GENÇ YETİŞKİN KADINLARDA YEME TUTUMLARININ DÜRTÜSELLİK VE ÖZ DUYARLIK İLE İLİŞKİSİ

Özlem Akkol

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı/Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Melis Seray Özden Yıldırım

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Eylül 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Özlem AKKOL' un "Genç Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumlarının Dürtüsellik ve Öz Duyarlılık İle İlişkisi" başlıklı tezi 28/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans/Doktora tezi **oy birliğiyle** / ~~**oy çokluğuyla**~~, **başarılı** / ~~**başarısız**~~ olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Dr. Öğr. Üyesi Melis Seray ÖZDEN YILDIRIM	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Handan DOĞAN	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Seda ERZİ	.....

Doç. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

28/09/2018

Özlem Akkol



iii

TEŞEKKÜR

Tez yazmaya başladığım ilk günden beri pozitif tutumunu koruyan, yanlışlarımı her seferinde büyük bir temizlikle düzeltmeme yardımcı olan, bana anlayış ve sabırla yaklaşan çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Gör. Melis Seray ÖZDEN YILDIRIM'a,

Tez yazma sürecimde çok güzel karşılaşmalara sebep olan, çalışmamda bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen arkadaşlarım Uzman Psikolog Gülşah YAHŞİ YILDIRIM ve Psikolog Melike SABAK'a,

Sabrına, enerjisine ve kapsayıcılığına hayran kaldığım Annem Kibar AKKOL'a, emek vermenin anlamını bana varlığıyla gösteren Babam Muzaffer AKKOL'a, canımın en derin parçası Kardeşim Özge AKKOL'a,

Beni en iyi anlayan ve her zaman motive eden en yakın arkadaşım Hande ÇAĞDAŞ'a,

Hayatımızın yükünü birlikte taşıdığım Eşim Onur KULAAT'a,

Lisans ve Yüksek Lisans Eğitim hayatım boyunca eğitim bursu ile beni destekleyen TÜBİTAK'a

Çalışmama destek veren katılımcılara,

Umutsuzluğa kapıldığımda beni her daim detekleyen, ismini burada yazamadığım tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Özlem AKKOL

Eylül 2018

ÖZ

GENÇ YETİŞKİN KADINLARDA YEME TUTUMLARININ DÜRTÜSELLİK VE ÖZ DUYARLIK İLE İLİŞKİSİ

Özlem AKKOL

Yüksek Lisans Tezi

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Melis Seray ÖZDEN YILDIRIM

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018

Bu çalışma, genç yetişkin kadınlarda yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlık arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırma, 630 katılımcının anketlere vermiş olduğu yanıtların analizi yapılarak değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesini kapsamaktadır. Araştırma için kullanılan ölçekler Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutumu Ölçeği (YTT), Barrett Dürtüsellik Ölçeği ve Özduyarlık Ölçeği'dir. Araştırmada katılımcıların demografik değişkenleri araştırma değişkenleri ile karşılaştırılarak farklılaşma düzeyleri incelenmiş ve araştırma değişkenlerinin arasındaki ilişki ölçeklerdeki alt boyutlar hesaplanarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, demografik ve diyet öyküsüne ilişkin değişkenler bakımından yeme tutumunun anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Diyet öyküsü bulunan, şu anki kilosunu şişman olarak değerlendiren ve hedeflenen kilodan uzak olduğunu bildiren katılımcıların yeme tutumu ve dürtüsellik ile olumsuz puanlanan özduyarlık alt boyutlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yeme tutumunun dürtüsellik ve özduyarlık olumsuz alt boyutları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulguların, yeme psikopatolojisi alanında yapılacak klinik pratik ve araştırmalara yön verecek bulgular sağladığı düşünülmekte ve özellikle yaş grubu olarak yeme bozukluğu riskinin fazla olduğu genç erişkin kadınlarla yapılacak koruyucu ve önleyici çalışmalara ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: 1. Dürtüsellik, 2. Öz Duyarlık, 3. Yeme Tutum

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF EATING ATTITUDES WITH IMPULSIVITY AND SELF COMPASSION AMONG EARLY ADULT WOMEN

Özlem AKKOL

Master Thesis

Psychology Department

Clinical Psychology Programme

Thesis Advisor: Asst. Prof Melis Seray ÖZDEN YILDIRIM

Maltepe University Psychology Graduate School, 2018

This study aimed to examine the relationship among eating attitudes, self-compassion, and impulsivity among early adult females. 630 participants filled out survey forms for analyzing data regarding the degree of relationship in this research. The measurement instruments for data collection included Sociodemographic Information Form, Eating Attitude Test, Barrett Impulsivity Scale, and Self-Compassion Scale. Data analyzes also included comparative and descriptive statistics with demographic and research variables in order to reveal differences. Additional correlational design was conducted for the degree of relationship among research variables.

Eating attitudes scores were found as significantly different in terms of demographic as well as variables related to diet history. Participants having diet histories, being unable to reach their target weight and evaluated themselves as overweight also reported higher scores in eating attitude, self-compassion, and impulsivity. Additionally, eating attitudes, negative subscales of self-compassion, and impulsivity were also found as significantly and positively correlated in this study.

Results of the study is prominent in terms of contributing details for appropriate clinical research and practice related to eating psychopathology. Besides, the findings are also crucial because of the fact the emerging adulthood has been viewed as risky in term of developing disordered eating. Therefore, the study can provide insight for structuring protective and preventive strategies when working with eating disorders.

Keywords: 1.Eating Attitudes, 2.Impulsivity, 3. Self-Compassion

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

İNTİHAL RAPORU ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TEŞEKKÜR ..... İV

ÖZ V

ABSTRACT ..... Vİ

İÇİNDEKİLER ..... Vİİ

TABLOLAR LİSTESİ X

KISALTMALAR ..... Xİİ

ÖZGEÇMİŞ ..... Xİİİ

BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1. Problem 1

1.2. Amaç 3

1.3. Önem 3

1.4. Varsayımlar 4

1.5. Sınırlılıklar 4

1.6. Tanımlar 4

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Yeme Tutumu Kavramı 5

2.1.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı 6

2.1.2.1. Yeme Bozukluklarının Oluşumunda Risk Faktörleri 7

2.1.2.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması 11

2.1.2.3. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı 22
2.1.2. Farklı Kuramlar Açısından Yeme Bozuklukları 24
2.1.2.1. Bilişsel – Davranışçı Kuramlar 24
2.1.2.2. Şema Modeli 27
2.1.2.3. Psikodinamik Kuramlar 28
2.1.3. Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılan Araştırmalar 35

2.2. Dürtüseliğin Tanımı 38
2.2.1. Dürtüselliğin Süreçleri 40
2.2.2. Dürtüsellik ile İlgili Yapılan Çalışmalar 40

2.3. Öz Duyarlık Tanımı 42
2.3.1. Öz duyarlık Alt Boyutları 44
2.3.1.1. Öz Sevecenlik 44
2.3.1.2. İnsanlığın Ortak Deneyimleri 45
2.3.1.3. Bilinçlilik 46

BÖLÜM 3. YÖNTEM 48

3.1. Araştırma Modeli 48

3.2. Evren ve Örneklem 48

3.3. Veriler ve Toplanması 51
3.3.1. Demografik Bilgi Formu 52
3.3.2. Yeme Tutum Ölçeği 52
3.3.3.Barrett Dürtüsellik Ölçeği 52
3.3.4. Öz Duyarlık Ölçeği 53

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 53

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUM 55
4.1. Yeme Tutumunun Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması 55
4.2. Katılımcıların Öz Duyarlık, Dürtüsellik ve Yeme Tutumunun Korelasyon Analizi64
4.3.Katılımcıların Öz Duyarlık, Dürtüsellik ve Yeme Tutumunun Regresyon Analizi 65

BÖLÜM 5. SONUÇ 66
5.1.Özet 66
5.2.Yargı 67
5.3.Öneriler 71

EKLER 72

A. Demografik Bilgi Formu 72

B. Yeme Tutumu Ölçeği 74

C. Barrett Dürtüsellik Ölçeği 76
D. Özduyarlık Ölçeği 78
KAYNAKÇA 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Anoreksiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri (DSM V, 2013)..... 12
Tablo 2. DSM-V'e (2013) göre Bulimiya Nervoza tanı kriterleri..... 15
Tablo 3. DSM-V'e (2013) göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri 18
Tablo 4. Örnekleme İlişkin Demografik Değişkenlerin Dağılımı 49
Tablo 5. Kilo ve Diyet Öyküsü ile İlgili Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri..... 50
Tablo 6. Yeme Tutumunun Diyet Yapmış Olma Değişkeniyle Karşılaştırılması İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi..... 55
Tablo 7. Yeme Tutumunun Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 56
Tablo 8. Yeme Tutumunun Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları..... 56
Tablo 9. Yeme Tutumunun Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları 57
Tablo 10. Yeme Tutumunun Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 57
Tablo 11. Yeme Tutumunun Birlikte Yaşanılan Kişiler Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 57
Tablo 12. Yeme Tutumunun Birlikte Yaşanılan Kişiler Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi..... 58
Tablo 13 Yeme Tutumunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları..... 58
Tablo 14. Yeme Tutumunun Anne Eğitim Değişkeniyle Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 59
Tablo 15. Yeme Tutumunun Baba Eğitim Değişkeniyle Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 59
Tablo 16. Yeme Tutumunun Şu Anki Kiloyu Değerlendirme Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 60

Tablo 17. Yeme Tutumunun Şu Anki Kiloyu Değerlendirme Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları 60
Tablo 18. Yeme Tutumunun Hedeflenen Kiloya Ulaşma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 60
Tablo 19. Yeme Tutumunun Hedeflenen Kiloya Ulaşma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları 61
Tablo 20. Yeme Tutumunun Diyete Başlama Düşüncesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 61
Tablo 21. Yeme Tutumunun Diyete Başlama Düşüncesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları 62
Tablo 22. Yeme Tutumunun Diyet Yapma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... 62
Tablo 23. Yeme Tutumunun Diyet Yapma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları..... 63
Tablo 24. Araştırma Değişkenlerinin Pearson Korelasyon Analizi Sonucu..... 64
Tablo 25. Yeme Tutumu, Öz Duyarlık ve Dürtüsellik Alt Boyutlarının Doğrusal Regresyon Analizi..... 65

KISALTMALAR

5HTT : Serotonin

DA : Dopamin

DSM **:** Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

AN **:** Anoreksiya Nervoza

BN **:** Bulimiya Nervoza

NA : Noradrenalin

OFC : Orbitofrontal Korteks

PFC : Prefrontal Korteks

TYB **:** Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

VKİ **:** Vücut Kitle Indeksi

ÖZGEÇMİŞ

Özlem Akkol

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2018	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2011	İstanbul Üniversitesi, Edebiyet Fakültesi Psikoloji Bölümü
Lise	2006	Haydarpaşa Anadolu Lisesi

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Bakırköy/İstanbul Cinsiyet: Kadın

Yabancı diller : İngilizce

GSM / e-posta : +905543093417 / ozlemakkol.oa@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

"Bu bölümde, araştırmanın kimlik bilgilerinden olan problem, amaç, önem, varsayımlar, sınırlıklar ve tanımlara yer verilmiştir"

1.1. Problem

Yeme tutumu, biyopsikososyal faktörler ışığında değerlendirilen bir kavram olup, klinik araştırma ve pratik alanlarında önemli bir çalışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeme tutumunun uyumsuz veya psikopatolojik seyrinde "Yeme bozuklukları" başlığı ile değerlendirilebilen ve kişilerin yemek ile kurmuş olduğu uyumsuz ilişki neticesinde farklı tiplerde psikiyatrik bozuklukların kriterlerini karşılayabildiği görülmektedir (Fairburn, 2003). Yemek ile kurulan ilişkinin yalnızca fiziksel açlığı bastırmak niteliğinde olmadığı ve kişilerin işlevselliğini etkileyecek düzeyde yeme davranış kalıplarını benimsemesinin yol açtığı davranış bozukluklarının birtakım risk faktörleri ve tetikleyicileri söz konusudur (Fairburn, 2003). Bununla birlikte, yeme tutumlarına ilişkin kişiler için koruyucu nitelikte olabilecek unsurların mevcut olduğu belirtilmiştir (Fairburn, 2003). Hem tetikleyici hem de koruyucu faktörlerin ele alınmasının yeme davranışlarına ilişkin değerlendirmelerin klinik alanda değerlendirilmesi açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, daha önceki çalışmalarda da ilişkili olduğu öne sürülen dürtüsellik ve özduyarlık kavramlarına yer verilmiştir. Dürtüsellik kavramının özellikle dürtü kontrol bozuklukları ve bağımlılık bozuklukları gibi psikopatolojilerle ilişki olduğu görülmüş ve aynı şekilde yeme bozuklukları veya yeme bağımlılığı gibi kavramlarla birlikte değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, koruyucu olabileceği öngörülen ve özellikle kişilerin yeme davranışlarının arka planında yer aldığı düşünülen klinik mükemmeliyetçilik ve beden algısı açısından önemli bir değişken olabilecek özduyarlık (self-compassion) kavramı bu çalışmada koruyucu ve diğer ilişkili faktör olarak incelenmiştir.

Yeme bozuklukları prevalansı ele alındığında, gelişimsel dönem itibariyle ergenlik ve beliren erişkinlik dönemlerinde yeme psikopatolojisine ilişkin kişilerde oranların artış gösterdiği görülmektedir (Vardar & Erzengin, 2011) . Ayrıca, cinsiyet

değişkeni bakımından ele alındığında kadınların yeme tutumlarına ilişkin uyumsuz ve işlevsel olmayan seyrinin erkeklere göre daha fazla olduğu öne sürülmektedir.

Bu doğrultuda, çalışmanın örneklemini genç kadınlar oluşturmaktadır. Beliren erişkinlik dönemindeki genç kadınlardaki yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlık düzeyleri bu çalışmada incelenecek değişkenler olarak belirlenmiştir

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

H1: Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumları ile dürtüsellik arasında bir ilişki vardır.

H0: Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumları ile dürtüsellik arasında bir ilişki yoktur.

H2: Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumları ile özşefkat arasında bir ilişki vardır.

H0: Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumları ile özşefkat arasında bir ilişki yoktur.

Araştırmanın alt problemleri ise şunlardır:

1: Diyet yapıp yapmamaya göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

2: Yaşa göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

3: Medeni duruma göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

4: Gelir düzeyine göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

5: Birlikte yaşanılan kişilere göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

6: Yeme tutumu eğitim furumuna göre farklılaşmakta mıdır?

7: Anne eğitim durumuna göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

8: Baba eğitim durumuna göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

9: Şu anki kiloyu değerlendirme durumuna göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

10: Hedeflenen kiloya ulaşma durumuna göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

11: Diyete başlama düşüncesine göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

12: Diyet yapma süresine göre yeme tutumu farklılaşmakta mıdır?

Çalışmanın birinci bölümünde, araştırma değişkenlerine ilişkin kavramsal çerçeveye yer verilmiştir. Yeme tutumu kavramı, yeme tutumunun farklı kuramlar çerçevesinde incelemesi (örn. Psikodinamik, Bilişsel Davranışçı gibi), dürtüsellik ve özduyarlık kavramının ele alınması yer almaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, araştırmadaki örneklem türü, kullanılan veri ölçüm araçları ve veri çözümleme işlemleri hakkında bilgiler yer almaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, veri incelemeleri sonucunda elde edilen bulguların tablolarla belirtilmesi ve açıklamaları yer almaktadır. Çalışmanın dördüncü bölümünde, elde edilen bulguların daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular doğrultusunda karşılaştırılarak değerlendirmesi ve tartışma yer almaktadır.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, genç yetişkin kadınların yeme tutumlarının dürtüsellik ve öz-duyarlıkları ile ilişkisini ortaya koymaktır.

1.3. Önem

Bu araştırmada, genç yetişkin kadınların yeme tutumlarının dürtüsellik ve öz-duyarlık ile ilişkisi incelenmiştir. Yeme bozuklukları tanısı almanın kadınlara göre erkeklerde daha seyrek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir . Buna göre, 15-18 yaş grubu arasındaki kişilerde yeme bozukluğuna rastlanma durumunun, genç yetişkin kadınlarda %70 iken, erkeklerde %30 oranında olduğu da belirtilmiştir (Maner, 2001). Bu verilerden yola çıkarak; genç yetişkin kadınların yeme bozukluğu semptomları sergileme anlamında erkeklere göre daha fazla risk grubunda yer aldığı görülmektedir. Bu sebeple araştırmanın genç yetişkin kadınlar üzerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Yapılan çalışmalarda da desteklendiği üzere, yeme tutumlarının kişilerin duygu durumları ile ilişkisi vurgulanmıştır. Bu doğrultuda, kişilerin olumsuz duygu durumla baş etmek adına yeme davranışına ilişkin işlevsel olmayan davranış kalıplarını benimsemesi, dürtüsellik kavramı içerisinde yer alan sıkışıklık (urgency) ve öz-denetim kavramları ile tutarlılık göstermektedir. Bu durumun aynı zamanda kişilerin kendilerine yönelik duyarlılık algısının duygu ve davranışlarını

şekillendirmede işlevi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, yeme bozukluklarında dürtü kontrol güçlüğünün hastalığın teşhisi, hastaya karşı tutum, hastalığın takibi ve tedavisi özelinde önemli noktaların başında olduğu da düşünülmektedir. Özduyarlık kişilerin kendilerine ve başkalarına ilişkin yaklaşımını barındıran bir durum olması sebebiyle yeme bozukluklukları ve dürtüsellğe ilişkin durumlarla ne ölçüde ilişkili olduğunu incelemenin önemli olduğu düşünülmektedir. Erken tanı, değerlendirme ve erken müdahale için yeme tutumları özduyarlık ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin araştırılması alanda çalışan klinisyenlere farklı bir bakış açısı kazandıracaktır.

