun bulunmamasıdır. Bu nedenle çalışma Türkiye de bu envanterle uygulanacak ilk çalışma olma özelliği ile bu alandaki boşluğu giderecektir.

Ek olarak, hem Türk örnekleme özgü hem de daha geniş kapsamda baş etme stratejilerini ölçen bir psikometrik ölçüm aracı ile ölçüm yapıldığı için baş etme stratejilerinin yeme bozukluğu üzerindeki yordayıcı etkisi daha net ortaya konmuş olacaktır.

Bu araştırmanın tüm bu olumlu yönleri dikkate alındığında bu araştırma sonuçlarının; yeme bozukluğu ile ilgili bundan sonraki araştırmalar için yol gösterici olacağı ve yeme bozukluğunun önlenmesinde ya da tedavisinde rehber olabilecek önerilerde bulunacağı öngörülmektedir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Çalışmaya genel popülasyondan rastgele - kartopu örneklem yöntemiyle seçilen 60kadın, 32erkek olmak üzere toplamda gönüllü 92kişi katılmıştır. Çevreden sosyodemografik açıdan araştırmaya katkı sağlayabilecek sporcu, dansçı ve balerin meslek grubunda yer alan kişiler bulunarak araştırmaya katılmaları istenmiş, kabul edenlere test bataryası verilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 24.9 olduğu görülmektedir. Katılımcıların beyanına göre ifade edilen sosyo ekonomik statü için gelir bilgisi 700 TL ile 10000 TL arasında değişmektedir. Katılımcıların boy ortalaması 168.82 cm iken, kilo ortalaması 62.66 kg ve bunlara göre hesaplanan VKİ ortalaması 22.30 dur. Tanımlayıcı bilgiler Tablo 1 de detaylı olarak gösterilmiştir.

Katılımcıların % 65.2 gibi bir oranını kadınlar, % 34.8 i erkekler oluştururken, %34 ünün eğitim seviyesi üniversite mezunu iken ikokul mezunu ve okuma yazma bilenlerin oranı %5.5 dir. Daha önce herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçmişi olmayanların oranı katılımcıların %76 sını oluşturmaktadır. Demografik değişkenlerin frekans ve yüzdelere ilişkin detaylı bilgiler Tablo 2 de yer almaktadır.

Tablo-1: Demografik Değişkenlerin Ortalama, Standard Sapma, Minimum ve Maximim Değerleri

| Ölçümler | Ortalama | Standart Sapma | Min. | Max. |
|-------------------------------|----------|----------------|-------|-------|
| <i>Demografik Değişkenler</i> | | | | |
| Yaş | 24.9 | 8.61 | 16 | 59 |
| Aylık Gelir (Türk Lirası) | 3.094 | 1828.29 | 700 | 10000 |
| Boy (cm) | 168.82 | 7.264 | 153 | 190 |
| Kilo (kg) | 63.86 | 15.383 | 44 | 110 |
| Vki | 22.30 | 4.63 | 16.51 | 40.40 |

Tablo- 2 : Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzdesi

| Değişkenler | Frekans | Yüzde |
|-----------------------|---------|-------|
| <i>Cinsiyet</i> | | |
| Kadın | 60 | 65.2 |
| Erkek | 32 | 34.8 |
| <i>Eğitim (Mezun)</i> | | |
| Okur - Yazar | 1 | 1.1 |
| İlkokul | 5 | 5.4 |
| Ortaokul | 10 | 10.9 |
| Lise | 27 | 29.3 |

Tablo 2 - devam.....

| | | |
|---------------------------------|----|------|
| Yüksek Okul | 6 | 6.5 |
| Üniversite | 32 | 34.8 |
| Yüksek Lisans | 10 | 10.9 |
| Doktora | 1 | 1.1 |
| <i>Meslek</i> | | |
| Sporcu | 66 | 71.7 |
| Balerin/Balet | 6 | 6.5 |
| Dansçı | 20 | 21.7 |
| | 92 | 100 |
| <i>Psikolojik sorun</i> | | |
| Başvurmadım/Tanı almadım | 76 | 82.6 |
| Depresyon | 7 | 7.6 |
| Bulimia | 1 | 1.1 |
| Travma Sonrası Stress Bozukluğu | 1 | 1.1 |
| Yaygın Kaygı Bozukluğu | 1 | 1.1 |
| Diğer | 6 | 6.5 |

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik forma ek olarak Yeme Tutum Testi -40, Başetme Stratejileri Ölçeği ve Yeme Bozukluğu İnanç Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılara tüm bu veri toplama araçları sunulmadan önce araştırmacının hazırlamış olduğu bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur(Ek 1).

2.2.1. Sosyodemografik Anket Formu

Çalışmanın araştırmacısı tarafından hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tespit etmeye yönelik bir formdur. Katılımcıların yaş, eğitim seviyesi, meslek, gelir düzeyi ve herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadığı, aldıysa bunun ne olduğunu gibi sosyodemografik özelliklerini tespit etmek için kullanılmıştır.

Formun başında, katılımcılar için bilgilendirilmiş onam formu bulunmaktadır. Genel hatlarıyla araştırmanın içeriği ve anketler hakkında bilgileri içeren bu bölümü imzalayarak, kişi gönüllü olarak katılmayı kabul ederek ankete sosyodemografik anket formu ile devam etmiştir. Bunlara ek olarak beden kitle indeksinin hesaplanması için bireyin boy ve kilosunu belirtmesi bu bölüm içerisinde istenmiştir(Ek 2).

2.2.2. Yeme Tutum İnanç Ölçeği

Ölçek Cooper ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Kilo, vücut şekli ve yemek yemeyle ilgili varsayımlarla birlikte temel inançları değerlendirmek için dizayn edilen ölçek, gerçekleşen üç çalışma neticesinde son halini almıştır ve 32 maddeden oluşmuştur. Örnek maddeler; “Sevilmeye değer biri değilim”, “Kalçalarım dar olursa insanlar beni daha çok beğenir”, “İnce bir vücudum varsa kendimi daha çok beğenirim” ve “Aşırı yersem kusarak kontrolü tekrar ele geçiririm”.

Kişilerde zaman zaman görülen, farklı türde davranış ve inanç durumları vererek, genel inanç ve düşüncelerini yansıtan en iyi puanı vermeleri istenmektedir. Likert tipi cevaplama sistemi ile 0-100 arasındaki değerlerden kişiye kendine uygun bulduğu puanı belirleyerek yazması istenmektedir. Sadece uç noktadaki değerlerin karşılığı verilmiştir. Özellikle yeme bozukluğu popülasyonu için özel olarak dizayn edilmiş olmuş olan ölçek, yeme bozukluğunun üç alt tipi ile temel inançlarla ilgili varsayımların değerlendirilmesini içermektedir.

Ölçek; “Olumsuz Kişisel İnançlar”, “Başkaları Tarafından Kabul”, “Kendini Kabul” ve “Yemek Yeme Üzerindeki Kontrol” olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Olumsuz kişisel inanç alt ölçeği depresyonla ilişkili kaynak inançları ölçerken, diğer üç alt ölçek ise yeme bozukluğuna özel olarak tanımlanmıştır.

Olumsuz kişisel inançlara ilişkin maddeler; 1,3,4,5,11,13,17,22,27,29, Başkaları Tarafından Kabul ile ilgili maddeler; 8,18,19,20,21,23,24,25,26,31, Kendini Kabul ile ilgili maddeler; 2,7,9,12,30,32 ve Yemek Yeme Üzerindeki Kontrol ile ilgili maddeler; 6,10,14,15,16,28.