1.4. Varsayımlar

Araştırmadaki örneklem sayısının sonuçların genellenebilirliği açısından evreni temsil ettiği varsayılmaktadır. Ayrıca, araştırmada kullanılan veri ölçüm araçlarının değişkenlerin incelenmesinde geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu varsayılmaktadır. Bununla birlikte, araştırmada kullanılan analiz yöntemlerinin sonuçların elde edilmesinde geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırmanın yöntem ve örneklem bakımından sınırlılıkları ele alındığında, araştırmada kullanılan ölçüm araçları, değişkenleri ölçme bakımından içerdiği maddelerle sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Yeme Tutumu: Atkinson Atkinson, Smith ve Hilgard (1987), kişinin davranış biçimlerini, tutum kavramı ile açıklamaktadır. Davranış biçimleri bir kişiye, farklı bir düşünceye ya da nesneye karşı olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Bu tanım temel alındığı takdirde; yemek yeme tutumu terimi de kişilerin yemek yeme eylemi hususundaki düşünce, duygu ve eylemlerini sistematik bir biçimde oluşturan meyil olarak tanımlanmaktadır.

Dürtüsellik: Barratt ve Patton (1983) dürtüsellik kavramini; davranışın sebep ve sonuçları arasındaki uyumsuzluğun nörofizyolojik temeldeki yetersizliği olarak tanimlamaktadir.

Öz duyarlık: Neff (2003: 85) öz-duyarlık tanımını şu şekilde yapmıştır: "*Bireyin kendi acılarına karşı açık olması ve ondan duygusal olarak etkilenmesi, ondan*

kaçınmaması ve onunla olan bağlantısını koparmaması; kendi acısını yatıştırma isteği üretmesi ve kendisini şefkatle iyileştirmesi".

BÖLÜM 2. Genel Bilgiler

"Bu bölümde, yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlığa ilişkin kavramsal çerçeve yer almaktadır."

2.1. Yeme Tutumu Kavramı

Yeme tutumları ve davranışları erken dönemde şekillenen ve hayati önem taşıyan kavramlardır. Yeme tutumuna ilişkin, gençlerde tanı konulamayacak düzeyde sağlıksız yeme tutum ve davranışları görülmektedir (Deveci, Doksat, Yektaş, & Doksat, 2016). Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), bireyin sağlığını tehdit edici unsurların ve normal olmayan yeme alışkanlıklarının yeme bozuklukları sonucu oluştuklarını belirtmektedir. Yeme bozuklukları, normal olmayan yeme tutumlarından farklı nitelik ve belirtiler taşıyabilmektedir (Özer ve ark, 2014). Musaiger ve arkadaşları (2016) 530 üniversite öğrencisi ile yeme tutumları hakkında araştırma yapmışlardır. Yapılan incelemeler sonucunda, kilo alma kaygısı, tıkınırcasına yemek yeme, anoreksiya nevroza ve bulimiya nevroza gibi sorunların düzensiz yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, araştırmacılar, yeme bozuklukları terimini olumsuz yeme tutum ve davranışlarını tanımlamak için kullanmaktadırlar.

Yeme davranışlarının cinsiyet kapsamında değerlendirilmesinde, kadınlarda daha yüksek oranda olumsuz yeme tutumları bulunduğu belirtilmektedir (Büyükgöze Kavas, 2007; Chin, Nasir, & Amiri, 2015; Jalali Farahani ve ark, 2016; Liao, ve ark, 2013; Lundahl, Wahlstrom, Christ, & Stoltenberg, 2015; Tam, Ng, Yu, & Young, 2007).

Olumsuz yönde ilerleyen yeme alışkanlıklarının yeme bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (Sart, 2008). Bazı araştırmalarda kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre dürtüsel özellikler içeren sınır kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarında, dürtüsel olan anoreksiya nevroza,

bulimiya nevroza ve tıkınırcasına aşırı yeme gibi yeme bozuklukları görülmektedir (Sansone & Sansone, 2013).

Yeme bozuklukları, yeme tutum ve davranışlarında meydana gelen olumsuzluklar sonucunda oluşabilmektedir (Batıgün & Utku, 2006). Yeme bozukluklarıyla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda sosyal, kültürel ve psikolojik birçok faktörün yeme tutum ve davranışlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Alpaslan ve ark, 2015).

2.1.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı

Yeme tutum ve davranışlarında ciddi bozulmalar ile karakterize olan yeme bozuklukları (American Psikiyatri Birliği, 1994; Baltacı, 2008), kadınlar arasında oldukça fazla görülmektedir (Stive & Shaw, 2002). Bu bozuklukların nüks oranları yüksek olmaktadır. Ayrıca yeme bozukluklarında, yataklı tedavi, tıbbi komplikasyonlar ve komorbid psikopatoloji oldukça sık görülmektedir. Yeme bozuklukları kronik bir psikiyatrik bozukluk türü olarak ele alınmaktadırlar (Stice, Trost, & Chase, 2003). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V) yeme bozukluklarını anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olarak iki ayrı tanı şeklinde ele almaktadır. Bir bireyin olabileceği en düşük vücut ağırlığını korumayı reddetmesi sonucu oluşan anoreksiya nervozanın (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994, s. 539) zayıflama isteği, şişmanlamaktan korkma, bozuk beden algısı, bireylerin bedensel görüntülerinden aşırı etkilenmeleri, aşırı zayıf olunduğunu kabul etmeme ve kadınlarda adet görmeme gibi özellikleri bulunmaktadır (Stice & Shaw, 2002).

Laksatiflerin ve idrar söktürücülerin kötüye kullanımı sonucu oluşan bulimiya nervozada kendini kusturma, aç bırakma ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar görülmektedir. Ayrıca bu kişiler tıkınırcasına yeme atakları geçirmektedirler (American Psikiyatri Birliği, 1994). Tıkınırcasına yeme atakları geçiren bulimiya nervoza hastaları bu durumu telafi etmek için kusma gibi davranışlar göstermektedirler. Ayrıca beden şekillerinden rahatsız olmakta ve bedensel görüntülerinden aşırı etkilenmektedirler (Stice & Shaw, 2002). Anoreksiya nervoza ile bulimiya nervozada beden şeklini ve kiloyu algılamada bozukluk ortak olarak

görülmektedir. DSM-IV'de belirli bir yeme bozukluğu ölçütünü karşılamayan yeme bozuklukları Başka Türlü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları kategorisinde yer almaktadırlar (American Psikiyatri Birliği, 1994).

2.1.2.1. Yeme Bozukluklarının Oluşumunda Risk Faktörleri

2.1.2.1.1. Biyolojik Risk Faktörleri

İştah, yeme bozukluklarının birincil konuları arasında yer almaktadır. Anoreksiya nervozada aşırı iştah kaybı görülürken; bulimiya nervozada tıkınırcasına aşırı yeme ataklarıyla iştah aşırılığı bulunmaktadır. Bu sebeple yeme bozuklukları için biyolojik faktörlere bakmak gerekmektedir. Biyolojik faktörlerin yeme bozuklukları üstündeki etkilerini inceleyen çalışmalarda genel olarak henüz tam olarak yeme bozukluğu tanısı konmamış hastalarla çalışılmaktadır. Çünkü hastalık sürecinde sonuç olarak ortaya çıkan faktörlerin neden olarak ele alınmaları istenmemektedir (Polivy & Herman, 2002).

Genetik Faktörler Açısından Yeme Bozuklukları: İkizler ve aileleriyle yapılan çalışmalarda genetik aktarımın yeme bozuklukları üzerindeki etkileriyle alakalı önemli bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre sadece çevresel faktörler değil kalıtsal faktörlerde yeme bozukluklarının oluşmalarını etkilemektedirler. Yapılan ikiz çalışmalarına göre yeme bozukluklarının sebepleri %50-83 oranında genetik faktörlerle açıklanabilmektedirler. Ayrıca yeme bozukluğuyla beraber bulunan kilo kaygısı, kilo almaktan korkma gibi psikolojik tutumların da genetik olarak aktarıldığı ifade edilmektedir (Polivy & Herman, 2002). Bu çalışmalarda genlerin yeme bozukluklarıyla ilişkili oldukları söylenmektedir. Buna karşın hangi genin yeme bozukluklarını meydana getirdiği tam olarak bilinmemektedir. Genetik faktörlerin, yeme bozuklukluklarına yatkınlık oluşturdukları kesin olarak ifade edilebilmektedirler (Polivy & Herman, 2002).

Hormonal Faktörler Açısından Yeme Bozuklukları: Hormonların yeme bozuklukları üzerinde etki gösterdiği öne sürülmektedir. Örneğin sinir aktarıcı görev gören serotoninin anoreksiya nervozayla bağlantılı olduğu söylenmektedir. Serotoninin fazla salgılandığı durumlarda iştah kapatma, cinsel aktiviteyi etkileme ve

uyaranı aktif hale getirme gibi etkileri olmaktadır. Bu etkiler de anoreksiya nervoza ile bağlantısını göstermektedir. Serotonin bulimiya nervozayı, anoreksiya nervozaya göre daha az etkilese de, bulimiya nervoza da serotinin düzensizliğinden etkilenmektedir. Bu düzensizlik bulimiya nervozadaki tıkınırcasına yemek yeme davranışının temelini oluşturmaktadır. Bunun yanında testosteron hormonunun az salgılanması da yeme bozukluklarını etkilemektedir. Anoreksiya nervoza sahibi erkeklerin diğerlerine göre testosteron seviyelerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Kısaca, yapılan çalışmalarda serotonin ve testosteron hormonlarının yeme bozukluklarını etkiledikleri ifade edilmektedir (Çelen, 2011).

Diğer Biyolojik Faktörler: Yeme bozukluklarına sahip hastaların fizyolojilerinde bazı değişiklikler olmaktadır. Örneğin anoreksiya nervoza hastalarında koku duyusu tam olarak çalışmamaktadır. Bu durum kişinin yiyeceğin koku yoluyla teşvik etme özelliğinden etkilenmeyerek uzun süre aç kalabilmesinin sebebini açıklamaktadır. Ayrıca gastrit, yeme bozukluğu olan hastalarda görülebilmekte ve iştahı olumsuz etkilemektedir (Polivy & Herman, 2002).

2.1.2.1.2. Psikolojik Risk Faktörleri

Psikolojik faktörler, yeme bozukluklarını tetiklemektedirler. Bireylerin bedenlerinden memnun olmamaları, mükemmeliyetçilik ve düşük özgüven gibi faktörler yeme bozukluklarının oluşumlarında etkili olmaktadırlar (Elgin & Pritchard, 2006). Ayrıca yeme bozuklukları, depresyon, yüksek stres düzeyi, özgüven eksikliği ve stresle başa çıkma yolları gibi psikolojik faktörler sebebiyle tetiklenmektedirler (Ball & Lee, 2000).

Bireylerin bedenlerine fazla önem vermeleri sonucunda benlik şemasının vücut şekli ve ağırlığıyla baskılanarak zarar gördüğü söylenmektedir. Bunun sonucunda da bireyler vücutlarının şeklinden memnuniyetsiz hale gelmektedirler. Ayrıca bedenle ilgili uyaranlara verilen aşırı duygusal tepkiler gibi semptomlar artmaktadırlar. Bireylerde ortaya çıkan zayıflama isteği, yiyecek kısıtlaması, aşırı egzersiz, laksatif kullanımı ve kusma gibi telafi davranışlarına yol açmaktadır. Benlik şemasının zarar görmesi sonucunda bireyler bedenleriyle ilgili düşüncelerini

hayatlarının merkezlerine koymaktadırlar. Ayrıca yeme bozukluğu olan hastalar, beden ile ilgili uyaranlara daha çok dikkat etmektedirler (Spangler & Allen, 2012).

Bu yaklaşım, bireylerin benlik değerlerini, vücutlarının şekilleri ve ağırlıkları üzerinden belirlemelerini, yeme bozukluklarının gelişim aşamaları olarak ele almaktadır. Bu durum bireylerde işlevsiz öz değerlendirme şemaları oluşturmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşım yeme bozukluklarının bireylerin vücut şekillerine ve ağırlıklarına fazla ilgi göstermeleriyle başladıklarını söylemektedir. Bu aşamadan sonra bireyler sıkı bir diyete girmekte ve yiyecek kısıtlamaları yapmaktadırlar. Sonrasında bulimiya nervozaya sahip bireyler çevrelerinde meydana gelen olaylardan etkilenerek tıkınırcasına yemek yeme ve bu durumu telafi etmek için kusma davranışı göstermektedirler. Çevresel faktörler anoreksiya nervoza hastalarına sıkı diyet ve aşırı egzersiz sonucu kilo kaybı olarak etki göstermektedirler. Tıkınırcasına yemek yeme davranışı gösteren bulimiya nervoza hastalarının bu durumları anoreksiya nervoza hastalarına kıyasla kontrol duygularının daha az olduğunu göstermektedir (Fairburn, 2008).

Yeme bozukluklarının teşhisinde, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada kontrol duygusu bakımından farklılıklar olduğu ifade edilmektedir. Buna karşın bireylerin vücut şekilleri ve ağırlıklarıyla aşırı ilgili olmaları iki yeme bozukluğunda da ortak olarak görülmektedir. Bununla birlikte bireylerin benlik şemalarını vücutlarına ve ağırlıklara göre yargılayıp kurmaları da bu rahatsızlıkların ortak özelliği olarak ele alınmaktadır (Fairburn, 2008).

2.1.2.1.3. Kültürel Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarına etki eden kültürel faktörlerin, biyolojik, fiziksel ve ailesel faktörlerle ilişkili oldukları ifade edilmektedir. Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların kültürel faktörlerle son derece fazla ilişkili hatta iç içe geçmiş oldukları düşünülmektedir. Bu sebeple de bireylerin içinde bulundukları sosyokültürel ortamın incelenmesinin kültürel faktörleri anlamak açısından yardımcı olacağı ifade edilmektedir. Kültürel bağlamda incelenen yeme bozukluklarının artışında modern dünyanın, küreselleşmenin ve toplumda değişen kadın rollerinin etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu etkilerin bu rahatsızlığı çağdaş bir hastalık yapıp

yapmadığını incelemek de önemli görülmektedir. Güzellik ve estetik kavramları yüzyıllar boyunca değişime uğramışlardır. Özellikle 14. ve 17. yüzyıllar arasında, zayıf ya da ince figürler yerine daha balık eti figürlerin resmedildikleri bilinmekte ve güzellik algısının balık et olarak görüldüğü ifade edilmektedir (Morais, 2002). 50'li 60'lı yıllara bakıldığında zayıflığın çok fazla önemsenmediği ve farklı estetik algıların olduğu görülmektedir. 2000'li yılların sonrasında ise kadınlar zayıf ve ideal olma baskısıyla karşılaşmışlardır. Toplumun durumu da bu baskıyı arttırmaktadır. Ayrıca medyanın da zayıf ve ideal olma fikrini pazarladığı görülmektedir. Sosyokültürel model, özellikle Batı toplumlarında, kadınların üstündeki zayıf ve ideal olma baskılarının içselleştirilmesi sonucu yeme bozukluklarının ortaya çıktıklarını ifade etmektedir. Ayrıca bu içselleştirmenin oluşum sürecinde zayıf ve ince olmanın başarılı olmakla bağdaştırıldığı görülmektedir. Kadınların da bu sebeple zayıflama çabaları artmakta ve bu durum yeme bozukluklarına sebep olmaktadır (Fitzsimmons, 2011). Bir çalışmada yeme bozuklukları ve sosyokültürel faktörler incelendiği çalışmada medyanın pazarladığı ideal kadın imajının kadınların vücutlarına karşı olumsuz duygular geliştirerek yeme bozukluğu semptomlarının oluşmalarına sebep olduğu belirtilmektedir (Bamford & Halliwell, 2009).

Medyanın bu tutumuna karşın genel popülasyon ele alındığında oldukça az sayıda kadının yeme bozukluğuna yakalandığı ifade edilmektedir. Bu sebeple sadece medyanın ikna ediciliğinin değil bireylerin kişisel olarak etkilenebilirlik durumlarının da önemli olduğu görülmektedir (Bamford & Halliwell, 2009). Bu durum bireylerin etkilenebilirlik durumlarının nasıl ortaya çıktığı sorusunu doğurmaktadır. Bireylerin kendilerini ideal görülenle neden kıyasladıkları veya sözde ideal olana neden özendiklerine dair sosyal kıyaslama kuramı bazı açıklamalar yapmaktadır. Sosyal kıyaslama kuramı Festinger (1954) tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre bireylerde gelişmeye ve ilerlemeye yönelik dürtüler bulunmaktadırlar. Bireyler de bu dürtülere ilişkin arayışlara ve kıyaslamalara yönelmektedirler. Bireylerin arayış süreçlerinin sonunda erişilebilirlikleri sınırlı kalırsa kendilerini diğerleriyle ve çevreleriyle kıyaslamaya başlamaktadırlar (Fitzsimmons, 2011). Yeme bozukluklarını sosyal kıyaslama kuramıyla birlikte inceleyen araştırmalar, medyada gösterilen kadın imajından etkilenebilirlik oranının, kendini medyadaki imajla kıyaslayan kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedirler. Ayrıca diğerlerine göre daha çok etkilenen kadınlarda,

kendileriyle alakalı eksiklik duygusunun bulunduğu belirtilmektedir. Bu sebeple kendilerini daha çok sosyal kıyaslamalara itmektedirler. Sonrasında ise beden memnuniyetsizliği ve yeme bozuklukları semptomları ortaya çıkmaktadır (Fitzsimmons, 2011).

2.1.2.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması

2.1.2.2.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza ilk Simone Porto O. Portio tarafından 1500'lü yıllarda tanımlanmıştır. Bu rahatsızlık insanların din için dünya zevklerinden vazgeçerek açlık ve çileciliğe özenmeleriyle ortaya çıkmıştır (Özdel ve ark, 2003). Anoreksiya Nervoza ile ilgili olarak ulaşılabilen ilk tıbbi kayıt 1684 yılından gelmektedir. 18 yaşındaki St. Mary Axe Duke'un semptomları Richard Morton tarafından değerlendirilmiştir. Bu semptomların üzüntü ve kaygı sebebiyle oluştukları düşünülerek "Nervous Consumption" adı verilmiştir. Nervous consumption sinir tüketimi anlamına gelmektedir (Silverman, 1990). Tıbbi literatürde Anoreksiya Nervoza, İngiltere'de William Gull ve Fransa'da Laseque tarafından aynı zamanlarda tanımlanmıştır (Akt: Klein & Walsh, 2004). Yunanca "orexis" yani iştah kelimesinden üretilen anoreksiya kelimesi iştah kaybı anlamında kullanılmaktadır. Bununla beraber nervoza bu kaybın duygusal kökenli olduğunu göstermektedir. Yine de Anoreksiya Nervoza sahibi bireylerde yemeğe ilgi devam etmekte ve hatta bazen aşırı yemek yeme gibi davranışlar gözlenmektedir. Bu durum da tanımlamalarda bazı hatalar olduğunu düşündürmektedir (Kring ve ark, 2015).

DSM III tanı kriterleri çerçevesinde anoreksiya nevroza ayrı bir psikopatoloji olarak değerlendirilmektedir. Bu konu hakkındaki araştırmalar neticesinde, tanı kriterleri de değişip gelişmiştir. Anoreksiya Nervoza sahibi bireylerde temel olarak bağımsızlaşmayı ve erişkin olmayı reddetme davranışı bulunmaktadır. Bu sebeple de ergenlik döneminde çıktığı düşünülmektedir (Ertan, 2008). Öncelikli olarak ergenlik döneminde kızlarda ortaya çıkan Anoreksiya Nervoza, bireylerin vücutlarıyla ilgili algılarının bozulmasıyla birlikte yemek kısıtlamalarına gitmelerine ve şişmanlık

korkusu sebebiyle aşırı kilo kaybı yaşamalarına sebep olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Anoreksiya Nervoza tanımı gereği bireyin normal vücut ağırlığında kalmayı reddederek aşırı kilo verme uğraşı göstermesi, kilosuna dair aşırı endişe duyması ve vücut algısında bozulmalar olması ile karkaterize olmuş bir rahatsızlık olarak ifade edilmektedir (Ertan, 2008).

DSM-V'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri Tablo.1'de verilmektedir. APA'nın (Amerikan Psikoloji Derneği) sınıflama sistemine göre Anoreksiya Nervoza tanısı koyabilmek için şişmanlama korkusu ve zayıf bir bedene sahip olma isteği sonucu davranış ve yeme tutumlarında değişiklik görülmesi gerekmektedir. Başlama yaşı 14-18 arasında olan bu rahatsızlık genellikle kızlarda ve genç kızlarda görülmektedir.

Tablo 1. Anoreksiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri (DSM V, 2013).

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

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

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

Anoreksiya Nervoza için ICD-9-CM kodu 307.1'dir ve göz önünde bulundurulmadan bu kod kullanılır. ICD-10-CM kodu alttürüne göre değişir:

(F50.01) Kısıtlayıcı Tip: Kişinin son üç ay içerisinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da

aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümlerini tanımlar

(F50.02) Tıkınırcasına yeme/çıkarma Türü: Kişinin son üç ay içinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Tam olmayan yatışma göstermeyen: Anoreksiya nevroza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak B tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştirici davranışlarda bulunma) ya da C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki vücut kitlesi göstergesine (indeksine) (VKG) göre, çocuklar ve gençler için ise VKG yüzdebirliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşılık gelen VKG yüzdebirlikleri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi arttırılablir.

Ağır olmayan: VKG> 17 kg/m2

Orta derecede: VKG: 16-16.99 kg/m2

Ağır: VKG: 15-15.99 kg/m2

Aşırı Düzeyde: VKG < 15 kg/m2 kg/m2

Anoreksiya Nervoza tanılaması yapılırken ve meydana gelebilecek sonuçlar hesaplanırken mevcut beden ağırlığı oldukça önemli rol oynamaktadır (Föcker ve ark, 2013). DSM-IV-TR'de bulunan A kriterinde Anoreksiya Nervoza için beklenenden %85 daha az bir vücut ağırlığına sebebiyet veren kilo kaybı olarak bir rakamsal sınır bulunmaktadır. Buna karşın böyle bir sınır koymanın pratik ve uygun

olmadığı düşünülmektedir. Bu sebeple sayısal verilerle beraber bireyin vücut yapısının, ağırlık hikayesinin ve fizyolojik bozukluğunun ele alınmasının daha iyi olduğuna karar verilmiştir (Föcker ve ark, 2013; Call, Walsh & Attia, 2013). Bu durum da ağırlık değerlendirmesi için Vücut Kitle Endeksi (VKİ) olarak bilinen ağırlığın boyun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilen bir değer kullanılmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün değer aralıkları ele alınarak yetişkinler için DSM-V'te Anoreksiya Nervoza şiddetlik düzey değerleri belirlenmiştir. Çocuk ve gençler için ise persantil eğrilerinin kullanılması önerilmektedir. Ağırlık düzeyleri, işlevsel yetersizlik derecesi ve gözetim altında tutulma gereğine göre değişebilmektedirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

A kriterindeki Anoreksiya Nervoza tanımında yer alan bireyin yaşı ve boy uzunluğu için gereken en az kiloya veya bu kilonun üzerinde bir kiloya sahip olmayı kabul etmeme ifadesindeki kabul etmeme terimi kesinlik taşımamaktadır. Bu sebeple DSM-V güncellemesi yapılırken bu ifade kaldırılmıştır. Bununla birlikte kültürel veya bireysel ifade farklılıkları oluşması engellenmiş olup bunun yerine beslenme ve kalori alımı kısıtlama davranışlarına odaklanılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Call, Walsh, & Attia, 2013).

Ergenlik sürecinde başladığı bilinen anoreksiya nervozanın görülen yaş aralığı 10-29 olarak belirtilmektedir. Popülasyon içinde Batı ülkelerinde yaygın olan bu rahatsızlığın Türkiye'de de yaygın olarak %0.1-1 şeklinde görüldüğü araştırmalarla belirtilmiştir (Kugu ve ark, 2006; Uzun ve ark, 2006).

2.1.2.2.2. Bulimiya Nervoza

Öküz anlamına gelen bous ve açlık anlamına gelen limos sözcüklerinden meydana gelen bulimiya kelimesinin öküz kadar aç olmak veya bir öküzü yiyecek kadar aç olmak gibi anlamları düşünülerek türetildiği ifade edilmektedir. Bulimik davranışların Roma İmporatorluğu döneminde de görüldüğü söylenmektedir. Dönemin zengin kesiminin aşırı yemek yediği ve aşırı yemek yemeye devam edebilmek için kusma davranışı gösterdikleri bilinmektedir (Yücel, 2009). Russel 1970'li yıllarda ilk tanımlamayı yapmıştır. Genel olarak Bulimiya Nervoza bir anda

çok fazla miktarda yiyecek tükettikten sonra kilo almamak için telafi davranışı gösterme olarak ifade edilebilmektedir (Kring ve ark, 2015).

İlk defa DSM-III ile resmi olarak kategorize edilmiştir (American Psychiatric Association, 1980). DSM-V'e göre Bulimiya Nervoza, bireylerin yeme davranışları üzerinde kontrol sağlayamaması sonucu aşırı yemek yemelerini telafi etmek, kilo almamak için kusma, laksatif kullanma, diüretik ve lavman gibi telafi edici davranışlara yönelme olarak ifade edilebilmektedir. Saplantılı hale gelen bu davranışlara sahip bireyler vücut şekillerinden, ağırlıklarından ve görünüşlerinden memnun olamamaktadırlar. Bulimiya Nervozanın tanı kriterleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu‟nun beşinci baskısına göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) Tablo 2'de verilmektedir. APA'nın (Amerikan Psikoloji Derneği) sınıflama sistemine göre Bulimiya Nervoza tanısı koyabilmek için tablodaki belirtilerin olmaları gerekmektedir.

Tablo 2. DSM-V'e (2013) göre Bulimiya Nervoza tanı kriterleri

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

    1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi iki saatlik bir sürede) yeme

    2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyememe duygusu)

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

C. Tıkınırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada iki kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir

biçimde etkilenir.

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

Varsa belirtiniz

Tam olmayan yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Tam yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi arttırılabilir,

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Aşırı Düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması

Bireyler Bulimiya Nervoza semptomları gösterdiklerinde kısa zaman içinde birçok bireyin yiyebileceğinden daha fazla yemek yeme davranışına sahip olmaktadırlar. Kısa zamanda çok fazla yemek yeme davranışı bireyde kontrol kaybı hissi uyandırmaktadır. Bireyler aşırı yemek yeme davranışları sonucu kilo artışı yaşamamak için kusma, laksatif ve diüretik kullanma, tiroid hormonu alma gibi uygun olmayan telafi davranışları oluşturmaktadırlar. Bunlarla beraber kilo almamak için yemek yememe ve aşırı spor yapma davranışı da gösterebilmektedirler. DSM-

V'de yapılan güncellemeyle birlikte Bulimiya Nervoza bahsedilen aşırı yemek yeme davranışı haftada 2'den 1'e indirilmiştir. Bulimiya Nervoza kriteri olarak ele alınması için bireyin 3 ay boyunca haftada en az 1 kere aşırı yemek yiyip uygun olmayan telafi davranışı göstermesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Kilo durumu Anoreksiya Nervoza ile Bulimiya Nervoza arasındaki en belirgin fark olarak ifade edilmektedir. Bulimiya Nervoza sahibi bireyler kilo kaybetmezlerken Anoreksiya Nervoza tanısı alan bireyler aşırı kilo kaybetmektedirler. Vücut şekilleri ve ağırlıkları Bulimiya Nervoza tanısı alan bireylerde, özgüveni ve benlik değerlendirmesini çok fazla etkilemektedir. Anoreksiya Nervoza tanısı alan bireylerde ise kilo alma korkusu, kilo verme isteği ve bedenlerinden memnun olmama gibi semptomlar görülmektedir. Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza tanısı alan bireylere göre zayıf olma arzusunun psikolojik unsur olduğu ve davranışlarını kilo kaybetmeyi üzerine kurulması ortak olarak görülmektedir. Bulimiya Nervoza, diyet yaparken veya diyete başlarken ortaya çıkabilmekte ve geç ergenlik ile erken yetişkinlik döneminde görülebilmektedir. Bulimiya Nervoza tanısı alan bireyler medyadan, çevrelerindeki insanlardan ve arkadaşlarından etkilenerek kendilerini kusturma davranışı gösterebilmektedirler. Bununla beraber laksatif ve idrar söktürücü ilaçlarla aldıkları fazla kalorilerden kurtulmaya çalışmaktadırlar. Bu durum vücuttaki sıvıların dışarı atılarak kilo kaybedilmesine yol açmaktadır (Klein & Walsh, 2004).

Bireylerin aşırı yemek yeme sonrasında uygun olmayan telafi davranışlarını tekrarlama düzeylerinin takibine göre Bulimiya Nervoza şiddetine karar verilmektedir. DSM-IV-TR'de olduğu gibi DSM-V'te de yediklerini çıkartma davranışı olmayan türün aşırı yeme bozukluğu türüyle benzer olması sebebiyle Bulimiya Nervoza alt türü kategorisi oluşturulmamıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001,2013).

Bireylerin vücutlarına aldıkları besin maddelerinin sınırlı olması ve beden algıları Bulimiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza'nın ortak özellikleri olarak görülmektedirler. Anoreksiya Nervoza sahibi bireylerin tıkınırcasına beslenme belirtileri göstermemeleri Bulimiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza arasında en temel fark olarak bilinmektedir. Bulimiya Nervoza sahibi bireyler tıkınırcasına

beslenme davranışı gösterdikten sonra vücutlarına besin alımını kısıtlayarak bunu bir döngü haline getirmektedirler. Bulimiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza sahibi bireylerin hepsi kilolarının dikkat çekici olmadığını düşünmektedirler. Anoreksiya Nervoza sahibi bireyler bedenleri üzerinde kontrol sahibiyken Bulimiya Nervoza sahibi bireyler yemek yeme kontrollerini kaybettikleri için utanç ve kaygı duymaktadırlar (O'Brien & Vincent, 2003). Hoek & van Hoeken (2003) yaptıkları araştırmaya göre, Bulimiya Nervoza sahibi bireylerin büyük çoğunluğu kız olmasına rağmen kızlardaki yaygınlığı ise %1 oranında olmaktadır. Bulimiya Nervoza sahibi bireylerin çoğu bu rahatsızlıktan önce kilolu olmaktadır. Diyet döneminde tıkınırcasına yemek yeme atakları başlamaktadır (Kring ve ark, 2015).

2.1.2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

İlk kez 1959 yılında Stunkard tarafından "aşırı yeme semptomları" olarak tanımlanan tıkınırcasına yeme bozukluğu (Bayraktar, 2009), DSM V'in (2013) bir önceki güncellemesi olan DSM IV'den farklı olarak artık "Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu" kategorisinden ayrı bir başlık altında incelenmektedir. Yaşları 18 ile 65 arasında değişen 162 birey üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya göre bu bireylerin %3,7'sinde tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Geri kalan %96,3'ünde tıkınırcasına yeme bozukluğu görülmemiştir (Hacıarif, 2016). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun popülasyonda görülme sıklığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı geniş çaplı bir araştırma tarafından %1,4 oranında bulunmuştur. Bu oran Bulimiya Nervoza'nin görülme sıklığından %0,8 kadar daha fazladır (Kessler, ve diğerleri, 2013). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun kızlarda %3,5, erkeklerde ise %2 oranında yaygın olduğu saptanmıştır (Kring ve ark, 2015).

Tablo 3. DSM-V'e (2013) göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirgindir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi iki saatlik sürede) yeme

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyememe duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

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

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur

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

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

Varsa belirtiniz,

Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına aşırı yeme için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına aşırı yeme için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz Tıkınırcasına aşırı yeme sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi arttırılabilir,

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Aşırı Düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yeme olması

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun, DSM-V'e göre tanı kriterleri Tablo 3'te gösterilmektedir. Genel olarak TYB, tekrar eden tıkınma dönemleri, bu dönemlerde oluşan kontrol kaybı, tıkınmanın meydana getirdiği kaygı, hızlı ve yalnız yeme gibi özelliklere sahip bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Kring ve ark, 2015).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu yoğunluk düzeyleri Tablo 5'te görüldüğü gibi ağır olmayan, orta derecede, ağır ve aşırı düzey şeklinde dört dereceye ayrılmaktadırlar.

Bilimsel alanda Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun tanılama evresinde ortak özelliklerinin olmaları tartışılmaktadır. Bununla beraber Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun obezite ile ilişkisi de ele alınmaktadır (Yücel, 2009). Bununla birlikte, yeme psikopatolojisi olarak kilo kaybının gözlenmemesi Anoreksiya Nervoza ile Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu arasındaki farklı olarak nitelendirilmektedir. Bulimiya Nervoza ile Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun ikisinde de tıkınırcasına yeme atakları görülmektedir. Aralarındaki temel fark ise Bulimiya Nervoza sahibi bireylerde görülen tıkınırcasına yeme atağını telafi etme davranışı Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu sahibi bireylerde görülmemektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu birçok faktörden etkilenmektedir. Hudson ve arkadaşları (2006) yaptıkları bir araştırmada ailesinde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu hikayesi olan bireylerde yetişkinlik döneminde obezite görülme oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğunu söylemektedirler. Bununla birlikte Rubinstein ve arkadaşları (2010) yaptıkları araştırmada bireylerin erken dönemlerdeki ilk kilo verme deneyimlerinin Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve diğer sağlıksız kilo verme davranışlarına yol açabilecek riskleri olduğunu ifade etmektedirler. Tıkınırcasına

Yeme Bozukluğu'nun en önemli özelliği bireylerin yemek yeme sırasında kontrollerini kaybederek yemeyi durduramamaları olarak bilinmektedir.

2.1.2.2.4. Diğer Bozukluklar

Gece yeme sendromu: Stunkard, Grace ve Wolff 1955 yılında yeni bir yeme bozukluğu tanımlamışlardır. Gece yeme sendromu resmi bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmemektedir. Gece yeme bozukluğuna sahip bireyler bir günde aldıkları kalorilerin %50'sini akşam yemeğinden sonra atıştırmalıklar tüketerek almaktadırlar. Bu rahatsızlığın akşamları daha fazla kalori alma, yenilen besinlerin karbonhidrat içerikli olmaları, haftada 3 gece en az 1 kere uyanma ve uyku bozuklukları gibi özellikleri bulunmaktadır. Ayrıca 3 ay boyunca geceleri meydana gelen sık uyanmalardan sonra yemek yeme semptomu görülmektedir. Bunların yanında bireylerde yemek yedikten sonra suçluluk hissetme, sıkıntı, gerginlik, sinir ve diğer yeme bozukluklarının semptomlarını gösterme gibi davranışlar bulunmaktadır (Baş, 2008).

Ortoreksiya nervoza: Bu rahatsızlık 1997 yılında Anoreksiya Nervoza'yı çeşitlendirmek için ilk kez Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. “Orto” kelimesi “doğru, gerçek” anlamlarına gelen bir kelimedir. Bratman (1997) uygun ve sağlıklı yiyeceklerin tüketilmesi ile ilgili patolojik fiksasyonu tanımlamak için ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır. Resmi olarak ayrı bir bozukluk kategorisi şeklinde görülmemektedir. Bunun yanında ciddi sonuçlara sahip diğer yeme bozukluklarıyla hem ortak hem de farklı özellikleri bulunmaktadır. Anoreksiya Nervoza'da görüldüğü gibi kötü beslenme ve kilo kaybı görülebilmektedir. Buna karşın Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza'da görülen tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünme hakkındaki endişe yerine sağlıklı beslenme endişesi ve uğraşısı görülmektedir (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal, & Merdol, 2008).

Bigoreksiya Nervoza: Bu bozuklukta bireylerin zihninde sürekli kas geliştirme düşüncesi bulunmaktadır. Bu bireyler günde 4 saatten fazla bir süreyi spor yaparak geçirmektedirler. Ayrıca sürekli proteinli gıdalar tüketmekte ve suplementler

kullanmaktadırlar. Vücutlarıyla fazla ilgilenen bu bireylerin hikayelerinde bulimiya görülebilmektedir. Medya sadece kadınlar için değil erkekler için de gerçekçi olmayan imajlar pazarlamaktadır. Medya tarafından erkekler kaslı olmalı fikrinin aşılanmaya çalışılması sebebiyle erkeklerde daha sık görülmektedir. Psikiyatristler bu rahatsızlığı "anoreksiyanın zıttı" şeklinde ifade etmektedirler (Gardea, 2010).

2.1.2.3. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı

Yücel ve arkadaşları (2013) tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Gece Yemek Yeme Bozukluğu gibi bozuklukların 90'lardan itibaren yükseliş gösterdiğini ifade etmektedirler. Bu bozukluklar üst sosyoekonomik seviyeye sahip insanlara aitmiş gibi görülmektedir. Buna karşın araştırmacılar bu bozuklukların sosyal sınıfların tümünde görüldüklerini bildirmektedirler (Bozan, 2009).