Cronbach alfa değeri her faktör için .86-.94 arasındadır. Dört alt skalayla diğer yeme bozukluğu ölçümleri arası korelasyonlar anlamlı bulunmuştur. Her alt ölçek için ayrı puan hesaplanmaktadır(Cooper ve ark. , 2007).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması; Durak, Zeyrek-Rios ve Karaköse (2012) tarafından yapılmıştır. Puanlama, alt ölçekler ve bunlara ilişkin hesaplamalar ölçeğin orjinalindeki gibidir(Ek 4). Ölçeğin iç tururluluk katsayısı (cronbach alpha) .92 düzeyindedir. “Düzeltilmiş madde - toplam ölçek korelasyon”ları .20 ile .74 arasında değişmektedir. Alt ölçekler depresyon ile pozitif yaşam doyumu ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Ayrıca, ayrıştırıcı geçerliliği gösteren alt ölçeklerin sosyal beğenirlik ile korelasyonlar anlamsızdır. Test-tekrar test (21 günlük ara) korelasyonu .81 düzeyindedir.

2.2.3. Baş Etme Yolları Ölçeği

1980 yılında geliştirilen ölçek, beş yıl sonra revize edilmiş (Folkman ve Lazarus, 1985) ve o tarihten sonra da madde sayısından alt ölçeklerine kadar pek çok değişim göstermiştir(akt. Şenol, Durak ve Elagöz, 2011).

Liket tipi ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Siva (1991) tarafından yapılsa da, 74 maddelik ölçeğin, kısa versiyonu ile ilgili çalışma Şenol ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte bulunan tüm maddeler İngilizce versiyonları ile karşılaştırılarak yeniden düzenlenmiş ve ölçek yapısına uygun yeni maddeler eklenmiştir. Kısa versiyon toplam 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte toplam puan elde edilmemekte, her alt ölçek için ayrı puan hesaplanmaktadır. 472 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışma sonucunda yedi faktörlü modelde, güvenilirlik iç tutarlılık endeksi ile hesaplanmış ve bütün alt ölçeklerin iç tutarlılığı 0.67 ile 0.84 arasında görülmüştür (Şenol ve ark, 2011). Başetme yolları ölçeğinde kişilerin stresli durumlar karşısında davranış tutum ve düşüncelerine ilişkin bazı cümleler verilmiştir. Örneğin; bir sıkıntı olduğunda kimsenin bilmesini istemem, dua ederek Allah' tan yardım dilerim, sıkıntımdan kaçınmak için her zamankinden daha fazla yerim ya da içerim. Katılımcılardan sorunlarla başa çıkmada bunların hangilerini, ne sıklıkta kullandıkları öğrenilmek amaçlanmaktadır.

Ölçekte; Planlı Problem Çözme (madde 3,7,16,21,25,30), Kendine Saklama (madde 1,11,14,29), Sosyal Destek Arayışı (2,12,17,27), Kaçınma (madde 5,8,15,19,24), Sorumluluğu Kabul Etme (madde 9,13,26,31), Kadercilik (madde 4,10,20,23) ve Doğaüstü Güçlere İnanış - Batıl İnançlar (madde 6,18,22,28) olmak üzere yedi faktör bulunmaktadır ve 31.madde ters olarak kodlanmaktadır (Ek 5). Sıklığa ilişkin ölçekte verilen skala değerlendirmesi 1 (hiçbir zaman kullanmıyorum) ile 5 (her zaman kullanıyorum) arasındaki likert tipi skale üzerinden değerlendirilmektedir(Şenol ve ark, 2011).

2.2.4. Yeme Tutum Testi (YTT - 40)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından yeme bozukluğu semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılan YTT-40’ın, test-tekrar test güvenirligi .65 olarak bulunmuştur. Ölçekte şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme olmak üzere dört faktör bulunmaktadır(Savaşır ve Erol, 1989).

Yeme alışkanlıklarıyla ilgili 40 temel ifade katılımcılara yöneltilmektedir. Örneğin; “Aklım fikrim yemektedir”, “Şişmanlamaktan ödüm kopar”, “Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim”. Ölçek, Likert tipi olup cevapları “daima” ve “hiç bir zaman” arasında ifadelerin olduğu altı basamaktan oluşmuştur.

Ölçek maddelerinden 1, 18, 19,23, 27, 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan , diğer seçenekler ise 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Her soru için elde edilen puanların toplanmasıyla oluşan toplam puan için minimum değer 0 iken maximum değer 120 dir. Puan ile yeme bozukluğu patolojisi doğru orantılıdır. 30 puan ve üzeri yeme bozukluğu için risk içermektedir(Savaşır ve Erol, 1989). Ölçeğin kullanılmakta olan Türkçe versiyonu Ek 3 de sunulmuştur.

2.3. İşlem

Ekim 2011 ile Nisan 2012 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilere bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte test bataryası verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Yaklaşık 45-60 dakika arasında tamamlanan anketler daha sonra araştırmacıya teslim edilmiştir. SPSS 20 analiz yöntemi ile tanımlayıcı istatistikler dışında t- test, korelasyon ve hiyerarşik çoklu regresyon kullanılmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Değişkenler Arası İlişkiler

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan “yeme bozukluğu belirtileri” ile bağımsız değişkenleri olan “kendini kabul” ($r = .65, p \leq .01$), “başkaları tarafından kabul” ($r = .67, p \leq .01$), “yeme üzerinde kontrol” ($r = .59, p \leq .01$), kaçınma ($r = .44, p \leq .01$), sorumluluğu kabul etme ($r = .23, p \leq .05$), ve doğaüstü güçlere inanış ($r = .25, p \leq .05$) arasında pozitif; vücut kitle indeksi ($r = -.32, p \leq .01$) ile negatif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan “yeme bozukluğu belirtileri” ile bağımsız değişkenleri olan “olumsuz kişisel inanç”, “planlı problem çözme”, “kendine saklama”, “sosyal destek arayışı” ve “kadercilik” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Değişkenler arası ilişkiler Tablo-3’de gösterilmiştir.

3.2. Bağımsız Gruplar t-testi ile Test Edilen Grup Farklarına İlişkin Bulgular

Farklı bağımsız değişkenlerin yeme bozukluğu belirtilerine etkileri bağımsız gruplar t-testi ile analizleri test edilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda açıklanmıştır. (detaylı bilgi için bkz. Tablo 4-5-6).

Cinsiyetin yeme belirtilerini belirleyip belirlemediğine yönelik yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır, $t(88) = 1.57, p > .05$.

Tablo 4. Cinsiyete göre yeme tutum testi puan bilgileri

| | Cinsiyet | Sayı | Ortalama | SS | t | p |
|----------|----------|------|----------|------|-------|-------|
| YTT - 40 | Kadın | 60 | 16.4 | 10.2 | 1.573 | 0.119 |
| | Erkek | 32 | 13.2 | 5.66 | | |

Yaş grubunun yeme belirtilerini belirleyip belirlemediğine yönelik yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır, $t(88) = 2.05, p \leq .05$. Ergen ve gençler ($X = 18.20$) yetişkinlere ($X = 14.00$) göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi rapor etmektedir.

Tablo 5. Yaş grubuna göre YTT puan bilgileri

| | Yaş grubu | Sayı | Ortalama | SS | t | p |
|----------|--------------|------|----------|-------|-------|-------|
| YTT - 40 | Ergen - Genç | 28 | 18.2 | 12.82 | 2.052 | 0.043 |
| | Yetişkin | 64 | 14.0 | 6.4 | | |

Psikolojik sorun geçmişinin yeme belirtilerini belirleyip belirlemediğine yönelik yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır, $t(88) = -2.38$, $p \leq .05$. daha önce psikiyatrik tanı alan bireyler ($X = 20.10$) daha önce psikiyatrik tanı almayan bireylere ($X = 14.30$) göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi rapor etmektedir.