Türkiye'de yeme bozuklukları ve bu bozuklukları etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma yapılmıştır. Araştırmaya katılanların %42,9'unda Vücut Kitle İndeksi (VKİ)'nin normal sınırların altında olduğu, %6,3'nde hafif şişmanlık görüldüğü ve %0,7'sinde obezite olduğu saptanmıştır. Buna karşın kızların %11,5'inde yeme bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (Bas ve ark, 2004).

Fairburn ve Harrison (2003) tarafından yapılan çalışmada, yeme bozukluğu olan bireylerden oluşan klinik grubun %50'sinde herhangi bir yeme bozukluğu tanı kriteri bulunmadığı halde yeme davranışlarında bozulmalar olduğu belirtilmiştir. Yeme bozuklukları değişik popülasyonlarda görülebilmektedirler. Buna karşın en yüksek riskin ergenlik döneminde kızlarda ve erken erişkin kadınlarda olduğu ifade edilmiştir. Obezite ve astımdan sonra ergenler arasında en sık görülen kronik hastalık yeme bozuklukları olarak bilinmektedir (Kanbur, 2006). Ayrıca bu rahatsızlıklara sahip hastaların %95'ini genç kızlar ve kadınlar oluşturduğu için psikiyatrik olarak

cinsiyet farklılıklarının en belirgin olarak görüldüğü hastalık şeklinde ifade edilmektedir (Küey, 2008).

Russell ve Ryder (2001)'a göre yeme bozuklukları %15,4 oranında görülmektedir. Qian ve arkadaşlarının (2013) 9315 makaleden yararlandıkları bir metaanaliz çalışması yapmışlardır. 72,961 kişi ele alınarak yapılan bu çalışmada yeme bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığı oranlarının; Anoreksiya Nervoza için %0,21, Bulimiya Nervoza için %0,81 ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için ise %2,22 olduğunu ifade edilmiştir.

Hoek ve Hoeken (2003) yaptıkları araştırmada yeme bozukluklarının görülme sıklığını ve yaygınlığını incelemişlerdir. Buna göre yıllık Anoreksiya Nervoza görülme sıklığı 10,000 kişide 8, Bulimiya Nervoza görülme sıklığı ise 10,000 kişide 12 olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte genç kızlar arasında Anoreksiya Nervoza yaygınlığının %0,3, Bulimiya Nervoza yaygınlığının ise %1 olduğu saptanmıştır. Ayrıca BN'nın erkekler arasında yaygınlık oranının %1 olduğu bildirilmiştir.

Barbarich (2002) yeme bozukluğu alanında çalışan uzmanlarca yapılan bir araştırma yürütmüştür. Bu araştırmada yeme bozukluklarının yaygınlığı incelenmiştir. Ayrıca bu araştırmaya Academy for Eating Disorders (Yeme Bozukları Akademisi) çalışanları katılmıştır. 399 kişilik %41,4'ü doktora derecesine sahip bir örneklem oluşturulmuştur. Buna göre bu kişilerde yaşam boyu yeme bozuklukları görülme sıklığı %27,3 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %46,8'inin öykülerinde Anoreksiya Nervoza, %49,5'inin ise Bulimiya Nervoza olduğu ifade edilmiştir. Başka bir araştırmada 2980 kadın ve erkek katılımcı ile çalışmıştır. Bu araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık ele alındığında Anoreksiye Nervoza'nın %0,6, Bulimiya Nervoza'nın ise %1 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (Hudson ve ark, 2007).

Darby ve arkadaşları (2009) 1995 ve 2005 yılları arasında bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırmaya göre yeme bozuklukları ve obezitenin yaygınlık oranının %3,7'den, %7,4'e çıktığı ifade edilmektedir. Yeme bozukluklarıyla alakalı yapılan çalışmaların çoğunda örneklem genç kızlar ve kadınlardan oluştuğu için araştırmaların erkekler için geçerliliği tartışmalı görülmektedir (Darcy ve ark, 2012).

Yapılan iki kontrol çalışmasında beden algısı ile ilgili sorunların incelenmeleri amaçlanmıştır. Buna göre yeme bozukluğuna sahip erkekler ile normal erkekler arasında anlamlı farklılıkların oldukları tespit edilmiştir (Mangweth ve ark, 1997). (Mangweth ve ark, 1997). 203 erkek atlet katılımcıyla erkeklerdeki yeme bozukluklarını incelemek için bir araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda katılımcılardan 1 kişiye daha önce Anoreksiya Nervoza tanısı konulduğu ve tedavi gördüğü, 1 kişinin de Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu tanısı aldığı tespit edilmiştir. Buna karşın katılımcılardan herhangi bir yeme bozukluğu tanısı olmayanların %65'inin vücutlarından memnun olmadıkları saptanmıştır. Bu bireylerin yaklaşık %10'unda kilolarını kontrol edebilmek için laksatif kullanma, kusma ve diüretik ilaç alma gibi davranışların bulunduğu ortaya çıkmıştır (Petrie ve ark, 2008).

2.1.2. Farklı Kuramlar Açısından Yeme Bozuklukları

2.1.2.1. Bilişsel – Davranışçı Kuramlar

Yeme bozukluklarında bilişsel-davranışçı yaklaşımlar başlangıçta davranışçı modelleri temel almışlardır. İlk olarak Anoreksiya Nervoza ile ilgili çalışmalar yapan bu yaklaşım, 1960'lı yıllarda bu bozukluğun davranışçı tedavisiyle ilgili ilk çalışmalarını vermiştir. Konuyla ilgili literatürde davranışçı kuramın Anoreksiya Nervoza'nın genellikle tedavisiyle alakalı tanımları bulunmaktadır. Rahatsızlığın etiyolojisi ve dinamiklerine çok fazla yer verilmemektedir (Bemis, 1987). Davranışçı kuramın temeli anoreksiyada görülen belirtileri olumlu ve olumsuz pekiştirme şeklinde kavramsallaştırmaya dayanmaktadır. Kurama göre, anoreksikler katı diyet uygulamaları sonucunda kaybettikleri kilo sayesinde ilk başlarda çevrelerinden onaylayan tepkiler aldıkları için olumlu pekiştirmeye maruz kalmaktadırlar. Bunun yanında diyet, egzersiz yapma ve kusma gibi kilo almayı engelleyen davranışlar olumsuz pekiştirme yaparak davranışın tekrarlanmasını arttırmaktadır (Oral, 2006).

Yeme bozukluklarında, davranışçı kurama zamanla bilişsel ögeler eklenmiştir. Bu sayede kavramsallaştırmalar daha çeşitli olmaya başlamıştır. Garner ve Bemis (2003)'e göre bireylerin ince olma gerekliliği ile ilgili inançlarının ve

tutumlarının hastalağın başlamasında ve devamında etkileri olmaktadır. Bu bozukluklara sahip hastalarda işlevsel olmayan inanç ve değerler, mükemmelliyetçilik, aşırı genelleme, abartma, kişiselleştirme ve ya hep ya hiç tarzı düşünce şeklinde ortaya çıkabilen bilişsel çarpıtmalar sıklıkla görülmektedir (Soygüt, 2003).

Bunun yanında Guidano ve Liotti (2004)'ye göre bilişsel çarpıtmalar hastaların kimlikleriyle alakalı olmaktadır. Görüşlerine gelişimsel faktörleri de ekleyen bu kuramcılara göre Anoreksiya Nervoza sahibi hastalar gelişim süreçlerinde özerklik ve bireysellikten mahrum kalmaktadırlar. Bu sebeple de daha altta yatan sebeplere odaklanmanın kuramsal açıklamalar ve tedavi süreci bakımında daha iyi olacağı düşünülmektedir.

Bulimiya Nervoza, bilişsel davranışçı modeller bakımından ele alındığında görülen semptomlar ile hastaların bilişsel özellikleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Bilişsel davranışçı modele göre Bulimiya Nervoza tanısı alan kişiler ince olmayı çok fazla idealize etmektedirler. Bu sebeple de kilo ve görünüşleri onlar için çok fazla ön plana çıkmaktadır. Bu hastalar kendileriyle alakalı olumsuz değerlendirmeler yaptıklarından görünüşlerinden sürekli rahatsız olmaktadırlar. Negatif kendilik değeri olarak ifade edilen bu durum, bu hastaların kendilerinden memnun olmayıp ideal kiloya ulaşmak için çalışmalarına sebep olmaktadır. İdeal kiloya ulaşmak için sıkı diyet uygulamaları yapan kişiler kontrollerini kaybederek tıkınırcasına yemek yeme davranışı göstermektedirler. Bu yemek nöbetleri kişilere fazla kalori aldırdığından sonrasında kusma, laksatif kullanma gibi telafi davranışlarına yönelmektedirler. Bulimiya Nervoza hastaları telafi davranışlarından sonra yemek kısıtlamasına yönelmekte fakat kendilik değerlerinin düşük olması sebebiyle yeme nöbetleri kısır döngü olarak devam etmektedir (Anderson & Maloney, 2001).

Fairburn (2003), yeme bozukluklarında meydana gelen bu kısır döngüde bireyin kontrol algısı ve kendilik değeri üzerine odaklanmaktadır. Bulimiya Nervoza tanısı alan bireylerin görünüşlerini ve kilolarını fazla önemsemeleri sebebiyle bunları katı bir kontrol altında tutmaları gerektiğine inandıklarını söylemektedir. Bu sebeple kilo ve görünüşle alakalı tutumların ikincil sonuçları olarak yiyecek ve yeme

davranışı tutumları ifade edilmektedirler. Fairburn (2003), kilo ve görünüş değerlendirmelerinin Bulimiya Nervoza hastalarında kendilik değerinden etkilendiğini söylemektedirler (Aktaran Cooper, 1997). Bulimiya Nervoza hastaları şişmanlığı negatif algılamaktadırlar. Buna karşın vücudun ince olması ve kendini kontrol edebilme düşüncesi ise pozitif görülmektedir. İşlevsel olmayan tutumlara sahip bu hastalar, aynı zamanda katı ve kesin tutumlar göstermektedirler. Bulimiya Nervoza hastalarında, iki kutba ayırma, aşırı genelleme ve atıf hataları yapma gibi işlevsel olmayan tutumlar bulunmaktadırlar. Bu sebeple de kilo almak istememekte, kilo almamak için de telafi etme veya katı diyet uygulaması gibi davranışlar sergilemektedirler (Cooper, 1997).

Yeme psikopatolojisi, araştırma ve uygulamalar sayesinde kavramsallaştırmalar zaman içinde değişip gelişmişlerdir. Bu süreç içinde Cooper, Wells ve Todd (2004) da Bulimiya Nervoza'nın bilişsel açıklamalarıyla alakalı olarak yeni bir model oluşturmuşlardır. Yeni oluşturdukları modele, Bulimiya Nervoza hastalarının sahip olduğu inançları, otomatik düşünceleri, kendilik değerini, duygu, düşünce, davranış ve fizyolojisi ile gelişimsel özelliklerini de eklemişlerdir. Cooper ve meslektaşlarına göre Bulimiya Nervoza sahibi hastaların kendilik değerlerinin düşük olması, erken dönemde olumsuz hayat deneyimleri yaşamalarından kaynaklanmaktadır. Bulimiya Nervoza sahibi hastalarda görünüşleri ve vücut şekilleriyle ilgili olumsuz inançlar bulunmaktadır. Örneğin yeme problemlerini hatırlatan aynada kendilerini görmek gibi uyarıcı durumlar onlarda negatif inançları aktive etmektedirler. Bununla birlikte arkadaşla kavga etmek gibi stresörler de negatif inançların tetikleyicisi olabilmektedir. Negatif inançların aktive olması diğer tüm olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Bu hastaların kendileriyle alakalı olumsuz düşünceleri hemen hareket geçmekte ve olumsuz duyguları uyararak hastaların kaygı yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu durumun sonunda hastalar yaşadıkları kaygıdan kurtulmak için tıkınırcasına yemek yeme davranışı göstermektedirler. Sonrasında ise kontrollerini kaybettikleri için utanç duymakta ve değersiz hissetmektedirler. Bu durum da telafi davranışlarının oluşmasına yol açmaktadır. Kontrol sağlayamayan bireylerde kendilerine ilişkin başarısızlık algısı ve buna yönelik negatif ve örseleyici davranışların görülmesi söz konusudur.

Başlangıçta yeme bozuklukları davranışsal kavramsallaştırmalar üzerinden ele alınmıştır. Sonrasında buna bilişsel değişkenler eklenmiştir. Bilişsel değişkenler olarak yeme ve kilo ile ilişkili olan otomatik düşüncelere, bilişsel çarpıtmalara, ara inançlara, bazı sayıltılara ve temel inançlara odaklanılmaktadır. Buna karşın kuramlar araştırma ve geliştirmeler sayesinde daha da zenginleşmiştir. Erken dönem gelişimsel faktörler ve temel bilişsel yapılar olarak bilinen şemaların incelenmesi gerektiği fark edilmiştir.

2.1.2.2. Şema Modeli

Literatür incelendiğinde Beck (2007)'in 60'lı 70'li yıllarda temel inançların önemli olduğunu vurguladığı görülmektedir. Buna karşın 2000'li yıllarda kategorilendirme yapan Young (1994)'ın şema kavramı ve detaylı tanımsal açıklamalar dikkat çekmektedirler. Yeme bozuklukları kavramsallaştırmalarında, şemaların önemli olduğu kabul edilmiştir. Jones ve ark. (2007) şemalarla alakalı bir gözden geçirme çalışması yapmışlar ve iki önemli gelişmeyi vurgulamışlardır. İlk gelişme Vitousek ve Hollon (1990)'un yeme bozukluklarında bulunan kilo, vücut şekli ve yiyeceklere yönelik bilişlerin yanında daha genel kendilik şemalarının göz önüne alınması gerekliliğinden oluşmaktadır. Diğer gelişme Young (1994) tarafından ortaya atılmıştır. Çalışmaları genel olarak kişilik bozukluklarıyla alakalı olan Young, Beck tarafından temel inançlar olarak tanımlanan kavramı şema temelinde genişletmiştir (Aktaran Jones, Leung, & Harris, 2007).

Yeme bozukluklarına yönelik şema modeline göre, kilo ve beden ile ilgili işlevsel olmayan sayıltılar, erken dönemdeki uyumsuz şemalar yüzünden oluşmaktadırlar (Jones, Leung, & Harris, 2007). Kuramda şemaların olumsuz duyguları tetiklediği söylenmektedir. Şemaların olumsuz duyguları tetiklemesiyle de hastalarda bu durumla baş edebilmek için farklı yollar geliştirme davranışı oluşmaktadır. Bu baş etme yolları kuramda şema işlemleri olarak ifade edilmekte ve şemadan kaçınma ve şemanın telafisi olarak iki şekilde olmaktadırlar. Bu kavramsallaştırma yeme bozuklukları bağlamında ele alındığında, bu şema işlemlerinin sağlıklı olmayan yeme davranışları şeklinde görüldüğü ifade edilmektedir. Kurama göre hastalarda şemaların tetiklenmesi sonucu ortaya çıkan ve görmezden gelinemeyen rahatsız edici bilişsel ve duygulardan kaçabilmek için

tıkınırcasına yeme davranışı görülmektedir. Bununla birlikte şema telafisi ise, aynı şekilde görmezden gelinemeyen duygu ve inançlara yönelik olarak yemek kısıtlama ve aşırı egzersiz yapma davranışlarının görülmesi şeklinde olmaktadır. Kuramda, şema işlemleri sayesinde hastaların katlanılamayan duygu durumlarından kısa vadeli olarak kurtulabileceği söylenmektedir. Buna karşın bu durum uzun vadede olumsuz inançları şiddetlendirerek olumsuz duygu durumun devam etmesine yol açmaktadır (Sheffiled ve ark, 2009).

2.1.2.3. Psikodinamik Kuramlar

Yeme bozukluklarına yönelik psikodinamik kuramlar genel olarak vaka çalışmalarından elde edilmekte ve Anoreksiya Nervoza üzerine odaklanmaktadır. Kuramcılar, ilk olarak bu bozuklukların bilinçdışı ve sembolik anlamlarını ifade etmeye çalışmışlardır. Sonrasında ise nesne ilişkileri ve aile dinamikleriyle ilgilenmişlerdir (Caparrotta & Ghaffari, 2006).

2.1.2.3.1. Psikanalitik Kuram

1930'lu yıllardan beri yeme bozukluklarıyla ilgili psikanalitik kavramsallaştırmalar yapılmaktadır. Beslenme dürtüsündeki bozulmalara ve cinselliği kontrolü üzerine odaklanan açıklamalar Freud'un kuramını temel almaktadırlar (Pirim-Düşgör, 2007). Ayrıca ilk psikanalitik açıklamalar AN ile ilgili olarak yapılmışlardır (Maner & Aydın, 2007).

Olgu çalışmalarında konversiyon histerisine sahip birkaç hastanın gösterdiği belirti anoreksiya olarak ifade edilmektedir. Psikanaliz kavramsallaştırmaları gelişimin erken dönemlerine rastlamaktadırlar. Ayrıca bu kavramsallaştırmalarda anoreksiya, psikoseksüel gelişimin oral evresinde yaşanan sapmalar ile açıklanmaktadır. Buna karşın Freud vaka çalışmalarında cinsel dürtüleri ve ödipal döneme özgü sapmaları hemen fark etmiştir. Bununla birlikte anoreksiya, cinsel dürtüler ve hamile kalmaktan korkma ile ilişkilendirilmiştir. Kuram, psikoseksüel gelişimin her evresinin özgün haz kaynakları olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bu

kaynakların birbirleriyle yer değiştirebildikleri söylenmektedir. Bilinçdışı fantezide ağız vajina, anüs ağız ve anüs vajina şeklinde yer değişiklikleri olabilmektedir (Shipton, 2004). Bu sebeple anoreksiyada genital arzuların ağızla yer değiştirdiği söylenmektedir. Bu durumun bilinçdışı bir şekilde ağız ve vajinanın eşitlendiğine yol açtığı iddia edilmektedir. Bireyler bu sayede genital düzeyde meydana gelen bir çatışmayı daha kontrol edilebilir hale getirmek için daha güvenli olan oral döneme geriletmektedirler (Pirim-Düşgör, 2007). Bu şekilde bakıldığında anoreksiya görülen bireyler için yeme eyleminin bilinçdışı anlamı hamile kalmak olarak görülürken, kişilerin kendilerini aç bırakmaları oral yoldan hamile kalma fantezisine karşı bir savunma olarak ifade edilmektedir (Goodsitt, 1983).