Tablo 6. Geçmiş psikolojik sorun ile yeme tutumu arasında ilişki

| | Tanı | Sayı | Ortalama | SS | t | p |
|----------|--------------------------|------|----------|-------|--------|-------|
| YTT - 40 | Başvurmadım-Tanı almadım | 76 | 14.3 | 7.83 | | |
| | Başvurdum- Tanı aldım | 16 | 20.1 | 12.67 | -2.384 | 0.019 |

3.3. Hiyerarşik Regresyon Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Sosyo-demografik değişkenlerin (cinsiyet ve yaş) ve Vücut Kitle İndeksinin ötesinde, baş etme stratejilerinin ve olumsuz temel inançların yeme bozukluğu belirtilerini yordayıp yordamadığı Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi ile test edilmiştir. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi gerçekleştirilmesinin temel hedefi yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olabilecek değişkenleri belirlemektir. Değişkenler üç aşamada analize sokulmuştur. Her üç aşamada da analize sokulan her bir değişkenin etkisini görebilmek için “enter” yöntemi kullanılmıştır.

İlk aşamada; sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet ve yaş) ve vücut kitle indeksi analize sokulmuştur. Baş etme stratejileri ikinci aşamada, olumsuz temel inançlar üçüncü aşamada analize sokulmuştur. Elde edilen sonuçlar Tablo-7’de gösterilmiştir.

İlk aşamada analize sokulan değişkenler varyansın yaklaşık %4’ünü açıklamış ancak bu aşamada analize sokulan tüm değişkenlerin yeme bozuklukları belirtilerini yordayıcı etkisi anlamsız olarak gözlenmiştir ($F [3, 83] = 1.10, p > .05.$)

İkinci aşamada analize sokulan baş etme stratejileri varyansın yaklaşık %14’ini açıklamış ve açıklanan toplam varyans %18’e çıkmış ancak bu aşamada da analize sokulan tüm değişkenlerin yeme bozuklukları belirtilerini yordayıcı etkisi anlamsız olarak gözlenmiştir ($F [7, 76] = 1.87, p > .05$). Baş etme stratejilerinden sadece “kaçınma” baş etme stratejisi ($\beta = .27, t (76) = 2.21, p < .05$) yeme bozukluğu belirtilerini yordamıştır. Eşitliğe sokulan diğer baş etme stratejileri yeme bozukluğu belirtilerini yordamamaktadır.

Üçüncü aşamada analize sokulan yemeğe yönelik olumsuz temel inançlar varyansın yaklaşık %34’ünü açıklamış ve açıklanan toplam varyans %52’ye çıkmıştır. Bu aşamada da analize sokulan değişkenlerin yeme bozuklukları belirtilerini yordayıcı etkisi anlamlıdır ($F [4, 72] = 12.91, p < .01$). Yemeğe yönelik olumsuz temel inançlardan “Kendini Kabul” ($\beta = .42, t (72) = 3.30, p < .01$) ve “Yeme Üzerinde Kontrol” ($\beta = .38, t (72) = 3.53, p < .01$) yeme bozukluğu belirtilerini yordamıştır. Diğer

tarafından, eşitliğe sokulan “Olumsuz Kişisel İnanç” ve “Başkaları Tarafından Kontrol” yeme bozukluğu belirtilerini yordamamaktadır.

Tablo 7. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Tablosu

| Yordayıcılar | β | B | t | R ² | R ² Change |
|----------------------------|---------|-------|-------|----------------|-----------------------|
| I | | | | 0.04 | 0.004 |
| Cinsiyet | -.13 | -2.43 | 1.07 | | |
| Yaş | -.02 | -.02 | -.15 | | |
| VKİ | -.11 | -.21 | -.80 | | |
| II | | | | .18 | 0.072 |
| Planlı Problem Çözme | .06 | .12 | .43 | | |
| Kendine Saklama | -.13 | -.35 | -1.01 | | |
| Sosyal Destek Arayışı | -.13 | -.35 | -.93 | | |
| Kaçınma | .27 | .73 | 20.21 | | |
| Sorumluluğu Kabul Etme | .04 | .14 | .34 | | |
| Kadercilik | .79 | .16 | .52 | | |
| Doğa Üstü Güçlere İnanma | .15 | .57 | 1.11 | | |
| III | | | | | 0.429 |
| Olumsuz Kişisel İnanç | | | | .52 | |
| Kendini Kabul | -.15 | -.12 | -1.38 | | |
| Başkaları Tarafından Kabul | .42 | .22 | 30.30 | | |
| Yeme Üzerinde Kontrol | -.01 | .00 | -.06 | | |

Tablo 3. Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu

| | OKİ | KK | BTK | YÜK | PPÇ | KS | SDA | KÇ | SKE | KD | DGİ | VKİ |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| YTT | .17 | .65** | .67** | .59** | -.74 | -.18 | .13 | .44** | .23 | .08 | .25* | -.32** |
| OKİ | | .37** | .37** | .31** | -.24* | -.22* | -.22* | .06 | .28** | .06 | .03 | .06 |
| KK | | | .65** | .49** | -.26* | .00 | -.07 | .27** | .20 | -.14 | .04 | -.22* |
| BTK | | | | .45** | -.11 | -.18 | .09 | .30** | .18 | .05 | .20 | -.18 |
| YÜK | | | | | -.03 | -.03 | .099 | .22* | -.04 | .10 | .23* | -.04 |
| PPÇ | | | | | | -.10 | .46** | -.21 | -.19 | .37** | .09 | .06 |
| KS | | | | | | | -.50** | .06 | -.20 | -.20 | -.27* | .12 |
| SDA | | | | | | | | -.02 | -.09 | .21* | .29** | -.08 |
| KÇ | | | | | | | | | .32** | .08 | .17 | -.11 |
| SKE | | | | | | | | | | .06 | .05 | .01 |
| KD | | | | | | | | | | | .55** | .17 |
| DGİ | | | | | | | | | | | | -.10 |
| Olası Ranj | | | | | | | | | | | | |
| Ortalama | 16.15 | 17.12 | 37.23 | 10.54 | 22.44 | 12.15 | 12.13 | 15.93 | 10.39 | 11.50 | 6.25 | |
| Standart Kayma | 11.32 | 17.38 | 17.80 | 9.55 | 4.50 | 3.56 | 2.77 | 3.37 | 2.78 | 4.51 | 2.49 | |

Not 1: $p \leq ,05$ düzeyinde anlamlı (tek kuyruklu korelasyon), $p \leq ,01$ düzeyinde anlamlı (tek kuyruklu korelasyon)

Not 2 = OKİ= Olumsuz Kişisel İnanç, KK = Kendini Kabul, BTK = Başkaları Tarafından Kabul, YÜK = Yeme Üzerinde Kontrol, PPÇ = Planlı Problem Çözme, KS = Kendine Saklama, SDA = Sosyal Destek Arayışı, KÇ = Kaçınma, SKE = Sorumluluğu Kabul Etme, KD = Kadercilik, DGİ = Doğüstü Güçlere İnanış, VKİ Vücut Kitle İndeksi

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Türkiye’de yapılan araştırmalara göre yeme bozukluğunun görölme oranı %2.20 ile %7.4 arasında değişmektedir(Kuğu ve ark., 2006). Baş ve ark. (2004) göre ise genel popölasyonda yeme bozukluğu görölme oranı %11.5 olarak bulunmuş, Kavas (2007) ise buna yakın şekilde genel olarının %12.3 olduğunu belirtmiştir.

Yeme bozukluğu görölme oranına ilişkin araştırmaların sayısı gün geçtikçe artmakla birlikte, genel yaygınlık dışında yeme bozukluğu ile demografik değişkenleri ilişkilendirmektedirler.

Bu bağlamda yeme bozukluğuna ilişkin olan bu araştırmada da benzer demografik değişkenlerin ilişkilerine yer verilmiştir. Yeme tutumu üzerinde cinsiyetin, yaşın ve psikolojik sorun geçmişinin etkisinin incelendiği araştırmada kadınların erkeklere, ergen ve gençlerin yetişkinlere ve psikolojik sorun geçmişi olanların olmayanlara göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi göstereceği varsayılmıştır.

Araştırma sonuçlarında Yeme Tutum Testi ile demografik değişkenlere bakıldığında öngörülenin aksine cinsiyetin önemli bir faktör olarak bulunmadığı görölmüştür. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla sağlıksız yeme

tutum ve davranışı göstermesine rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucu literatürce değerlendirildiğinde cinsiyetin yeme bozukluğu semptomotolojisini yordamasına dair farklı görüşlerin bulunduğu görülmüştür.