1930'lu yıllar ve Freud'dan sonra Waller, Kaufman ve Deutsch (1940) yaptıkları açıklamalarla Freud'un kavramsallaştırmasını genişletmişlerdir. Bu kuramcılara göre anoreksiya, konversiyon histerinin bir formu olarak ele alınmaktadır. Bunun yanında oral döllenme fantezileri görüşünden etkilenmişler ve Anoreksiya Nervoza'ın semptomlarının cinselliğin reddini ifade ettiğini ileri sürmüşlerdir. Bu kuramcılar, bireylerde görülen istenmediği halde yemek yeme veya yemek yeme durumunun getirdiği suçlulukla yiyeceği reddetme davranışlarının oral yoldan hamile kalma fantezileri sonucu oluştuklarını söylemektedirler. Bu şekilde bakıldığında amonere, hem fantezideki hamilelik durumunun psikolojik bir yansımasını oluşturmakta hem de direkt olarak genital cinselliğin inkarı olarak ifade edilmektedir. Psikanalitiğin Anoreksiya Nervoza ile ilgili olan kavramsallaştırmalarında cinsel kimlik ve feminen rollerin reddinin cinsellikle kurulan bağlantıları öne çıkmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında Anoreksiya Nervoza, bireylerin yetişkin kadın bedenini, menstruasyonları ve cinsel çekiciliği reddetmelerinin sonucu şeklinde ifade edilmektedir (Scott, 1988).

Anoreksiya Nervoza'nın kavramsallaştırmasında yer alan penis olmak tanımlaması Karl Abraham (1921) tarafından ortaya atılmıştır (Aktaran Pirim Düşgör, 2007). Penis olmak ifadesi anoreksik bedenin inceliği ve zayıflığıyla penis ile özdeşleştirilmesinden gelmektedir. Bununla birlikte Lewin de kusmayı, penisin boşalma ve işeme işlevleriyle özdeşleştirmektedir (Aktaran Pirim-Düşgör, 2007).

Ayrıca psikanalitik kuramların bulimiya ile ilgili açıklamalarında da oral döneme takılı kalma durumu görülmektedir. Sperling (1983), oral yolla yiyecek alımının babanın penisi ile birleşmeyi temsil ettiğini söylemektedir (Aktaran Shipton, 2004). Ayrıca böylece babanın kastre edilmesi de temsil edilmektedir. Bunun yanında bu durumun babanın penisine sahip olarak anne üzerinde kontrol sağlama isteğini ifade ettiğini de söylemektedir.

Bir diğer görüşe göre, bulimikler birincil sahne uyaranına maruz kalmaktadırlar. Bununla birlikte bulimiklerin ebeveynlerinin cinsel bir birliktelik yaşadıklarını fark ettiklerinde kendilerini kusturarak tepki verebiliyor olabileceklerini söylemektedir. Ödipal dönemde bulunan bulimik kızların penislerinin olmadığını fark etmeleri kız olmak istememelerine yol açabilmektedir. Erkeklerde ise bu durum kastrasyon inkarı olarak görülebilmektedir. Bu bireyler cinsiyetlerinin verdiği özelliklerden kaçınma davranışı gösterebilmektedirler (Shipton, 2004).

Bulimiya Nervoza'da görülen belirtiler Oliner'e (1982) göre anal sadistik eylemler olabilmektedir (Aktaran Shipton, 2004). Bu görüşe göre, bulimiklerin kusma, laksatif veya diüretik kullanma gibi tuvalet/banyo çevresinde gelişen eylemlerinin anal döneme gerileme olabileceğini söylemektedir. Buna göre bu belirtiler anal çatışma ve saldırganlık sergileme olasılığını da düşündürmektedir.

Bununla birlikte, yeme bozuklukları psikodinamik yaklaşıma göre incelendiğinde ilk başta dürtü çatışmaları ve savunma mekanizmaları ele alınmıştır (Gilhar, 2007). Özellikle anoreksiya nervoza hastalarınının, yeme bozukluklarını cinsel dürtülerine karşı bir savunma mekanizması olarak oluşturdukları ifade edilmektedir. Daha sonraki çalışmalarda yeme bozukluklarıyla ilgili olarak egonun işlevi ön plana çıkarılmıştır. Bunun üzerine egonun incinebilirliği, algısal bozulmalar ve kişilerarası rahatsızlıklar ele alınmıştır. 20. yüzyılda ise psikanalitik çalışmalar anoreksiya nervoza hastalarının aileleriyle olan sembiyotik ilişkilerini incelemişlerdir. Yeme bozukluklarının, bireylerin ailelerinden tamamen ayrılamamaları ve bireyselleşme süreçleriyle ilişkili oldukları düşünülmüştür. Bruch (1970) çalışmasında, bireylerin çocukluk döneminde onaylanma ihtiyaçlarının giderilememesinin anoreksiya nervozaya yol açtığını öne sürmüştür. Bu sebeple yeme bozuklukları üzerinde ebeveylerin çocuklarıyla erken dönemdeki ilişkilerinin

etkili olduğunu belirtmiştir (Lerner, 1983). 21. yüzyıldaki psikanalitik çalışmalar, yeme bozukluklarını "Nesne İlişkileri Kuramı"na göre değerlendirmektedirler (Gilhar, 2007).

Nesne ilişkileri kuramının öncüsü olarak Melanie Klein'in kuramında çocukların dünyadaki başlıca nesneleri nasıl algıladığı ele alınmaktadır. Çocuklar bu nesneleri nasıl tanımlıyor, nasıl deneyimliyor, ne kadar içselleştiriyor ve bu içselleştirme çocukların gelecek hayatlarını nasıl etkiliyor gibi düşünceler incelenmektedir (McWillams, 2010). Bu kuramı destekleyen çoğu kişi Freud'un biyolojik yaklaşımını reddetmektedir. Onlara göre çocuklar dürtüsel doyum değil daha fazla ilişki aramaktadır. Bu durum bebeğin süt emme esnasında annesi tarafından beslenme yaşantısındaki sıcaklık ve bağlanmaya odaklandığı şeklinde de ifade edilebilmektedir (McWillams, 2010). Bu sebeple bireylerin yemeyi reddetme veya kusma gibi davranışlarının anneyi reddetme veya annenin dikkatini çekme gibi anlamlara sahip olduğu söylenmektedir. Bu durumun da bireyin anne ile olan ilişkisinde bireyselleşememesi ya da ayrışamaması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Lerner, 1983).

Özetle yeme bozukluklarıyla ilgili psikanalitik çalışmaların ilki dürtü ve çatışma modeline dayanmaktadır. Bu sebeple oral döneme takılı kalma ve bilinçdışı oral yoldan hamile kalma fantezileri vurgulanmaktadır. Sonrasında ise erken dönemdeki ebeveyn çocuk ilişkilerine dikkat çeken dinamik kavramsallaştırma görülmektedir.

2.1.2.3.2. Kendilik Psikolojisi

Kohut, kendilik psikolojisi okulunun temel kuramcısı olarak bilinmektedir. Ona göre kendilik bütünleşmesi bebeklikle birlikte başlamaktadır. Ayrıca erken dönemde yaşanılanlar patolojik ya da sağlıklı süreçler olarak devam etmektedir. Bebeğin bakımını üstlenen kişinin bebeğin ihtiyaçlarına yeterli bir şekilde cevap

vermesi erken dönem ilişkilerinin sağlıklı olmalasını ve böylece kendilik organizasyonunun olumlu olmasını sağlamaktadır. Tam tersi durumda kendilik gelişimi sekteye uğramakta ve yapısal eksiklik ile patolojik savunmalar ortaya çıkmaktadır. Kendilik yapılanmasının sağlıklı bir şekilde gelişmemesi durumunda bireyler kendilerini robot gibi hissetmektedirler. Bu bireylerde çaresizlik ve boşluk duyguları görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında bu kurama göre, bireyler yeme bozukluğu da dahil olmak üzere patolojik durumları yaşıyor gibi hissetmek veya sorunlarının üstesinden gelebilmek için kullanabilmektedirler (Herscovici, 2002). Bir diğer deyişle, bireylerin sorunlu kendiliklerini onarmalar ve acı veren kendiliği yok etme çabaları psikopatolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Maner & Aydın, 2007).

Psikodinamik kuramların yeme bozukluklarıyla ilgili açıklamaları, kendilik psikolojisi kuramında bulunan olgunlaşmamış psişik yapı ve erken gelişimsel süreçte yaşanan zedelenmeler fikirleriyle genişlemiştir. Kendilik psikolojik kuramı, yeme bozukluklarını kendilik kusurları çerçevesinde kavramsallaştırmaktadır. Yeme bozukluğuna sahip hastaların kendilik duyumlarının bütünleşmediğini, çaresizlik ve kontrolü elde tutamama hislerini yaşadıklarını ileri sürmektedir. Kurama göre, herhangi bir dış güç veya kaynak yeme bozukluğu bulunan hastalar tarafından ezici olarak algılanmaktadır. Ergenliği boyunca birçok bedensel ve duygusal değişiklik yaşayan kişiler bu değişiklikleri yetişkin olmaya işaret etmeleri sebebiyle tehdit olarak görmektedirler. Bu sebeple anoreksik hastaların ergenlik öncesi vücut yapılarını devam ettirmeye çalıştıkları düşünülmektedir. Bu bağlamda yeme bozukluklarının kavramsallaştırılması telafi edici bir kendilik biçimlendirmesi şeklinde olmaktadır. Ayrıca yeme bozukluklarında görülen belirtiler, hastaların kendilik duyumlarını sürdürebilmek için buldukları bir yol olarak ifade edilmektedir (Caparrotta & Ghaffari, 2006).

Kurama göre yeme bozukluğu olan kişiler erken dönemde ebeveyn çocuk empatik bağlılığıyla ilgili travmalar yaşamaktadırlar. Ayrıca kendilerini bütün bir kişi olarak görememelerinin sebebinin ise ebeveynlerinin ihtiyaçlarını sürekli yanlış anlamaları olduğu ileri sürülmektedir (Caparrotta & Ghaffari, 2006). Bu kurama göre bu kişiler, hissettikleri boşluğu yemek yiyerek ve sonra da kusarak kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Bu yaklaşımda, doldurma ve boşaltmayla ilgili en yakın eylem olan

yeme davranışının sembolik olarak nesne ilişkilerini ifade edilmektedir (Maner & Aydın, 2007).

Bu kuramda yeme bozukluğu olan kişiler hayatlarının erken dönemlerinde onlara bakan kişileri kendiliğin bir uzantısı olarak algıladıkları düşünülmektedir. Buna göre de nesnenin bebek için bir ayna görevi gördüğü söylenmektedir. Bebekler nesneden aynaladıkları özellikleri içselleştirmektedirler. Ayrıca bebekler erken dönem ilişkilerindeki nesneleri idealize etmektedirler. Bu açıdan bakıldığında kendilik gelişiminin temelinin nesneleri aynalama ve idealizasyon işlevlerinin olduğu görülmektedir (Çuhadaroğlu-Çetin, 2008).

Sands (2007) bu kuramsal görüşten hareketle, kızların gelişim döneminde hem aynalama hem de idealizasyon boyutlarında bazı engellemelerle karşılaştıklarını belirtmiştir (Akt. Goodsitt, 1997). Küçük kızların kibir, saldırganlık gibi tavırları erkeklerden farklı olarak bastırılmaktadır. Kızların birer hanımefendi gibi davranmaları beklenmektedir. Gelişmekte olan kızlar, bulundukları ortamda sadece fiziksel görünümleri vurgulandığı zaman cesaret kırılması yaşamaktadırlar. Kızlar, ambivalansa sahip olduklarından aynalama ihtiyaçlarını doyurmaya çalışmaktadırlar. Sands'a (2007) göre hayatın ileri dönemlerindeki yatkınlık faktörleri ile bu erken dönem gelişimsel sürecin bir araya gelmesi yeme bozukluklarına sebep olabilmektedir. Sands (2007), yeme bozukluğu görülen hastaların ebeveynlerinden göremedikleri rahatlık ve huzur deneyimlerinin yemek yemeye aktarıldığını söylemektedir. Onlar için kendilik organizasyonu yiyecekler ile sağlanmaktadır.

Tüm bu bilgiler, anoreksiklerin kendiliklerinin güvenilir bir gelişim göstemediğine bu sebeple de etkisizlik, yetersizlik ve kontrolsüzlük hislerinin oluştuğuna işaret etmektedir. Kurama göre kendilerini düzenleme kapasiteleri gelişmemiş olan anoreksikler kendilerini patlayacakmış gibi ve aşırı etkisiz hissetmektedirler. Bulimiklerin kendilik değerleri daha fazla değişkenlik göstermektedir. Bulimikler duygularını ve gerilimlerini düzenleyememektedirler. Ayrıca kendilik değeri ve uyum sağlama işlevleri de çalışmamaktadır. Bu sebeple de ergenliğe donanımsız girmektedirler. Tıkınırcasına yemek yeme veya kusma davranışları da bu yeterlilikleri sağlamak için bedeni manipüle etme amacıyla yapılmaktadır (Goodsitt, 1997).

Goodsitt'e (1997) göre, yeme bozuklukları, bireylerin erken dönemde kaybettikleri öznesne işlevlerini sağlayabilme girişimi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yeme bozukluklarının belirtilerinin bireylerde onarıcı bir anlamı bulunmaktadır. Buna karşın bu durum bireylerin ihtiyaçlarının kaynağını oluşturamadığında ihtiyaç giderilememektedir. Anoreksiklerde duyguları düzenleyebilme, gerilimi düşürme veya kendini sakinleştirebilmek gibi davranışlar gelişmemektedir. Bu sebeple bu durum onları boşluk, sıkılmışlık ve amaçsızlık hisleriyle yaşamaya mahkum etmektedir. Bireylerin tüm ilgilerini bedenlerine verip bazı davranışlara yönelmeleri acı verici duyumlarından kurtulmak için olmaktadır. Bu bireyler sürekli karoli hesabı yapmakta ve kilolarını ölçmektedirler. Bu davranışları hayatlarını doldurabilmek, kontrol hissi elde edebilmek için ortaya çıkmaktadır. Anoreksikler kendilerini aç bıraktıklarında bir süreliğine diğerlerinden üstün olduklarını düşünmektedirler. Bu düşünce biçimi sayesinde de diğerlerine hissettikleri gerçek ihtiyacın doğurduğu yetersizlik, utanç ve güçsüzlük hissinden kurtulmaktadırlar (Goodsitt, 1997).

Goodsitt (1997), anoreksik ergenlerin, bedenlerini çocukluklarının ve arkaik büyüklenmeciliklerinin son kalıntısı olarak gördüklerini söylemektedir. Grandiyöz bireyler her şeyi kontrol edebildiklerini düşünmektedirler. Bu sebeple her şeyin mükemmel ve merkezinde olduklarına inançları yüksek olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında anoreksikler için de beden böyle görülmektedir. Onlar da bedenlerini kontrol altına almaya çalışarak onu değişmez ve mükemmel yapmak için uğraşmaktadırlar. Bu durum çocuklukla ergenlik arasındaki değişim sürecinde bireylerin kırılgan kendiliklerinin ve büyüklenmeciliklerinin tehdit altında olacağını göstermektedir.

(Ego) psikolojisi kuramı, kendilik gelişimindeki bozuklukların yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Literatürdeki psikanalitik kuramla ilgili araştırmalar, psikodinamik kuramın kavramlarının işevuruk olarak tanımlandığını göstermektedir. Ayrıca bunların ölçülmesinin zor olduğundan bahsedilmektedir. Cinsellik, cinselliğin reddi ve cinsel kimlik kavramları, erken dönem psikodinamik kuram araştırmalarının konuları olarak ele alınmaktadırlar. Ayrıca bu alanda tutarsızlık gösteren bazı bulgular da bulunmaktadır (Scott, 1988).

2.1.2.3.3. Aile ve Bireysel Psikoloji Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarının ailesel faktörlerden de etkilendiği söylenmektedir. Yeme bozuklukları semptomlarının, bireylerin ailelerinden kilo vermeyle alakalı baskı görmelerinin sonucunda arttığı ifade edilmektedir. Bununla beraber ailelerin kilo ve fiziki görünümle alakalı olumsuz eleştirilerde bulunmaları bireylerde kendileriyle ilgili memnuniyetsizlikler oluşturarak yeme bozukluklarına yol açabilmektedir (Elgin & Pritchard, 2006). Ayrıca yeme bozuklukluğu tanısı olan bireylerin babalarıyla olan duygusal ilişkilerinde de yoksunluklar olduğu belirtilmektedir. Bu yoksunluklar sebebiyle bireyler öğün atlama, kusma, laksatif kullanma ya da yemek yemeyi reddetme gibi davranışlar göstermekte ve böylece bu yoksunlukları atlatmaya çalışmaktadırlar (Alantar & Maner, 2008). Adler (1985) bireysel psikoloji kuramında aşağılık kompleksi kavramını ele almıştır. Bu kavramın yeme bozukluğuyla aile ilişkileri bakımından ilişkili olduğu söylenmektedir. Adler (1985), bireylerin kendilerini hatalı değerlendirmeleri sonucu eksiklik duygusu yaşadıklarını ve bunun cesaret kıran tecrübelere yol açtığını ifade etmektedir. Ayrıca bireyler ailelerinde yeterince değer görmediklerini düşünüyorlarsa, aileleri onların yeteneklerinden şüphe ediyorsa ve olumsuz tecrübeler yaşıyorlarsa eksiklik duygusu geliştirebilmektedirler. Bireylerin bu duyguyla baş edebilmek için kendilerini belli eylemlerde bulunmaya zorladıkları düşünülmektedir. Çocuklar, zayıf olmanın normalize edildiği ve görünüşe önem verilen bir aile ortamında büyüdüklerinde kilo alırlarsa dışlanacaklarını düşünmektedirler. Bu sebeple de diyet yapmaya başlayarak dışlanmamak için görüntülerinden duydukları eksikliği telafi etmeye çalışmaktadırlar (Belangee, 2007). Ayrıca yeme bozukluklarına sahip hastalar kendilerini sürekli başkalarıyla kıyaslamaktadırlar. Bununla birlikte başkaları gibi ideal olamayacakları düşüncesi onlarda başarısızlık fikri oluşturmaktadır. Bu fikirden kaçmak için de yeme bozukluklarının kusma, yemek kısıtlama ve aşırı egzersiz gibi semptomlarına odaklandıkları düşünülmektedir. Bireylerin bu semptomlara daha fazla yöneldiklerinde eksiklik duygusunu kapatarak rahatladıkları söylenmektedir. Bu durum yeme bozukluklarının bir kısır döngüde sürmelerine sebep olmaktadır. Bireyler eksiklik duygularını semptomlara devam ederek askıya almakta ve rahatlamaktadırlar (Aktaran Belangee, 2007).