Siyez ve Baş (2006), kadın katılımcıların Yeme Tutum Testinden aldıkları puanın erkeklerin aldıkları puandan 2 kat fazla bir şekilde %21 gibi bir orana sahip oldukları belirterek, cinsiyetin belirgin bir etkisi olduğunu ileri sürmektedir. Benzer şekilde Kavas (2007) da yeme bozukluğu ile demografik değişkenlerin arasında en etkili faktörün cinsiyet olduğunu ileri sürmektedir(Baş ve ark. 2004).

Ancak tüm bunların aksine Cafri ve ark. (2005), Monaghan (2005) Yeme Tutum Testinde cinsiyetin etkin bir değişken olmadığını ileri sürmektedir. Bir başka ifadeyle araştırma sonucuna ilişkin paralel bulgular literatürde de geniş yer bulmaktadır. Kadınların erkeklere oranla yeme bozukluğu geliştirme riski daha fazla olarak tanımlanması kültürün güzel ve feminen olmaya yönelik baskı olarak yorumlandığı (Odea, 2002) gözönüne alındığında cinsiyetin araştırma sonucunda ortaya koyduğu gibi bu farkın artık görülmeysi kültürün güzel olmaya yönelik baskının artık her iki cinsiyeti de etkilediği şekilde yorumlanmaktadır.

Öte yandan yaş ve psikolojik geçmişin yeme tutum testini öngörmede beklenildiği şekilde önem taşıdığı görülmüştür. Yaşa göre Yeme Tutum Testi sonuçlarına bakıldığında, örneklem yaşı arttıkça Yeme Tutum Testine ilişkin puan ortalamalarında azalma görülmektedir.

Bir başka ifadeyle hipotezde öngörüldüğü şekilde genç ve ergenlerin, yetişkinlere kıyasla yeme tutum testinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Kızıltan ve Karabudak (2008) Yeme Tutum Testinden alınan puanların yaş ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde Siyez ve Baş (2006) da yeme tutum testi ile yaşın doğrudan ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bir başka ifadeyle araştırma sonuçlarının literatürcede desteklendiği görülmektedir. Öyle ki benzer sonuçlara ulaşan Baş, Aşçı, Karabudak ve Kızıltan (2004) yeme bozukluğunun bu yaş dönemindeki yaygınlık üstünlüğünün Türkiye’de olduğu kadar dünya literatürüne de paralel olduğunun altını çizmektedir.

Yeme bozuklukları tanımlarına bakıldığında Aneroksiya Nervozanın görülmesi en yaygın 15 – 19 yaş arasında, Bulimia Nervozanın ise en yaygın 14 – 20 yaş arasında (Hoek ve Hoeken, 2003) görüldüğü bilgisi gözönüne alındığında bu sonucun literatürcede anlamlı olduğu kadar hastalığın doğasıylada ilişkili olduğunu destekler niteliktedir. Bu yaş grubunda görülen hakimiyet, adolesan dönemin diyet ve yeme davranışına ilişkin getirdiği meşguliyet (Hausenblas & Mack, 1999) ve sosyal çevreye kendini kanıtlama savaşı veren gençlerin bunu öncelikle görüntü ile yapmaya çalıştıkları (Ertas, 2006) bakış açısıyla ilişkilendirilmektedir.

Bir diğ er yandan psikolojik sorun geçmişine bakıldığında araştırmada başvuran ve tanı alan bireylerin başvurup tanı almayan bireylere oranla yeme tutum testinden beklendiği şekilde yüksek puan alması kişilerin patolojiye yatkınlığı ve hastalığın eşgüdümlülükteki yüksek oranları ile ilişkilendirilmektedir. Literatürde yeme bozukluğundaki psikolojik geçmişin ve eşgüdümlülüğün hastalığın görölmesinde ve tedavisinde de önemli bir paya sahip olduğu bilinmektedir(Tobin & Griffing, 1995). Literatür incelendiğinden pek çok araştırmanın yeme bozukluğu ile kişilik bozukluklarının eş güdümlülüğünü vurguladığı görölmektedir(Ro, Martinsen, Hoffart, & Rosenvinge,2005). Pek çok hasta depresyon ve anksiyeteyi yeme bozukluğu ile eş güdümlü olarak yaşamaktadır. Yeme bozukluğu olan kişilerde depresyon görölme oranı %25-80 gibi yüksek bir oran arasında değişmektedir(Cooper 1995). Bu bağlamda bakıldığında araştırmada bulunan psikolojik geçmişin yeme bozukluğu patolojisindeki önemli etkisi literatürde geniş yer bulmakla birlikte uyum içindedir.

Yeme Tutum Testi ile Vücut Kitle İndeksi yapılan analiz sonucunda negative yönlü ilişkili bulunmuş, bir başka ifadeyle tahmin edildiği şekilde kişilerin Vücut Kitle İndeksi oranı düştükçe Yeme Tutum Testinden aldıkları puanın arttığı görölmüştür. Literatürde hem erkeklerde, hem de kadınlarda yeme bozukluğunun vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğu bilinmektedir(Edman ve Yates, 2004). Benzer şekilde Türk üniversite öğrencilerinde yeme tutum testi skorunu yordayan en iyi ikinci prediktörün vücut kitle indeksi bulunduğu (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002) bilinmektedir.

Siyez ve Baş (2006) yeme tutum testi ile vücut kitle indeksinin anlamlı bir ilişkisi olduğunu belirtirken test skorundan yüksek puan alanların normalden daha zayıf olduklarını ifade etmektedir. Troisi Massoroni ve Cuzzolaro(2005)'nun yeme bozukluğunu bireyin görünümü ve ağırlığına aşırı ilgi gösterdiği ve bu ilginin daha ince olma isteğine yönelik olduğu şeklinde tanımlıyor oluşu, vücut kitle indeksinin düştükçe yeme tutum testine ilişkin puan artışı hastalığın doğası ile açıklar niteliktedir.

Sosyodemografik değişkenlerin ve Vücut Kitle İndeksinin ötesinde, yeme bozukluğu üzerinde baş etme stratejilerinin ve olumsuz temel inançların yordayıcı rolünün olduğunun ortaya konmasını amaçlayan bu araştırmada, “Planlı Problem Çözme” ve “Sosyal Destek Arayışı” baş etme stratejilerinin yeme bozukluğu ile negatif, “Kaçınma”, Sorumluluğu Kabul Etme”, “Kendine Saklama”, “Doğüstü Güçlere İnanış” ve “Kadercilik” baş etme stratejilerinin ise yeme bozukluğu ile pozitif yönde ilişkilidir yönde ilişkili olacağı öngörölmüştür.

Araştırma sonuçlarına göre; kaçınmanın yeme bozukluğunu yordamasının yanı sıra, sorumluluğu kabul etme ve doğüstü güçlere inanış alt ölçeklerin yeme tutum testi ile ilişkisi açıkça görölme, araştırmanın hipotezini doğrulamaktadır.

Ball ve Lee (1998) zayıf ve uyumsuz başetme stratejilerinin yeme bozukluğu etiyojisinde önemli bir rolü olduğunu düşünmektedir. Bu nedenden ötürü pek çok teorist ve araştırmacı uyumsuz başetme stratejileri ile yeme bozukluğu semptomların ilişkileri üzerine hipotezler kurmaktadır.(Koff & Sangani, 1997; Paxton & Diggins, 1997 Souckup et al., 1990). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan kişilerde, olmayanlara göre başetme stratejilerinin daha çok kaçınmacı oldukları görülmektedir(Souckup, Beiler, & Terrell, 1990). Öte yandan, Aneroksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza görülen kişilerde kaçınmacı başetme stratejisinin daha ağırlıklı kullanıldığı pek çok araştırma sonucunda da görülmektedir(Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemse-Koning, &Turksma, 2001; Nagata, Matsuyama, Kiriike, Iketani, & Oshima, 2000; Soukop, Beiler, & Terrell, 1990).

Bir başka ifadeyle yeme bozukluğu olanlar kişilerin olmayanlara göre daha fazla kaçınmacı başetme mekanizması kullandığı sonucu literatürde geniş yer bulmakta (Souckup, Beiler, & Terrell, 1990) ve bu bağlamda araştırma sonucu literature ile de paralellik sağlamaktadır.

Koff ve Sangani (1997) yeme bozukluğu ile kaçınmacı başetme arasındaki bu ilişkiyi olumsuz beden imajının dolaylı etkisi olarak açıklarken, Ball ve Lee (1998) kişilerin bu nedenden ötürü problem yüzleşmekten kaçındıklarını ve kendilerini problemle daha az başedebilir, stresi daha az tolere edebilir ve problem çözmede daha az başarılı olabileceklerine inandıklarını belirtmektedir.

Kişilerin karşılaştıkları duygusal ve davranışsal problemler ile kendi başetme stillerini geliştirmeleri ve zaman içinde bu başetme mekanizmalarını modifiye ederek olması gerektiği hale getirmelerinde önemli bir dönem olan adolesan periodunun (Frydenberg&Lewis,1998) yeme bozukluğu başlangıç zamanı oluşu kişinin başetme stratejilerinde birtakım eksikliklere yol açar. Bu bağlamda uyumsuz başetme stratejileri kullanarak yeme bozukluğu geliştiren kişilerin yemeği kötü duygular ve stresse karşı koruma yöntemi olarak düşünmeleri ve bu şekilde kullanmaları (Ertas, 2006) beklenen bir sonuç olarak görülmektedir. Bu bağlamda Troop (1998) yeme bozukluğu semptomlarını başetme stratejilerinin bir temsilcisi olarak düşünülmektedir.

Diğer yandan sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet ve yaş), Vücut Kütle İndeksinin ve baş etme stratejilerinin ötesinde "Yemek Yeme ile İlgili Olumsuz Temel İnançlar" ın yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı olağı beklenmiştir. Bu bağlamda olumsuz temel inançlar ile ilişkili "Yeme Üzerinde Kontrol", "Olumsuz Kişisel İnanç", "Başkaları Tarafından Kabul" ve "Kendini Kabul" faktörlerinin yeme bozukluğu ile pozitif yönde ilişkili olacağı düşünülmüştür. Araştırma sonuçları beklenildiği şekilde kendini kabul, başkaları tarafından kabul ve yemek yeme üzerindeki kontrol yeme tutumu ile anlamlı ilişkili çıkmış ancak beklenenin aksine olumsuz kişisel inanç benzer anlamlılığı göstermemiştir.

Bu sonuçlar literatür bağlamında incelendiğinde yeme tutum testini öngörmeye kendini kabul ve yemek yeme üzerindeki kontrolün önemli bir oranda belirleyici olduğu bilgisi (Rose, Cooper, Turner ,2006) olduğu araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Jones Lening ve Harris (2007) temel inançların varlığını ve yüksek seviyede olmasını hastalığın gelişimi ve devamı için risk faktörü olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda bakıldığında araştırmanın temel inançlar ile hastalığın doğasına ilişkin verdiği bilgilerin başarılı bir tedavi için yol gösterici olarak yorumlanabileceği düşünülmektedir.

Fairburn (1997) yeme bozukluklarında bilişsel bozukluklarının önemini vurgulamakla birlikte, bu bilişsel bozuklukların kişinin vücut ağırlığı ve şekline yönelik tutum ve değerlendirmelere yönelik olduğunu belirtir. Bu bağlamda kendini kabul, başkaları tarafından kabul ve yemek yeme üzerindeki kontrole ilişkin maddelerin yeme tutum testine ilişkin korelasyonunun literatürce de anlamlı olduğu ve öngörüldüğü şekilde hastalığı seyri ve tedavisi için kullanılabileceği bakış açısıyla da örtüştüğünü ortaya koymaktadır.

SONUÇ

Son 20 yılda yeme bozukluğu görülme oranındaki bilinen artışın yanı sıra (Baş, Aşçı, Karabudak ve Kızıltan, 2009), Türkiye'nin Batı ülkeleri oranına bu denli yaklaşmış olması çeşitli tutum değerler ve yaşam stili konusunda yaşadığı geçiş periodu ile açıklanmaktadır(Kavas, 2007).

Batı ülkeleri ötesinde İran'da yaşam boyu yeme bozukluğu görülme oranının cinsiyet farkı gözetmeksizin hakim olduğu bilgisi (Nobakt ve Dezkham, 2000) ile İslami bir ülke olan Türkiye'de yeme tutum ve davranışlarında cinsiyet farkının görülmediği ile bu araştırma ile paralel şekildedir. Cinsiyet farkının aksine yeme tutumuna dair davranışlarda yaş faktörünün önemli bir paya sahip olduğu literature paralel bir şekilde ergen-genç popülasyonun yetişkinlere göre daha yüksek puana sahip oldukları görülmektedir.

Buna ek olarak benzer farklılık kişilerin geçmiş psikolojik hikayesi ile de ilişkilidir. Herhangi bir psikolojik tanı almayıp başvurmamayan kişilerin yeme tutum testinden aldıkları puan ile daha önce psikolojik bir sorundan muzdarip kişilerin aldıkları puan birbirinden farklıdır. Araştırmanın hipotezinde öngörüldüğü gibi yapılan analizler sonucu olumsuz temel inançların ve bşetme stratejilerinin yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Özellikle kaçınmacı başetme stratejisi ile yeme üzerinde kontrol ve kendini kabule ilişkin temel inançların yeme tutum testi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Araştırmanın yeme bozukluğu konusunda literature olan genel katkısı dışında Türkiye de ilk kez yeme bozukluğu inanç ölçeğini kullanarak yapılması önemli bir değer taşımaktadır. Bir başka deyişle yeme bozukluğu ile yeme bozukluğuna dair inançların ilişkisi ortaya çıkarılarak bundan sonraki araştırmalar için yol gösterici olmuştur.

Ancak araştırmanın kısıtlı kaldığı pek çok muthemel nokta vardır. Bunlardan ilki hedef kitle olarak belirlenen popülasyona ulaşmadaki zorluk nedeniyle örneklem grubunun istenilen sayıya ulaşamamasıdır. Benzer bir çalışmanın daha geniş bir zamana yayılarak takip çalışmasını da kapsayan daha geniş örneklemlerle yapılması daha araştırmayı daha verimli kılacaktır. Bir başka deyişle sonuçların tüm balerin dansçı sporcu gibi araştırmanın yapıldığı meslek gruplarına genellenmesi doğru olmayacaktır.

Sonraki araştırmaların farklı spor dallarıyla çalışmasına ek olarak yeme bozukluğu gelişiminde risk faktörü taşıyabileceği düşünülen hostes manken model gibi farklı meslek gruplarının ulaşması literatür için büyük önem taşımaktadır.

Buna ek olarak araştırma katılımcıların kendi beyanına dayanan bilgilerden oluştuğundan ölçeklerde belirtilen skorların değeri sahip olunandan farklı yansıtılmış olabilmesi muhtemeldir.

Bununla paralel olarak özellikle araştırmanın önemli değişkenleri arasında yer alan beden kitle indeksi için ele alınan boy kilo bilgileri katılımcıların beyanı çerçevesinde doğru kabul edilişi araştırmanın önemli eksiklerinden biridir. Bunun dışında Batıdan uyarlanan ölçeklerin Türk popülasyonda uygulanmış olması pek çok araştırma gibi bu araştırmanın da kısıtlılığında yer almaktadır. Batı toplumları için üretilen ölçeklerin adaptasyon çalışması yapılması rağmen farklı kültür ve etnik gruplar için aynı şekilde yorumlanması büyük bir sorundur.