2.1.3. Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılan Araştırmalar

186 kadın üniversite öğrencisi üzerinde yeme tutumlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada öğrencilerin %49'unun tıkınırcasına yemek yeme davranışı gösterdiği saptanmıştır. Bu durum da olumsuz yeme tutumlarının yaygın ve önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (Berg, Frazier, & Sherr, 2009).

Bardone-Cone ve meslektaşları (2017) anksiyete ve yeme bozukluğu ile birlikte değerlendirilen tanılar arası bir kriter olarak mükemmeliyetçiliği öne sürmüşlerdir. Yapmış oldukları çalışmada, uyumsuz ve klinik düzeyde seyreden mükemmeliyetçilik, yeme bozukluğu ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiştir. 237 katılımcı ile yapılan çalışmada çevrimiçi anketler yanıtlanmış ve araştırma değişkenleri karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, klinik mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluğu ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca, mükemmeliyetçilik ile beden memnuniyeti ve özdeğer algısının yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Akdevelioğlu ve Gümüş (2010) tarafından yapılan çalışmada, yeme bozuklukları ve beden imajının üniversite öğrencilerindeki yaygınlığı incelenmiştir. 577 öğrenci ile yapılan çalışmada, beslenme ve diyetetik öğrencileri ve diğer bölümlerde okuyan öğrenciler karşılaştırılmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda beslenme ve diyetetik öğrencilerinin %30'u ve diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin %29.5'ı beden memnuniyetsizliği olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, yeme tutumlarının işlevselliğine ilişkin bulgular doğrultusunda, 577 öğrenci arasından 34 öğrencinin "Yeme Tutumu" ölçeği kesme puanınn üzerinde (>30) puan aldığı saptanmıştır. Risk grubu olarak incelendiğinde, beslenme ve diyetetik öğrencilerinin %14'ünün yüksek risk altında olduğu ve diğer departmanlarda okuyanlarda ise risk oranının %7.2 olduğu saptanmıştır.

Adams ve Leary (2007) yapmış oldukları çalışmada, kişilerin özduyarlık düzeyi ile kısıtlayıcı ve aşırı yeme tutumları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışı olarak kişilerin sağlıksız yeme isteğine karşın katı kuralları olması, yemek yeme konusunda hissedilen suçluluk ve kaçınma yer almaktadır. Özduyarlılık becerisi geliştirmeye yönelik yapılan müdahaleler sonucunda ise katılımcıların stres düzeyinde düşüş olduğu ve özellikle yüksek

düzeyde kısıtlayıcı yeme tutumu olan bireylerin tutumlarında anlamlı düzeyde değişiklik olduğu saptanmıştır.

Başka bir çalışmada erkeklerde yeme bozukluklarının oluşmasında cinsel yönelimin de etkili olabileceği iddia edilmiştir. Buna göre heteroseksüel erkeklere göre homoseksüel erkeklerin yeme tutumlarındaki bozulma oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Bağ ve ark, 2005). Yeme bozukluklarının dünya üzerindeki dağılımları bazı gözden geçirme çalışmaları ile incelenmiştir. Bu incelemelere göre batı kültürüne sahip kişilerde daha yüksek risk bulunduğu söylenmektedir (Fairburn & Harrison, 2003). Ayrıca, Makino ve meslektaşları (2004) yeme bozukluklarının yaygınlık oranının batılı olmayan toplumlarda daha az da olsa arttığını belirtmektedirler.

Striege-Moore ve Smolak (2001) yürüttükleri bir çalışmada Çin, Japonya ve Ortadoğu ülkelerinde de farklı şekillerde de olsa neredeyse her bölgede yeme bozukluklarının görülebildiğini tespit etmişlerdir. Vardar ve Erzengin (2011), modern çağ ile birlikte yeme bozukluklarının doğu kültürlerinde sorunlara yol açmaya başladığını ifade etmektedirler. Türkiye'de 2907 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada 9 erkek ve 59 kız olmak üzere 68 kişide yeme bozuklukları saptanmıştır. Tüm yeme bozukluklarının yaygınlık oranı %2,33 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte Anoreksiya Nervoza yaygınlık oranı %0,034, Bulimiya Nervoza %0,79, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu %0,99 ve Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu ise %1,51 olarak hesaplanmıştır.

Kugu ve meslektaşları (2006), yeme bozukluklarının üniversite öğrencilerinde %2,2 oranında görüldüklerini söylemektedirler. Cinsiyete göre yeme bozuklukları yaygınlık oranlarının kadınlarda %3,4, erkeklerde ise %1,5 olduğu ifade edilmektedir (Kjelsås, Bjørnstrøm, & Götestam, 2004).

Treasure (2008), genç kızlarda yeme bozukluğu görülme oranının %5-10 arasında olduğunu belirtmektedir. Yeme bozukluklarının yaygınlık oranı ve risk faktörlerinin zamana bağlı değişimlerini incelemek için 1997 ve 1999 yılları arasında bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya yaşları 18 ve 30 arasında değişen 1122 İsveçli kadın katılmıştır. Araştırma sonucunda yeme bozuklukları yaygınlık oranının

%2,56'dan, %3,15'e çıktığı tespit edilmiştir (Ghaderi & Scott, 2001). Ayrıca 1501 Kanadalı kadın üzerinde telefon aracılığıyla bir anket çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre yeme bozukluklarının görülme oranlarının Bulimiya Nervoza için %0,6, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için ise %4,1 olduğu bildirilmiştir (Gauvin, Steiger, & Brodeur, 2009).

Tong ve meslektaşları (2014) 8444 kadın üzerinde Çin'de bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırma sonucunda 79 kadın yeme bozuklukları tanısı aldığını söylemiştir. Ayrıca katılımcıların %1,05'inde Anoreksiya Nervoza, %2,98'inde Bulimiya Nervoza ve %3,53'ünde ise Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

2.2. Dürtüseliğin Tanımı

Pek çok psikolojik ve nöropsikiyatrik bozuklukla ilişkisi olan dürtüsellik, klinik bir sorun olarak ele alınmaktadır (Ho ve ark, 1988). (Ho, Al Zahrani, Al Ruwaitea, Bradshaw, & Szabadi, 1988). DSM IV gibi tanı kitaplarında dürtüsellik, psikolojik bozukluğun temel sebebi olarak ifade edilmektedir. Yine de aynı tanı kitaplarında dürtüselliğin net bir tanımı yapılamamaktadır. Dürtüselliğin davranışlarda, bilişsel süreçlerden ve fizyolojik değişimlerden yola çıkılarak tanımlanmaya çalışılması onun net bir tanımının olmamasına yol açmaktadır (Moeller ve ark, 2001).

Birçok tanıma sahip olan dürtüsellik kavramı, genel olarak kişiyi rahatsız eden istenmeyen şekilde sonuçlanan davranışlar olarak ifade edilmektedir. Bu kavramda bir davranışın kişilerin zihinsel süreçlerinden geçmeksizin eyleme dönüşmesi durumu söz konusudur. Riskli davranışları içeren dürtüsellik kavramında kişinin davranışı gerçekleştirdikten sonra rahatsız olması durumu bulunmaktadır. Bununla birlikte dürtüselliğin, düşünmeden davranma, bilgisiz ve ihtiyatsız bir şekilde hareket etme, bilinçli yargı veya çoğu insanda eşit bulunan sağduyudan yoksun eylem meydana getirme gibi tanımları bulunmaktadır (Dickman, 1993).

Literatürde dürtüsellik kavramı incelendiğinde ifadelerde bilişsel, davranışsal ve kategorileştirme bakış açıları bulunmaktadır. Bilişsel davranışsal modele göre

dürtüsellik, bireyin hazzı erteleyememesi veya kişide kontrol mekanizması olmaması şeklinde ifade edilmektedir (Monterosso & Ainslie, 1999). Ainslie (1975) yaptığı çalışmada kişilerin hazzı erteleyememesini ve kişilerin hazzı ertelemeye çalışırken yaşadıkları zorlukları anlatmıştır. Bu çalışmada katılımcılara hazzı ne kadar geciktirirlerse o kadar artan ödül ve ödül çeşitliliği sunulmuştur. Katılımcılarda dürtüleri kontrol etme problemi bulunanlar en az ödülü tercih etmişlerdir.

Hollender ve Evers (2001)'a göre dürtüselliğin sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, dikkat çekme çabası ve zevk arayışı gibi ölçülebilir bir davranış özelliği bulunmaktadır. Bununla birlikte, dürtüselliğin nasıl oluştuğuyla ilgili yapılan çalışmalar sonucunda dürtüselliğin üç boyutlu olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu boyutlar şu şekilde ifade edilmektedir:

- Kişiler davranışın sonucunu kestirememekte ve olumsuz sonuç ortaya çıkabileceğini düşünmemektedirler. Bilişsel yetilerini kullanamaktadırlar.

- Kişiler plansız, risk değerlendirmesiz direkt olarak eyleme geçmektedirler. Otonom tepkileri geciktirememektedirler.

- Kişiler, tüm bu anlatılanlara bağlı olarak davranışın sonucunda neler olabileceğini değerlendirememektedirler.

Dürtüselliği bu üç boyutu çerçevesinde kişilerin düşüncesiz ve dikkatsiz bir şekilde eyleme geçtikleri söylenebilmektedir. Bu kişiler meydana getirecekleri davranışın çevrelerine veya başka kişilere zararını düşünmemektedirler. Kendilerini kontrol edemedikleri için direkt eyleme geçmektedirler (Chamberlain ve ark, 2007; Moeller ve ark, 2001)

Sonuç olarak kişilerin bir anda herhangi bir değerlendirme yapmadan içinde geldiği gibi davranmaları dürtüsellik olarak ifade edilebilmektedir. Bu kişilerde bilişsel yetiyi kullanma zayıflığı görülmektedir. Herhangi bir plana bağlı kalamamakta ve risk değerlendirmesi yapamamaktadırlar (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).

2.2.1. Dürtüselliğin Süreçleri

Tepki Ketleme/Yanıt Engelleme: Bireylerin uygunsuz bir anda erken tepki vermeleri veya vermeleri gereken cevabı ertelemeleri dürtüsellik sürecinde tepki ketleme/yanıt engelleme şeklinde ifade edilmektedir. Dürtüsellik davranış bilimleri için bir inhibitör mekanizması olarak görülmektedir. Bireylerin yiyecek, cinsellik veya arzu edilen diğer kazançlar için dürtüleri içsel ve dışsal olarak bu mekanizma ile aktif edilmektedir. Hızlı yanıtların ve reflekslerin baskılanmaları bu inhibitör mekanizması sayesinde olmaktadır. Ayrıca daha yavaş olan bilişsel mekanizmalar davranışı yönlendirmektedirler (Özver, 2010).

İnhibisyon Denetimi: İnhibisyon denetimi açık ve örtük yanıtı bastırmayla ilgili bir kavram olarak bilinmektedir. Bu kavramın ifade edildiği yürütücü inhibisyon kavramı ise harekete geçme kontrolü, bilişsel ve davranışsal inhibisyon içermektedir (Özver, 2010).

Risk Alma: Bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek ve kendilerini geliştirebilmeleri için risk almaları gerekmektedir. Buna karşın yüksek risk davranışlarının sonuçları olumsuz olabilmektedir. Özbildirim ve özdenetim ölçekleri ile risk alma davranışının değerlendirmesi yapılmaktadır (Özver, 2010).

Karar Verme: Bir olay veya durum karşısında bir tercihte bulunma karar verme süreci olarak belirtilmektedir. Ayrıca bu süreçte eylem seçimi, eylemi düzenleme, eylemi uygulama ve eylemin sonuçlarını değerlendirme de bulunmaktadır. Karar verme sürecinde duyguları işlemenin etkisi nörogörüntüleme çalışmalarıyla ortaya koyulmuştur. Ayrıca karar vermenin belirsizlik, yüksek risk gibi durumlarda çoklu prefrontal, parietal, limbik ve subkortikal bölgeleri içeren subkortikal-kortikal şebeke ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Özver, 2010).

2.2.2. Dürtüsellik ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Genetik bir yatkınlık dürtüsellik düzeyini etkileyebilmektedir (Seroczynski, Bergeman, & Coccaro, 1999). Serotonin ve dopamin sistemlerinin dürtüselliğin genetik aktarımı sırasında rol oynadıkları düşünülmektedir (Robbins, 2005). Bireylerin dürtüsellikleri arasında farklar bulunmaktadır. Bu farkların genetik veya

mizaç özellikleriyle ya da çevresel deneyimlerle farmakolojik ve nöral faktörlerin etkileşmesi sonucunda ortaya çıktıkları ifade edilmektedir (Gvion & Apter, 2001).

Dürtüsel davranışların ortaya çıkmasında serotonerjik nöronlar etkili olmaktadır (Yazıcı & Ertekin Yazıcı, 2010). Dürtüsel seçimlerde artış Serotonin (5HTT) düzeyinin azalması sonucu olmaktadır. Ayrıca bu azalma sonucu bireylerde dürtü kontrolünün bozulması, saldırganlık ve intihar gibi davranışların da görüldüğü iddia edilmektedir (Mann, 2003). Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile prefrontal bölgede, bölgesel 5HTT dağılımları incelenmiştir Bu nörogörüntüleme çalışmasında dürtüsel yatkınlığı olan bireylerde ACC'de 5HTT işlevinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Leyton ve ark, 2001).

Bireylerdeki dürtü kontrollerinde, dopamin (DA) ve norepinefrin (NE) sistemlerinin de etkileri oldukları söylenmektedir (Kertzman ve ark, 2006). Dürtüsel seçimler, amfetamin, metilfenidat ve kokain gibi DA agonistleri ile azalma göstermişlerdir. Buna karşın DA antagonistleri dürtüsel seçimleri arttırmıştır (van Gaalen, van Koten, Schoffelmeer, & Vanderschuren, 2006). Motor dürtüsellik, nukleus akkumbensteki DA aktivitesinin artışıyla artmaktadır. Buna karşın PFC veya bir bölümü olan orbitofrontal kortekste (OFC) DA artışı dürtüsel karar vermeyi azaltmaktadır. Bu durum da dürtüsellikteki DA etkisinin heterojen olduğunu göstermektedir (Yazıcı & Ertekin-Yazıcı, 2010).

Bazı çalışmalarda glutamaterjik sistemin dürtüsellikte rolü olduğu belirtilmektedir. Yapılan nörobilişsel testlerde non-selektif NMDA reseptör antagonisti ve selektif NMDA-2B reseptör subünit antagonistinin sistemik enjeksiyonunun dürtüselliği arttırdıkları görülmüştür. Ayrıca dürtüselliğin medial frontal korteks infralimbik bölgede olan glutamat transmisyon değişimden etkilendiği düşünülmüştür (Pattij & Vanderschuren, 2008).

Prefrontal Korteks (PFC) ve amigdalanın dürtüselliği kontrol etmede önemli rollerinin bulunduğu işlevler nörogörünteleme çalışmalarında ortaya koyulmuştur. Ayrıca seçme davranışının oluşumuna yardımcı olan çoklu nöral şebekelerin bir parçası oldukları düşünülmektedir (Kalenscher, Ohmann, & Gunturkun, 2006).

Dürtüselliği yüksek olan bireylerde yanıt inhibisyonu sırasında daha az PFC aktivasyonu görülmektedir (Asahi ve ark, 2004).

Ayrıca ödülle ilişkili olan davranış düzenlenmesinde nukleus akumbensin önemli rolü bulunmaktadır. Sıçanlarda yapılan dürtüsellik ile ilgili bir çalışmada nukleus akumbens ile bazolateral amigdala lezyonlarının dürtüsel seçim yapma eğilimi arttırdıkları görülmüştür (Winstanley ve ark, 2004). İnsanlarda yapılan başka bir çalışmada ise bazal ganglion lezyonlarında yanıt inhibisyon testlerinde bozulma bildirilmiştir (Rieger, Gauggel, & Burmeister, 2003).

Çok boyutlu bir kavram olan dürtüselliğin değerlendirilmesinde özbildirim ölçekleri, davranışsal ve fizyolojik ölçümleri içeren çoklu bir yaklaşım yönteminin kullanılması gerekmektedir (Waxman, 2009). Dürtüsellik özbildirim ölçekleri, davranışsal ölçümler ve elektrofizyolojik çalışmalar ile değerlendirilmektedir.

2.3. Öz Duyarlık Tanımı

Kavramsal olarak öz duyarlık, duyarlığın genel tanımı ile ele alınmaktadır. Bireylerin diğerlerinin problem ve sıkıntılarına yönelik paylaşımcı bir tutum göstermesi duyarlık olarak ifade edilmektedir. Duyarlı olarak tanımlanan bireyler, sorun yaşayan diğer kişilerin negatif etkileri daha az hissetmelerine yardımcı olmak istemektedirler (Neff, 2003). Bununla birlikte hata yapan veya başarısız olan bireyleri önyargılar olmadan anlamaya çalışmak da duyarlı olmak olarak değerlendirilmektedir. Öz duyarlık da aynı şekilde bireylerin acı ve sıkıntı çekmelerine sebep olan duygularına açık olmaları anlamına gelmektedir. Bu durumda bireyler kendilerine daha sevecen ve özenli yaklaşmaktadırlar. Yetersizlik ve başarısızlık gösterdiklerinde kendilerini yargılamadan değerlendirmekte ve olumsuz durumların da hayatın bir parçası olduğunu kabul etmektedirler (Neff, 2003).