Farklı meslek gruplarının karşılaştırıldığı bu çalışmada balerin ve dansçılar kendi içlerinde gruplandırılarak incelenmemiştir. Daha sonraki araştırmalarda literatürde de etkisi olduğu üzerinde durulan bu değişkenler üzerinde durulabilir. Özellikle modern ve latin dans gibi alt gruplandırma sonuçlarının literatüre büyük katkı sağlayacaktır.

Buna ek olarak son yıllarda yeme bozukluğuna dair araştırmaların odak noktası haline gelen başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısına ait temel inanç ve baş etme stratejilerinin araştırılması hastalığın yapısının anlaşılması ve tedavisi için önem taşıyabilir.

Daha sonraki araştırmalar için yeme bozukluğu geliştirme riski olan meslek gruplarından oluşan kişilerden farklı zamanlarda özellikle mesleğe girmeden mesleği yaparken ve mesleği bıraktıktan sonra toplanabilecek verilerle oluşturulabilecek bir çalışma literatür açısından büyük önem taşıyabilir.

KAYNAKÇA

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A.&Kara, H., (2005) COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (6), 221-226.

Aksoy, U. M. , Aksoy , G. Ş. & Maner, F. (2008). Yeme Bozukluklarında Cinsellik, Cinsel Davranış ve Tutumlar. *Yeni Symposium*, 46 (2), 62-64.

Allison, K. C, & Park, C. L. (2004). A prospective study of disordered eating among sorority and nonsorority women. *Inrternational Journal of Eating Disorders*, (35), 354-358.

Altug, A., Elal, G., Slade, P., & Tekcan, A. (2000). The eating attitudes test (EAT) in Turkish university students: Relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eating and Weight Disorders*, (5), 152-160.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2001). *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 Yayın Birliği, Ankara.

Anshel, M. H. (2004). Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and non-dancers. *Journal of Sport Behavior*, 27 (2), 115-133.

Ball, K., & Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating : A review. *Psychology and Health* , (14), 1007-1035.

Baş, M., Aşçı, F. H., Karabudak, E., & Kiziltan, G. (2004). Eating attitudes among Turkish adolescents. *Adolescence*, 39 (155), 593- 599.

Berry, T., & Howe, B. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23(3), 207-218.

Bloks H, Van Furth EF, Callewaert I, Hoek HW. (2004) , Coping strategies and recovery in patients with a severe eating disorder, *Eating Disorder*;12:157- 169.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, Inc.

Cafri, G. , Thompson, J. K. , Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L.& Yesalis, C. (2005) Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, (25), 215-239.

Canpolat, B. I., Orsel, S., Akdemir, A., & Özbay, M. H. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and Body Mass Index in Turkish Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, (37), 150-155.

Cash, T.F. (2004) Body image: Past, Present and future, *Body image : An International Journal of Research*, (1), 1-5

Clabaugh, A.,& Morling, B. (2004). Stereotype accuracy of ballet and modern dancers. *Journal of Social Psychology*, 144 (1), 31-48.

Cooper, M. J., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1995). *Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen.

- Cooper, M. J., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, (35), 381–388.
- Cooper, M. J & Hunt, J. (1998). Core Beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, (36), 895- 898.
- Cooper, M. J. (2003). *The psychology of bulimia nervosa: a cognitive perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, M. J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, (43),1–16.
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, (38), 60–64.
- Durak, M. , Zeyrek-Rios, Y.E., Karaköse, S. (2012). *Yeme Tutum İnanç Ölçeği- Türkiye Norm ve Adaptasyon Çalışması*.(Basılmamış Makale).
- Eating Disorders in adult women, (2012). Harvard Mental Letter; Harvard Mental School. 28 : 9
- Edman, J. L., & Yates, A. (2004). Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison. *European Eating Disorders Review*, (12), 190–196.

- Erol, A. , Toprak, G ,& Yazıcı, F. (2002) Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Türk. Psikiyatri Dergisi, (13)*, 48–57.
- Erol, A., Toprak, G., & Yazici, F.. (2006). Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, (60)*, 551-557.
- Ertaş, H. S. (2006) *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri.*(1.Baskı). İstanbul: Timaş.
- Fahy, T. A, Osacar A &, Marks, I. (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders, 14*(4), 439-43.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavioural therapy*. Oxford: Oxford Universities Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during 3 stages of a college-examination. *Journal of Personality and Social Psychology, (48)*, 150–170.

- Ford, G., Waller, G. & Mountford, V. (2011) Invalidating Childhood Environments and Core Beliefs in Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, (19), 316–321.
- Fox, J. R. E & Power, M. J. (2009) *Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model - Clinical Psychology and Psychotherapy*, (16), 240–267.
- Frydenberg E, Lewis R. (1998). Adolescent Coping Scale *Australian Council for Educational Research* .
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C, Goldbloom, D., Kennedy, S., ICaplan, A. S., & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, (152), 1052-1058.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, (9), 273-279.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 647-656.
- Garner, D.M.(1997). The Body Image Survey Results. *Psychology Today*, (30), 75-84.
- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, (10), 102-109.
- Grogan , S. (2008). *Body image: Understanding Body Dissatisfaction in men, women and children*. (2nd edition). New York : Routledge.

- Hamilton, L., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, (4), 465-477.
- Hausenblas, H. A., & Mack, D. E. (1999). Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and nonathletic populations. *Journal of Sport Behavior*, (22), 502-524.
- Hoek, WH & Hoeken, D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, (34), 383-396
- Holahan, C. & Moos, R. H , (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, (52),946-955.
- Jones , C. J., Leung, N., & Harris, G. (2007) Dysfunctional Core Beliefs in Eating Disorders: A Review *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2).
- Karayigit, Z. (2007). *Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama göre İncelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karlıdağ R, Evereklioğlu C, Ünal S, Sipahi B, Er H, &Yoloğlu S. (2001) Behçet hastalarında stresli yaşam olayları ve başa çıkma yöntemleri ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (12), 203-209.
- Kaufman, B. A., Warren, M. P., Dominguez, J. E., Wang, J., Heymsfield, S. B., & Pierson, R. N. (2002). Bone density and amenorrhea in ballet dancers

are related to decreased resting metabolic rate and lower leptin levels.
Journal of Clinical Epidemiology & Metabolism, 87(6), 2777-2783.

Kavas, A. G ,(2007). Eating Attitudes and Depression in a Turkish Sample.
European Eating Disorders Review, (15), 305–310.

Kaya, B., Yiğittürk, D. ,& Yalvaç, H.D. (2003) - Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, (6), 56-61.

Kızıltan, G. & Karabudak, E. , (2008). Risk of Abnormal Eating Attitudes among Turkish Dietetic Students. *Adolescence*, 43(171).

Kirk, G., Singh, K., & Getz, H. (2001). Risk of eating disorders among female college athletes and nonathletes. *Journal of College Counseling*, (4), 122–133.

Kocabaşoğlu N. (2001)Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium*, 39 (2), 95-99.

Koff, E., & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, (22), 51–56.

Koutedakis, Y., & Jamurtas, A. (2004). The dancer as a performing athlete. *Sports Medicine*,34(10), 651-661.

Kuğu, N., Akyüz, G., Dogan, Ö., Ersan, E., & İzgiç, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (40), 129-135.

- Kuruoğlu, AÇ. , Arıkan, Z. (2000) Yeme bozukluklarında Genetik Etkenler .
Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, (10),7-22.
- Lindberg, L.,& Hjern, A. (2003) Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort Study. *Journal of Eating Disorders, (34), 397–408.*
- Maner, F. , (2001) Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası, (5), 130 -139.*
- Maner , F. & Aydın, A. (2007) Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam, 20(1), 25-37.*
- Maranon, I., Echeburua, E., & Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review, (12), 217-222.*
- Monaghan, L. (2005). Discussion piece : A critical take on the obesity debate. *Social Theory and Health, (3), 302 – 314.*
- Montanari, A., & Zietkiewicz, E. A. (2000). Adolescent South African ballet dancers. *Journal of Psychology, 30(2), 31-36.*
- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Iketani, T., & Oshima, J. (2000). Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188, 280–286.*
- Nelson, W. L., Huges, H. M., Kartz, B., & Searight, H. R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence, (34), 621–635.*

- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, (28), 265-271.
- O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, (10), 1-13.
- Ortaçgil, E. (2009). *A study exploring the relationship between eating disorders and borderline personality*. Unpublished master's thesis, Bilgi University Institute of Social Sciences.
- Paxton, S. J., & Diggins, J. (1997). Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, (22), 83-87.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and Bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, (40), 193 – 201.
- Pyle, R., Mitchell, J., Eckert, D., Halverston, P., Neumann, P., & Goff, G. (1983). The incidence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, (2), 75-85.
- Ringham, R., Klump, K., Kaye, W., Stone, D., Libman, S., Stowe, S., & Marcus, M. (2006). Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 503-508.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, (37), 112-118.