Literatürde öz duyarlıkla ilgili ben-merkezci olma, kendine acıma ve pasifliği beraberinde getirdiği şeklinde eleştiriler bulunmaktadır. Buna karşın öz duyarlık ile ben-merkezciliğin birbirlerine karıştırılmamaları gerekmektedir. Öz duyarlık bireylerin başkaları için endişelenme eğilimi göstermelerini sağlamaktadır. Bu

kavram bağlamında ele alınan bireyler kendi deneyimlerini insanlığın ortak deneyimleri ışığında görmektedirler. Böylece acı çekmenin, başarısızlığın ve yetersizliğin normal olduğunu algılamaktadırlar. Ayrıca kendileri de dahil olmak üzere tüm insanlara duyarlı bir şekilde davranılması gerektiğini bilincinde olmaktadırlar. Bireyler kendilerini daha az yargıladıklarında diğerlerini de daha az yargılamaktadırlar. Bunun yanında öz duyarlık ve bağışlamanın benzer bir yönü bulunmaktadır. Öz duyarlı olan bireyler başarısızlıklarını ve zaaflarını affedebilmektedirler. Ayrıca insanlara eksikliklerıyle sadece insan oldukları için saygı duymaktadırlar (Neff, 2003).

Kendine acıma ile öz duyarlığın karıştırılmaması da önemli görülmektedir. Bireyler başkalarına acıdıklarında kendilerini onlarda uzaklaştırmaktadırlar. Öz duyarlıkta ise tam zıttı olarak bireyler diğer insanlara bağlı olmaktadırlar. Onlar acının tüm insanlar tarafından deneyimlenebilen bir şey olduğunu bilmektedirler. Aynı şekilde bireyler kendilerine acıdıklarında kendi problemlerine odaklanmaktadırlar. Bu sebeple de diğer insanların da benzer şeyler yaşayabileceklerini unutmaktadırlar. Birey, öz duyarlığı olmadığında tek acı yaşayanın kendisi olduğunu düşünmektedir. Kendi acıma kavramında egosantrik duygular ve kişisel acının alanının abartılması ele alınmaktadır. Buna karşın öz duyarlıkta bireyler kendi deneyimlerinin başkalarının deneyimleriyle ilişkili olduğu fikrini reddetmemektedirler (Neff, 2003).

Literatürde öz duyarlığın yüksek olmasının pasifliğe de yol açtığı ele alınmaktadır. Buna karşın öz duyarlık duygularının samimi olduğu durumda pasiflik görülmemektedir. Bireylerin ideal olana ulaşmaya çalışırken başarısız olmaları durumunda kendilerini eleştirmemeleri öz duyarlık olarak ifade edilmektedir. Buna karşın bu kavram bireyin başarısızlıklarını fark etmemesi veya başarısızlıkların asılsız olması gibi bir anlamı ifade etmemektedir. Bireylerin başarısızlık durumunda daha işlevsel ve psikolojik olarak daha iyi durumda olmaları için gerekenlere sabırla ulaşabileceklerine inandırılmaları gerekmektedir. Bu sebeple bireylerde yetersizlik görülmesi durumunda öz duyarlık, pasifliğe ve eylemsizliğe yol açmamaktadır. Tam tersi bireyler öz duyarlıktan mahrum kaldıklarında pasiflikleri artabilmektedir (Neff, 2003).

2.3.1. Öz duyarlık Alt Boyutları

Neff (2003) öz duyarlığı, bireylerin acı çekme veya başarısızlık durumlarında kendilerine karşı önyargılı yaklaşmadan anlayışlı ve özenli olabilmeleri olarak tanımlamaktadır. Ayrıca bu kavramı daha sistematik ve işlevsel yapabilmek için öz-sevecenlik (self- kindness), insanlığın ortak deneyimleri (common-humanity), bilinçlilik (mindfulness) şeklinde üç başlık altında toplamıştır.

2.3.1.1. Öz Sevecenlik

Bireylerin acı çektiklerinde veya yetersiz hissettiklerine kendilerini yargılamak yerine kendilerine sevecen ve anlayışlı olmaları öz- sevecenlik olarak ifade edilmektedir. Kişiler kendilerine merhamet gösterirlerse kendilerine sert davranma davranışı göstermemektedirler. Üzgün insanlarda kendilerini sertçe eleştirme, zarar verme ve incitme eğilimleri görülmektedir (Neff, 2003). Ayrıca işler istediklerinden farklı yöne gittiğinde kendilerini suçlamaktadırlar. Böyle durumlarda öz- sevecenliği yüksek olan kişiler kendilerine sıcak ve anlayışlı yaklaşmaktadırlar (Germer, 2009). Öz- sevecenlikte birey kendi acılarına daha nazik yaklaşmakta ve onları kabul etmektedir. Bireylerin her zaman her istediğini elde edemeyeceklerini bilmeleri gerekmektedir. Bu durum inkar edilirse bireyler öfke, acı ve stres gibi istenmeyen rahatsız edici durumlar yaşamaktadırlar. Bireyler öz- eleştiri yaparak kendilerini rahatlatmayı zorlaştırmaktadırlar. Buna karşın kişilerin öz- sevecenlikleri yüksek olduğunda ise hayatta zorluklarla karşılaşma normal görülmektedir. Bu bireyler başarısız olduklarında kendilerine daha anlayışlı ve kibar davranmaktadırlar (Neff & Lamb, 2009). Kişiler herkesin yaşayabileceği araba kazası veya işten çıkarılma gibi kontrol dışı durumlar yaşadıklarında kendilerine sempati ile yaklaşamamaktadırlar. Buna karşın bireylerin öz-sevecenlikleri yüksekse öyle durumlarda kendilerine sinirlenmeden kendilerini sakinleştirme davranışı göstermektedirler. İç sesleri daha kibar konuşmaktadır. Sonuç olarak bireylerin kendilerine karşı anlayışlı ve kibar olmaları öz- sevecenlik olarak ifade edilmektedir (Germer & Neff, 2013).

2.3.1.2. İnsanlığın Ortak Deneyimleri

Bireylerin istenmeyen durumlar karşısında tek acı çekenin kendileri olduklarını düşünebilme olasılıkları bulunmaktadır. Ayrıca bireyler utanç gibi olumsuz duygulardan kurtulamayabilmektedirler. Kişiler olumsuz duyguları bir kenara bırakabilirlerse olaylara daha geniş bir açıdan bakabilmekte ve kendilerini suçlamayı bırakabilmektedirler. Ayrıca böylece evrensel nedenler de bulunabilmektedir (Germer, 2009). Bireyler paylaşımlarının bilincinde olduklarında mükemmel olmadıklarını fark etmektedirler. Bu durum bireylerin acı çekerken yalnız olmadıklarını, istedikleri her şeye sahip olamayacaklarını ve her zaman istedikleri kişi gibi davranamayacaklarını anlamalarını sağlamaktadır. Bireyler paylaşımlarının bilincinde olduklarında mükemmel olmamalarının insan ırkının bir özelliği olduğunu söylemektedirler (Germer & Neff, 2013).

Öz- duyarlık ise bireylerin diğerlerine gösterdiği şefkatli tavrı kendilerine göstermeleri olarak ifade edilmektedir. Acı çekilen durumlarda bireylerin kendilerine acımamaları ve kendilerini diğerlerinden izole etmemeleri gerekmektedir. Bu durumun evrensel olduğunun bilinmesi önemli olmaktadır (Germer & Neff, 2013). Bireylerde paylaşımların bilincinde olma durumu görüldüğünde olayın geçici olduğu fark edilebilmekte ve sorunların hayatın bir parçası olarak herkesin başına gelebildiği kabul edilebilmektedir. Ayrıca böylece yalnızlık duyguları ve kendini soyutlama davranışı engellenmektedir (Germer, 2009).

Paylaşımların bilincinde olma durumu, acı çekme halinin evrensel olduğunun kabul edilmesi ile başlamaktadır. Acı verici olayların herkesin başına gelebileceğini iddia etmektedir. Ayrıca bu düşünce, duygu ve davranışların genetik ve çevresel faktörlerden etkilendiğini de kabul edilmektedir (Neff & Lamb, 2009).

Bireyler paylaşımların bilincinde olduklarında acı çekme gibi duyguların evrensel olduğunu kabul etmekte ve kendilerini izole etmemektedirler (Neff, 2003). Böylece bireyler olumsuz duygulardan kaçmamakta, olumsuz duyguları olumlu duygulara dönüştürebilmektedirler. Olumsuz duyguların olumlu duygulara dönüşümü, kendine merhamet ile şefkat gösterme şeklinde görülen öz- sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma durumları ile olabilmektedir (Özyeşil, 2011).

2.3.1.3. Bilinçlilik

Bilinçlilik, bireylerin acı veren duygulardan ve düşüncelerden kaçmamaları ve bunları bastırmamaları ile başlamaktadır (Neff, 2003). Bilinçlilik kişileri "Kalplerimizi açabilmemiz için önce gözlerimizi açmamız gereklidir" sözü ile öz-duyarlığa götürmektedir (Germer, 2009). Bireyler istenmeyen durumlar karşısında öncelikle çözüme odaklanmaktadırlar. Buna karşın durumun fark ve kabul edilmesi öz- duyarlığın oluşmasını sağlamaktadır (Germer & Neff, 2013).

Bilinçlilik negatif duygu ve düşüncelere aşırı derecede odaklanma olarak ifade edilmemektedir. Ruminasyon olarak tanımlanan bu durum bireyin kendine olan algısını olumsuz etkilemektedir (Nolen-Hoeksema, 1991). Bilinçlilik bireylerin zorlayan duygulara zihinsel bir boşluk ve geniş bir bakış açısıyla bakmalarını gerektirmektedir (Baer, 2003).

Bluth ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, ergenlerde psikolojik güçlendirme ve yeni deneyimlere açık olma gibi bu zorluklarla başa çıkabilmek için başa çıkma stratejileri geliştirmenin önemi vurgulanmıştır. Ergenlik dönemindeki duygusal zorlukların olumsuz etkilerini özduyarlık tarafından bertaraf edildiği öne sürülmekte ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi ele alınmıştır. Bu çalışmada da büyük bir ergenlerde söz konusu ilişki incelenmiştir. İnternette yapılan bir ankette sorulara cevap veren 786 katılımcıda özduyarlığın hem merak / keşif ve esneklik hem de cinsiyet ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Öz-duyarlılık ile direnç arasındaki erkeklerde daha yüksek oranda ilişki saptanmıştır. Ayrıca, yaş, öz-merhamet ile dayanıklılık ya da merak / keşif arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Marsh ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, öz-şefkatin ergenlerin psikolojik iyi oluşlarıyla ilişkisini ele alan çalışmaların metaanalizi sunulmuştur. Bu meta-analiz, ergenlerde öz-şefkat ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişki için etki büyüklüğünü tahmin etmek için mevcut literatürü sentezlemektedir. Araştırmada, çalışmaya dahil edilmek üzere 19 adolesanla ilgili çalışma belirlemiştir. Öz-duyarlılık ile anksiyete, depresyon ve stres ile indekslenen psikolojik rahatsızlık

arasında ters bir ilişki için büyük bir etki boyutu bulunmuştur. Bu bulgular erişkin örneklemlerde bulunanları yineleyerek, ergenlerde duygusal zorlukların ortaya çıkmasında ve / veya sürdürülmesinde öz-şefkat eksikliğinin önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Moffitt ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada kişilerin vücut memnuniyetsizliğini azaltmaya ve kendini geliştirme motivasyonu ile özduyarlılık incelenmiştir. Katılımcılar (N = 153), tehdit edici bir beden imaj senaryosuna maruz bırakılmış, sonrasında beden imajına yönelik memnuniyetsizlikleri değerlendirilmiştir. Üç müdahalenin (benlik saygısı, öz-şefkat veya pozitif distraksiyon kontrolü) birine rastgeleleştirilmesinin ardından, katılımcılar kendi kendini iyileştirme motivasyonunun bir ölçüsü ile birlikte tatminsizlk değerlendirmelerini yeniden yapmışlardır. Müdahalenin sonunda, halsizlik ve görünüm memnuniyetsizliği, öz-duyarlılık grubunda, benlik saygısı ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak daha düşük ve kendini geliştirme motivasyonu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.. Öz-merhamet, bedensel duygular ve kendiliğinden iyileşme arzusu için derhal iyileştirmeleri teşvik etmek için güçlü ve etkili bir yöntem olarak sonuçlar doğrultusunda değerlendirilmiştir.

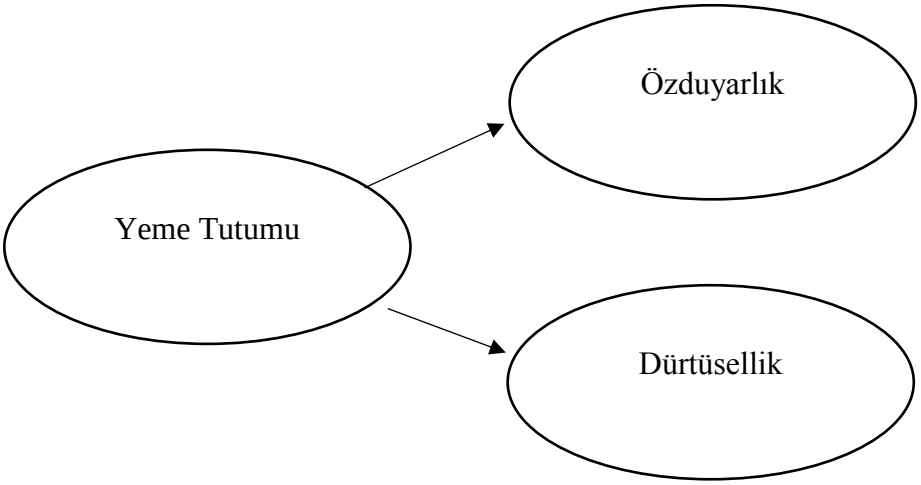
BÖLÜM 3. YÖNTEM

"Bu bölümde araştırmanın örneklem, veri toplama araçları ve veri analiz yöntemlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır"

3.1. Araştırma Modeli

Veri toplama aşamasında rastgele seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmış ve veriler çevrimiçi olarak toplanılmıştır. Katılımcılar yanıtları anonim olarak vermişlerdir. Araştırmanın modeli, ilişkisel tarama modeli olarak belirlenmiştir. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırmalara uygun bir modeldir (Karasar 2005). İlişkisel tarama modelleri ise; iki ve daha fazla değişken arasındaki birlikte değişim varlığını belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleri için kullanıldığından bu araştırma için belirlenmiştir (Karasar, 2005).

Bu doğrultuda araştırmanın modeli aşağıdaki gibidir:



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde ikamet eden genç yetişkin kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem olarak; 18-25 yaş arası 630 genç yetişkin kadının araştırmaya katılmıştır.

Tablo 4. Örnekleme İlişkin Demografik Değişkenlerin Dağılımı

Demografik Değişkenler (N=630)		N	%
Yaş	18	64	10,2
	19	43	6,8
	20	65	10,3
	21	88	14,0
	22	101	16,0
	23	78	12,4
	24	73	11,6
	25	118	18,7
	Toplam	630	100,0
Medeni Durum	Bekar	580	92,1
	Evli	45	7,1
	Dul/Boşanmış	5	,8
	Toplam	630	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük	160	25,4
	Orta	433	68,7
	Yüksek	37	5,9
	Toplam	630	100,0
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-Baba ya da Akrabalarla	414	65,7
	Erkek/Kız Arkadaşlarla	60	9,5
	Eş ya da Partneriyle	64	10,2
	Yalnız	69	11,0
	Diğer	23	3,7
	Toplam	630	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	10	1,6
	Lise	73	11,6
	Önlisans	58	9,2
	Lisans	441	70,0
	Lisansüstü	48	7,6
	Toplam	630	100,0
Anne eğitim durumu	İlkokul	201	31,9
	Ortaokul	60	9,5
	Lise	184	29,2
	Önlisans	34	5,4
	Lisans	121	19,2
	Lisansüstü	30	4,8
	Toplam	630	100,0
Baba eğitim durumu	İlkokul	126	20,0
	Ortaokul	77	12,2
	Lise	181	28,7
	Önlisans	33	5,2
	Lisans	175	27,8
	Lisansüstü	38	6,0
	Toplam	630	100,0

Tablo 4'te araştırmanın örneklem grubunun demografik özellikleri incelendiğinde

Yaş dağılımına göre katılımcıların %10.2'si 18 yaş, %6,8', 19 yaş, %10,3'ü 20 yaş, %14,0'ü 21 yaş, %16'sı 22 yaş, %12,4'ü 23 yaş, %11,6'sı 24 yaş ve %18,7'si 25 yaş olarak bildirilmiştir.

Medeni durum değişkenine göre katılımcıların %92,1'i bekar, %7,1'i evli ve %0,8'i dul/boşanmıştır.

Gelir seviyesine göre katılımcıların %25,4'ü düşük, %68,7'si orta ve %5,9'u yüksek gelir seviyesindedir.

Kiminle yaşadığı değişkenine göre katılımcıların %65,7'si anne-baba ya da akrabalarıyla, %9,5'i erkek/kız arkadaşlarıyla, %10,2'si eş ya da partneriyle, %11'i yalnız ve %3,7'si diğer olarak bildirmişlerdir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların %1,6'sı ilköğretim, %11,6'sı lise, %9,2'si önlisans, %70'i lisans ve %7,6'sı lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğunu bildirmiştir.

Anne eğitim düzeyine göre katılımcıların annesinin %31,9'u ilkokul, %9,5'i ortaokul, %29,2'si lise, %5,4'ü önlisans, %19,2'si lisans ve %4,8'i lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğunu bildirmiştir.

Baba eğitim düzeyine göre katılımcıların babasının %20'si ilkokul, %12,2'si ortaokul, %28,7'si lise, %5,2'si önlisans, %27,8'i lisans ve %6'sı lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğunu bildirmiştir.