- Rose , K.S , Cooper, M.J & Turner, H. (2006) The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Eating Behaviors*, (7), 410–418.
- Rucker, C.E.,& Cash, T.F. (1992) Body Images, Body Size Perception and Eating Behaviors Among African-American and White College Women. *International Journal of Eating Disorders*, (12), 291-299.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L.,& Sansone, L.A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, (13), 7-21.
- Savaşır, I., & Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 19-25.
- Schmidt, N.B., Joiner, T. E., Young, J.E., Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Theory and Research*,19,295-321.
- Schumaker, J. F & Ward, T. (baskıda).Eating Disorders, Culture and Cognition. *Cultural Cognition and Psychopathology*. Westport, Conn : Proteger
- Schwarz, H. C., Gairrett, R. L., Aruguete, M. S., & Gold, E. S. (2005). Eating attitudes, body dissatisfaction, and perfectionism in female college athletes. *North American Journal of Psychology*, 7(3), 345-352.

- Shatfor, L. A. , & Evans, D. R. (1986). Bulimia as a manifestation of the stress process : A LISREL causal modeling analysis . *International Journal of Eating Disorders*, (5), 451 – 471.
- Sheffield, A. , Waller, G. , Emanuelli, F., Murray, J. & Meyer, C. (2005) Links Between Parenting and Core Beliefs: Preliminary Psychometric Validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787–802.
- Siva, A.N. (1991). *Coping with distress, learned powerfulness and depression among infertile people*. Unpublished Doctoral Dissertation. Ankara, Turkey: Hacettepe University.
- Siyez, D. M. ,& Baş, A.U (2006) Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki .*Yeni Symposium*, 44 (1), 37-43.
- Soukup, V. M. , Beiler, M.E. & Terrell, F. (1990) Stress; coping style, and problem solving ability among eating disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, (46), 592-599.
- Stern, S., Dixon, KN., Jones, O., Lake, M., Nemzer, E, & Sansone, R. (1989) Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, (8), 25-31.
- Şenol-Durak, E., Durak, M., & Elagöz, F. Ö. (2011). Testing the psychometric properties of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) in Turkish university students and community samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 172-185.

- Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 263-268.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (1999). Athletes, athletic performance, and eating disorders: Healthier attitudes. *Journal of Social Issues*, 55(2), 317-337.
- Tobin, DL. & Griffing, AS. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, (18), 359-363.
- Toker, D. E., & Hocaoglu, Ç. (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*; 22(1-4), 36-42.
- Tozzi, F, Sullivan, PF., Fear, JL., McKenzie, J.,& Bulik, C.M, (2003) Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*, (34), 143-154.
- Troisi, A., Massoroni, P.,& Cuzzolaro, M. (2005) Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, (44), 89-98.
- Troop, A.N. (1998). Eating Disorders as Coping Strategies: A Critique. *European Eating Disorders Review*, (6), 229 – 237.
- Türkçapar, H. M. , (2011) . *Bilişsel Terapi, Temel İlke ve Uygulama*.(5. Baskı) Ankara: HYB.

- Vardar, E. , Vardar, S. A, Toksöz, İ. &, Süt, N. (2012) Egzersiz Bağımlılığı ve Psikopatolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, (25), 51-57.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, (28), 235 –241.
- Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, & Treasure J. (2000) Attachment patterns in eating, disorders: past in the present. *International Journal Eating Disorders*, (28), 370-376.
- Werne, J., & Yalom, I. D. (1996). *Treating eating disorders*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Wolf, N. (1991) *The beauty myth : How images of beauty are used against women*. New York : William Morrow.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. (3rd ed.). Sarasota: Florida: Professional Resource Exchange.
- Young,J.E. (1994).*Cognitive therapy for personality disorders:Avschema focussed approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

ARAŞTIRMA İZİN VE ONAY FORMU

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden bazı anketleri yanıtlamanız istenmektedir. Yeme tutumlarını anlama amacı taşıyan bu araştırma için anketlere vereceğiniz cevaplar ve kişisel (demografik) bilgiler sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle araştırmacı tarafından GİZLİ tutulacaktır. Vereceğiniz bilgilerin DOĞRULUĞU bizim için çok önemlidir. Lütfen soruların başındaki yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Lütfen cevaplanmamış soru bırakmayınız.

Çalışmaya yönelik sorularınızı; Psk. Selin KARAKÖSE' ye (Tel: 0532 691 67 51, e-mail : selin.karakose@yahoo.com) iletebilirsiniz.

BU çalışmaya olan KATKINIZ ve verdiğiniz cevaplardaki SAMİMİYETİNİZ için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

EK 2 : Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Bayan Erkek

3. Eğitim durumunuz

- Okur yazar değil Okur yazar İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu Lise mezunu Yüksek okul mezunu
 Üniversite mezunu Yüksek Lisans mezunu Doktora Mezunu

4. Mesleğiniz

- Hostes/Host Manken Dansçı Balerin/Balet Aktris/Aktör
 Sporcu Öğrenci Diğer

5. Ailenizin toplam AYLIK geliri (TL):

(net olarak bilmiyorsanız yaklaşık bir değer yazınız.)

6. Boyunuz (cm) 7.Kilonuz (Kg)

7. Aşağıdaki psikolojik rahatsızlıklardan en az biri için bir uzmana başvurup tanı aldınız mı?

- Başvurmadım – Tanı almadım
 Bipolar Bozukluk Sosyal Fobi Obsesif Kompulsif Bozukluk
 Anoreksiya Şizofreni Depresyon
 Basit Fobi Blumia Travma Sonrası Stres Bozukluğu
 Yaygın Kaygı Bozukluğu Somatizasyon – Somatoform Bozukluğu
 Diğer

Ek 3: Yeme Tutum İnanç Ölçeği

Aşağıdaki listede kişilerde bazı dönemlerde görülen farklı türdeki davranış ve inançların ifadelerini bulacaksınız. Bu ifadeleri dikkatle okuyup rasyonel olarak doğru olması gerekenleri değil, hislerinizi ve inançlarınızı düşününüz. Puanlama yaparken genel hislerinizi ve inançlarınızı en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

**Genellikle bu
inancı taşımam**

**Bunun doğruluğuna
tamamen inanıyorum**

1. Sevmeye değer biri değilim

2. Vücudum sıkı olursa daha çekici olurum

3. Çirkinim

— EK 3 : Yeme Tutum İnanç Ölçeği

4. İŖe yaramaz biriyim

5. Başarısız biriyim

6. Yasaklanmış bir yiyecek yersem, kendimi asla durduramam

7. Karnım düz olursa daha çekici olurum

8. Kilo verirsem çevremde saygınlığım artar

9. Tatlı veya puding yersem kilo alırım

10. Aç kalarak kendimi terbiye ederim ve kontrolsüz yiyerek şişmanlamam

11. Yapayalnızım

12. Yağ, şeker, ekmeğ ve hamur gibi kötü yiyecekler yersem, bunlar vücudumda yağa dönüşür

— EK 3 : Yeme Tutum İnanç Ölçeği

13. Hiç de iyi biri değilim

14. Düzenli yersem kilo alırım

15. Günde üç öğün yersem kilo alırım

16. Bir şey yer yemez onu vücudumdan atma ihtiyacı duyarım

17. Beğenilecek biri değilim

18. Kalçalarım dar olursa insanlar beni daha çok beğenir

19. Zayıflarsam insanlar bana daha arkadaşça davranır ve beni daha fazla tanımak ister

20. Kilo alırsam bu benim kötü bir insan olduğumu gösterir

EK 3 : Yeme Tutum İnanç Ölçeği

21. Kalçalarım sıkıysa bu benim daha hoş bir insan olduğumu gösterir

22. Kendimi çok sevmiyorum

23. Kilo alırsam bu benim bir hiç olduğumu gösterir

24. Kalçalarım dar olursa bu benim daha başarılı olduğumu gösterir

25. Kilo veririm insanlar beni daha fazla umursar

26. Vücudum orantılıysa insanlar beni daha fazla sever

27. Sıkıcı biriyim

28. Aşırı (tıkınırcasına) yersem, kusarak kontrolü tekrar ele geçiririm

29. Aptalın biriyim

30. İnce bir vücudum varsa kendimi iyi hissederim

31. Kalçalarım ve basenlerim küçük olursa insanlar beni ciddiye alır

EK 3 : Yeme Tutum İnanç Ölçeği

32. Yağlarım ve sarkık yerlerim iğrenç görünüyor

Ek 4: Başetme Stratejileri Ölçeği

Aşağıda, stresli durumlarla karşılaştığınızda GENEL OLARAK ne yaptığınız ve ne hissettiğinizle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizin için uygun rakamı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen, tüm ifadeleri yanıtlayınız.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|
| Hiçbir zaman kullanmıyorum | Çok nadir kullanıyorum | Bazen kullanıyorum | Çoğu zaman kullanıyorum | Her zaman kullanıyorum |
| 1. Bir sıkıntım olduğunu kimsenin bilmesini istemem | | | | 1 2 3 4 5 |
| 2. Çevremdeki insanlardan problemi çözmede bana yardımcı olmalarını beklerim | | | | 1 2 3 4 5 |
| 3. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım | | | | 1 2 3 4 5 |
| 4. "Allah'ın takdiri buymuş" diye kendi kendimi teselli ederim | | | | 1 2 3 4 5 |
| 5. Sıkıntımdan kaçmak için değişik işlerle uğraşırım | | | | 1 2 3 4 5 |
| 6. Bu dertten kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm | | | | 1 2 3 4 5 |
| 7. Problemin ciddiyetini anlamaya çalışırım | | | | 1 2 3 4 5 |
| 8. Sıkıntımdan uzaklaşmak için yürüyüşe çıkarım ya da egzersiz yaparım | | | | 1 2 3 4 5 |
| 9. "Hep benim yüzümden oldu" diye kendimi suçlarım | | | | 1 2 3 4 5 |

Ek 4: Başetme Stratejileri Ölçeği

| | |
|---|-----------|
| 10. "Her işte bir hayır vardır" diye düşünürüm | 1 2 3 4 5 |
| 11. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem | 1 2 3 4 5 |
| 12. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım | 1 2 3 4 5 |
| 13. "Bu benim suçum" diye kendimi eleştiririm | 1 2 3 4 5 |
| 14. Olanlardan kimseye söz etmemeyi tercih ederim | 1 2 3 4 5 |
| 15. Sıkıntımdan uzaklaşmak için değişik yerlere (alışverişe, kahvehaneye vb.) giderim | 1 2 3 4 5 |
| 16. Neler olabileceğini düşünüp ona göre davranmaya çalışırım | 1 2 3 4 5 |
| 17. Öneri almak için ailemdeki bireylerle konuşurum | 1 2 3 4 5 |
| 18. Problemin çözümü için adak adarım | 1 2 3 4 5 |
| 19. Sıkıntımdan kaçmak için olayı yavaşlatmaya ve böylece kararı ertelemeye çalışırım | 1 2 3 4 5 |
| 20. Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım | 1 2 3 4 5 |
| 21. Problemi adım adım çözmeye çalışırım | 1 2 3 4 5 |
| 22. Problemin çözümü için hocaya okunurum | 1 2 3 4 5 |
| 23. Dua ederek Allah'tan yardım dilerim | 1 2 3 4 5 |
| 24. Sıkıntımdan kaçınmak için her zamankinden daha fazla yerim ya da içerim | 1 2 3 4 5 |
| 25. Ne yapılacağını planlayıp ona göre davranırım | 1 2 3 4 5 |

Ek 4: Başetme Stratejileri leği

| | |
|--|-----------|
| 26. Sorunun benden kaynaklandđını dűřünürüm | 1 2 3 4 5 |
| 28. Nazarlık takarak, muska taşıyarak benzer olayların olmaması için çalışırım | 1 2 3 4 5 |
| 29. Duygularımı kimseyle paylaşmam, kendime saklarım | 1 2 3 4 5 |
| 30. Ne olup bittiđini anlayabilmek için sorunu enine boyuna dűřünürüm | 1 2 3 4 5 |
| 31. Sorunun nedenleri hakkında kendime karşı hoşgrl olmaya çalışırım | 1 2 3 4 5 |

Ek 5: Yeme Tutum Ölçeği

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "1" kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "6" kutucuğunu X ile işaretleyiniz

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

EK 5 : Yeme Tutum Ölçeği (YTT)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Ailem fazla yememi bekler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Yemek yedikten sona kusarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Günde birkaç kere tartılırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

EK 5 : Yeme Tutum Ölçeği (YTT)

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 19. Et yemekten hoşlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Sabahları erken uyanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Günlerce aynı yemeği yerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Adetlerim düzenlidir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Lokantada yemek yemeyi severim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Müshil kullanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Ek 5: Yeme Tutum Ölçeği (YTT)

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Kabızlıktan yakınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Perhiz yaparım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ÖZGEÇMİŞ

SELİN KARAKÖSE

Cep: (532) 691 67 51

E-mail:selin.karakose@yahoo.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Uyruğu: T.C

Doğum Yeri: İstanbul

Doğum Tarihi: 06/04/1987

Medeni Durum: Bekar

EĞİTİM DURUMU

2010 - 2012 : Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tezli)

2008 - 2009 – California State University – Psikoloji Bölümü (% 100 Burslu)

2005 - 2010 : Yeditepe Üniversitesi - Psikoloji Bölümü (% 100 – ÖSYM Burslu)

YABANCI DİL

İngilizce: İyi seviyede

BİLGİSAYAR

Microsoft Ofis Programları

DENEYİMLER

2012 – Sabancı Üniversitesi – Kariyer Merkezi

2011 – 2012 TÜBİTAK - SOBAG PROJESİ

2010 - 2011 Deneyim Danışmanlık

2008-2009 ATU Duty Free - Human Resources

SEMİNER VE EĞİTİMLER

2012 – Imago Couple Therapy (Harville Hendrix) - Evlilik Terapileri Enstitüsü

2010 - Christian Hoffman – Ergenlerde Psikoz (Bilgi University)

2010 - Spencer G. Niles – Making Career Decisions in the 21st Century : The Simple Techniques for Complex Times – Career Counseling (Bahçeşehir University)

2010 - Brandon Hunt – Grief and Loss Counseling (Bahçeşehir University)

2009 – CBT for Depression (Cal State University)

2009 – CBT for Anxiety Disorders (Cal State University)

2009 - Dr. Leslie Greenberg – Emotional Therapy (Bogazici University)

ÇALIŞMALAR

2010 – Bakirkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi – L Servisi (9 ay)

2010 – Erenkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (2 ay)

2009 – Tarlabasi Toplum Merkezi - Araştırma Üyesi ve Gönüllü Çalışan (6 ay)

2009 – Rusihak Sosyal Sorumluluk Projesi (8 ay)

2008- Bilfen Acıbadem Anaokulu Okul Öncesi Çocuklarda Algı Araştırması

İLGİ ALANLARI

Piyano çalmak, Kayak yapmak , Farklı ülkelere seyahat etmek