Tablo 5. Kilo ve Diyet Öyküsü ile İlgili Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Kilo ve Diyetle İlgili Değişkenler		N	%
Kilosunu Nasıl Değerlendiriyor?	Zayıf	62	9,8
	Normal	238	37,8
	Biraz Şişman	253	40,2
	Çok Şişman	77	12,2
	Toplam	630	100,0
Hiç diyet yapmış mı?	Evet	392	62,2
	Hayır	238	37,8
	Toplam	630	100,0
Genel olarak diyetlerde hedeflenen kiloya ne düzeyde yaklaşmış?	Hiç	155	24,6
	Biraz	157	24,9
	Orta	117	18,6
	Oldukça	125	19,8
	Tamamıyla	76	12,1

	Toplam	630	100,0
Yakın zamanda diyete başlama düşüncesi var mı?	Hiç	158	25,1
	Biraz	150	23,8
	Orta	86	13,7
	Fazla	86	13,7
	Çok Fazla	150	23,8
	Toplam	630	100,0
Ne kadar süre diyet yapmış?	1 hafta	250	39,7
	1 ay - 1 hafta arası	132	21,0
	6 ay - 1 ay arası	98	15,6
	1 yıl - 6 ay arası	83	13,2
	1 yıldan fazla	67	10,6
	Toplam	630	100,0

Tablo 5'te kilo ve diyet öyküsüne ilişkin bireysel değişkenlerin betimsel istatistikleri incelendiğinde,

Şimdiki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna göre katılımcıların %9,8'i zayıf, %37,8'i normal, %40,2'si biraz şişman ve %12,2'si çok şişman şeklinde yanıt vermişlerdir.

Daha önce diyet yapan katılımcıların oranı %62,2 ve yapmayanların oranı %37,8'dir.

Hedeflenen kilo değişkenine göre katılımcıların %24,6'sı hedeflediği kiloya hiç ulaşamadığı, %24,9'unun biraz ulaştığı, %18,6'sının orta düzeyde ulaştığı, %19,8'unun oldukça ulaştığı ve %11,9'unun tamamıyla ulaştığı bildirilmiştir.

Diyete başlama düşüncesi değişkenine göre katılımcıların %25,1'i diyete başlamayı hiç düşünmediği, %23,8'inin biraz düşündüğü, %13,7'sinin orta düzey düşündüğü, %13,7'sinin fazla düşündüğü ve %23,8'inin çok fazla düşündüğünü belirtmiştir.

Diyet yapma süresi değişkenine göre katılımcıların %39,7'si 1 hafta, %21'i 1 ay-1 hafta arası, %15,6'sı 1 ay-6 ay arası, %13,2'si 6 ay-1 yıl arası ve %10,6'sı 1 yıldan fazla süredir diyet yaptığını bildirmiştir.

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırma kapsamında, araştırmacı tarafından belirlenmiş ve ilgili literatürde yer alan benzer çalışmalardan yola çıkarak veri toplama araçları belirlenmiştir. Araştırmada, katılımcılardan veri toplamak amacıyla seçilen veri ölçüm araçları aşağıdaki gibidir:

- Demografik Bilgi Formu

- Yeme Tutumu Ölçeği
- Barrett Dürtüsellik Ölçeği
- Öz Duyarlık Ölçeği

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların kişisel bilgilerine ilişkin soruların yer aldığı özbildirim soru formudur. Kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi ve araştırma değişkenleri ile ilişkili olan diyet öyküsüne ilişkin soruların yer aldığı demografik bilgi formu, araştırma değişkenlerinin karşılaştırılmasında analizlere dahil edilmiştir.

3.3.2. Yeme Tutum Ölçeği

Garner ve Garfinkel (1979), Yeme Tutum Testi'ni anoreksiya nervoza semptomlarını ölçmek için geliştirmişlerdir. 40 maddelik test; altılı likert tipi olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin cevap aralığı "daima" ve "asla" olmak üzere, daima "1", asla "6" olarak kaydedilmektedir. Ölçeğin; 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 maddeleri ters maddelerdir ve bu maddeler için kullanılan, asla cevabı 3 puan, diğer cevaplar sırasıyla "2" ve "1" puan değerindedir. Ölçekteki diğer puan skalasında ise; "daima" cevabı 3 puan, diğer cevaplar sırasıyla "2" ve "1" puan değerindedir. Ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Yeme tutum ölçeğinden, 30 ve 32 arasındaki puan alan bireyler, teşhis edilmiş yeme bozukluğu semptomları olmayan fakat yeme tutumu açısından genel popülasyondan farklı bir kesimi ifade etmektedir. 33 puan ve üstünde alan kişiler ise, patolojik yeme semptomları sergilemektedir (Garner & Garfinkel, 1979).

Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçeye uyarlanan yeme tutum ölçeği testinin geçerlilik çalışmasında iki anorektik ve iki kontrol grubundan oluşan toplam dört grupluk bir deney durumu kullanılmış ve katılımcıların EAT-40 puanlarının toplamları ile kriterler karşılayan gruplar arasında anlamlı ve yüksek oranlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir: $r=.87$, $p<.001$ (Garner & Garfinkel, 1979). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .84 olarak bulunmuştur.

3.3.3.Barrett Dürtüsellik Ölçeği

Dürtüsellik eyleminin değerlendirilmesinde, katılımcının kendisinin doldurduğu ölçektir (Güleç, Tamam, & Güleç, 2008). Otuz maddeden oluşan bu test, "dikkatsen dürtüsellik" (dikkat eksikliği ve bilişsel düzensizlik), "motor dürtüsellik"

(motor dürtüsellik, sabır eksikliği) ve "plansız dürtüsellik" (kontrol sağlanamaması, bilişsel belirsizliğe tahammülsüzlük) başlıkları ile üç alt ölçek skalası içermektedir. BIS-11'in değerlendirilme safhasında dört farklı puan türü; toplam puan; plansız dikkat ve motor dürtüsellik puanları olarak hesaplanır. Nihayetinde kişinin ölçeklendirme testinde BIS-11 puanı ne kadar yüksekse; dürtüsel eylemlilik düzeyi o kadar yüksektir. Kişinin dikkat ölçeklendirme puanının yüksekliği, dikkatsiz davranışlarda bulunulduğunu, motor alt ölçeğinin puanlanmasındaki yüksekliği motor eylemlerdeki artışı; plansızlık puanının yüksekliği ise kişinin hayatını planlamasındaki istikrarsızlık ve plan yapamama davranışının yüksekliğini göstermektedir.Güleç ve arkadaşları, BIS-11 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Güleç, Tamam, & Güleç, 2008). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayıları alt boyutlar arasında .79 ile .84 arasında saptanmıştır.

3.3.4. Öz Duyarlık Ölçeği

Ölçek, Raes, Pommier, Neff ve Van Gucht (2011) tarafından kişilerin öz şefkatini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, Akın, Akın ve Abac (2007) tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin kısa formu kullanılmıştır. Bu kısa form 5'li likert tipinde 12 maddeden oluşmaktadır (1= Hiçbir zaman, 5=Her zaman). Ölçek kendi içinde 6 alt boyuta ayrılmaktadır. Bu alt boyutlar, öz-sevecenlik, öz-yargılama, paylaşım bilincinde olmak, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme şeklindedir. Bu çalışmada, ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının .63 ile .71 arasında değiştiği saptanmıştır.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmada, betimleyici ve karşılaştırmalı veri analiz yöntemleri kullanılmıştır. Analizlerin belirlenmesinde, değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini incelemek amacıyla normallik testi yapılmış olup, bu doğrultuda, araştırma değişkenlerinin homojen dağılım gösterdiği saptanmış ve parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde, ikili bağımsız grup içeren demografik değişkenlerle araştırma değişkenlerinin karşılaştırılmasında "Bağımsız örneklem t testi"; çoklu bağımsız grup içeren demografik değişkenler için ise "Tek Yönlü Varyans Analizi" kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerini incelemek için hesaplanan toplam skor ve alt boyutların arasındaki ilişkinin incelenmesinde "Pearson korelasyonu"; anlamlı ilişki olduğu saptanan değişken ve/veya ilgili alt boyutların açıklayıcı ilişkisinin incelenmesi için

"Doğrusal Regresyon Analizi" kullanılmıştır. Analizler SPSS (Statistics Program for Social Sciences) 24. Versiyonu ile yapılmış ve anlamlılık düzeyi 0.05 değerinde alınmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde, değişkenlerin betimleyici ve karşılaştırmalı analizleri yer almaktadır. Araştırma değişkenlerine ait istatistiksel analizler ilgili tablolarda belirtilmiştir. Araştırma değişkenlerinin puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında, ikili bağımsız grup bulunan demografik değişkenlere göre karşılaştırma analizi için "Bağımsız örneklem t testi"; çoklu bağımsız grup içeren demografik değişkenlerle karşılaştırma analizi için "Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)" uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi p=0.05 değerinde alınmıştır.

4.1. Yeme Tutumunun Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Katılımcıların "Yeme Tutumu Ölçeği"ne vermiş oldukları yanıtlar sonucunda puan ortalamaları hesaplanarak demografik değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Puan ortalamalarının karşılaştırılması için, "Bağımsız Örneklem t Testi" ve "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" yapılmış, sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 6. Yeme Tutumunun Diyet Yapmış Olma Değişkeniyle Karşılaştırılması İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi

	Hiç diyet yapmış mı?	N	Ort.	Ss	t	p
Yeme Tutumu	Evet	392	74,30	23,526	9,410	**,000***
	Hayır	238	56,95	20,515		

*p<.01

Tablo 6'da belirtilen iki bağımsız örneklemli t testi sonuçlarına göre, katılımcıların daha önce diyet yapıp yapmama değişkenlerine göre yeme tutumu skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır (t=9,410; p<0,01). Diyet yapmış olan katılımcıların, hiç diyet yapmamış olanlara göre yeme tutumları ölçeğinde yeme psikopatolojisi eğilimi gösteren daha yüksek skorlar aldığı görülmektedir.

Tablo 7. Yeme Tutumunun Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Yaş	N	Ort.	Ss	F	sd	p
18	64	58,41	22,888			
19	43	65,58	19,052			
20	65	67,49	26,179			
21	88	63,26	20,553	3,269	7/622	**,002***
22	101	67,17	22,657			
23	78	71,50	23,392			
24	73	71,16	22,420			
25	118	73,00	27,644			
Toplam	630	67,75	23,948			

*p<.01

Tablo 7'de yaş değişkenine göre yeme tutumunun farklılaşma düzeylerinin ANOVA sonuçlarına göre, yaş bakımından yeme tutumu skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(7-622)=3,269; p<0,05].

Tablo 8. Yeme Tutumunun Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları

(I) Yaş	(J) Yaş	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
25	18	14,594*	3,672	**,002**
	19	7,419	4,213	,647
	20	5,508	3,653	,803
	21	9,739	3,331	,070
	22	5,832	3,206	,607
	23	1,500	3,451	1,000
	24	1,836	3,522	1,000

Tablo 8'de farklılığın nereden kaynaklı olduğunu incelemek amacıyla yapılan post hoc analizine göre 25 yaşındaki katılımcıların yeme tutumu ölçeğinde en yüksek puanı aldığı ve ortalama farkının en çok 18 yaşındaki katılımcılarla olduğu görülmektedir. Buna göre 25 yaşındaki kadınlar diğer yaş grubundaki kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda yeme psikopatolojisi gösterme eğilimdedir.

Tablo 9. Yeme Tutumunun Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Medeni Durum	N	Ort	Ss	t	p
Yeme Tutumu	Bekar (Dul+Boşanmış)	585	66,88	23,440	-3,108	,002
	Evli	45	77,78	27,528		

*p<.05

Tablo 9'da medeni durum değişkenine göre yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerinin Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre, medeni durum bakımından yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [t=-3,108; p<0,05].

Tablo 10. Yeme Tutumunun Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Gelir Düzeyi	N	Ort.	Ss	F	sd	p
Düşük	160	65,89	23,052			
Orta	433	68,08	24,235	1,076	2/627	,342
Yüksek	37	71,89	24,316			
Toplam	630	67,75	23,948			

Tablo 10'da gelir düzeyi değişkenine göre yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerinin incelendiği ANOVA sonuçlarına göre, gelir düzeyi bakımından yeme tutumlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 11. Yeme Tutumunun Birlikte Yaşanılan Kişiler Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Kiminle Yaşıyor	N	Ort.	Ss	F	sd	p
Anne-Baba ya da Akrabalarla	414	66,03	22,898			
Erkek/Kız Arkadaşlarla	60	67,98	24,276			
Eş ya da Partneriyle	64	77,55	27,280	3,342	4/625	**,010***
Yalnız	69	69,20	26,175			
Diğer	23	66,39	19,535			
Toplam	630	67,75	23,948			

*p<.05

Tablo 11'de kiminle yaşadığı değişkenine göre yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerinin incelendiği ANOVA sonuçlarına göre, kiminle yaşadığı değişkeni bakımından yeme psikopatolojisi eğilimi gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(4-625)=3,342; p<0,05].

Tablo 12. Yeme Tutumunun Birlikte Yaşanılan Kişiler Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi

(I) Kiminle Yaşıyor	(J) Kiminle Yaşıyor	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Eş ya da Partneriyle	Anne-Baba ya da Akrabalarla	11,513*	3,193	**,003***
	Erkek/Kız Arkadaşlarla	9,564	4,272	,167
	Yalnız	8,344	4,125	,256
	Diğer	11,156	5,779	,302

*p<.05

Tablo 12'de yapılan post hoc analizine göre eş ya da partneriyle yaşayan katılımcıların yeme tutumu skorlarının anlamlı ve en yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 13 Yeme Tutumunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Eğitim Durumu	N	Ort.	Ss	t	p
Yeme Tutumu	İlköğretim-Lise-Önlisans	141	66,18	25,084	-,881	,379
	Lisans ve üzeri	489	68,20	23,617		

*p>05

Tablo 13'de eğitim düzeyi değişkenine göre yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerinin Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre, medeni durum bakımından yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır [t=-,881; p<0,05].

Tablo 14. Yeme Tutumunun Anne Eğitim Değişkeniyle Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu* Anne Eğitim	N	Ort.	Ss	F	sd	p
İlkokul	201	68,66	27,037			
Ortaokul	60	64,45	21,109			
Lise	184	66,84	21,787	,462	5/624	,805
Önlisans	34	70,68	23,915			
Lisans	121	68,50	24,653			
Lisansüstü	30	67,50	16,850			
Toplam	630	67,75	23,948			

Tablo 14'te anne eğitim düzeyi bakımından yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, anne eğitim düzeyi bakımından yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05)

Tablo 15. Yeme Tutumunun Baba Eğitim Değişkeniyle Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Baba Eğitim	N	Ort.	Ss	F	sd	P
İlkokul	126	67,23	25,876			
Ortaokul	77	68,22	22,521			
Lise	181	66,77	21,436	,740	5/624	,594
Önlisans	33	64,76	22,274			
Lisans	175	68,09	25,066			
Lisansüstü	38	74,21	27,731			
Toplam	630	67,75	23,948			

Tablo 15'de baba eğitim düzeyi bakımından yeme tutumu skorlarının farklılaşma düzeylerini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, baba eğitim düzeyi bakımından yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 16. Yeme Tutumunun Şu Anki Kiloyu Değerlendirme Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Şu Anki Kilo	N	Ort.	Ss	F	sd	P
Zayıf	62	62,90	26,384			
Normal	238	63,05	20,363			
Biraz Şişman	253	71,61	24,528	7,798	3/626	**,000***
Çok Şişman	77	73,47	26,997			
Toplam	630	67,75	23,948			

*p<.01

Tablo 16'de şu anki kilo değişkeni bakımından yeme tutumu puanlarının farklılaşma düzeylerinin ANOVA sonuçlarına göre şu anki kilo değişkenine göre yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(3-626)=7,798; p<0,01].

Tablo 17. Yeme Tutumunun Şu Anki Kiloyu Değerlendirme Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları

(I) Şu anki kilo	(J) Şu anki kilo	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Çok Şişman	Zayıf	10,564*	4,022	,044
	Normal	10,413*	3,090	**,004**
	Biraz Şişman	1,855	3,068	,931

Tablo 17'de yapılan post hoc analizine göre çok şişman olarak yanıt veren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Yeme Tutumunun Hedeflenen Kiloya Ulaşma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu* Hedef Kilo	N	Ort.	Ss	F	sd	P
Hiç	155	58,69	20,046			
Biraz	157	71,51	28,281			
Orta	117	66,26	22,670	9,447	4/624	**,000***
Oldukça	125	73,98	20,186			
Tamamıyla	75	70,41	24,177			
Toplam	629	67,73	23,964			

*p<.01

Tablo 18'de hedef kilo değişkeni bakımından yeme tutumu puanlarının farklılaşma düzeylerinin ANOVA sonuçlarına göre hedef kilo değişkenine göre yeme tutumu skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(4-624)=9,447; p<0,01]. Yapılan post hoc analizine göre hedef kilosuna hiç yakın olmadığını bildiren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 19. Yeme Tutumunun Hedeflenen Kiloya Ulaşma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları

(I) Hedef Kilo	(J) Hedef Kilo	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Oldukça	Hiç	15,294*	2,806	**,000**
	Biraz	2,474	2,798	,903
	Orta	7,728	3,003	,077
	Tamamıyla	3,571	3,410	,833

Tablo 19'da yapılan post hoc analizine göre hedef kilosuna hiç yakın olmadığını bildiren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 20. Yeme Tutumunun Diyete Başlama Düşüncesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Diyete Başlama Düşüncesi	N	Ort.	Ss	F	sd	p
Hiç	158	55,76	19,683			
Biraz	150	62,88	18,144			
Orta	86	62,66	20,443	38,224	4/625	**,000***
Fazla	86	76,28	23,687			
Çok Fazla	150	83,27	25,480			
Toplam	630	67,75	23,948			

*p<.01

Tablo 20'de diyete başlama düşüncesi değişkeni bakımından yeme tutumu puanlarının farklılaşma düzeylerinin ANOVA sonuçlarına göre diyete başlama düşüncesi değişkenine göre yeme tutumu skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(4-625)=38,224; p<0,01]. Yapılan post hoc analizine göre diyete başlama düşüncesinin çok fazla olduğunu belirten katılımcıların yeme psikopatolojisi

eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Yeme Tutumunun Diyete Başlama Düşüncesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları

(I) Diyete Başlama Düşüncesi	(J) Diyete Başlama Düşüncesi	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
Çok Fazla	Hiç	27,514*	2,455	**,000**
	Biraz	20,393*	2,487	,000
	Orta	20,611*	2,913	,000
	Fazla	6,994	2,913	,116

*p<.01

Tablo 21'de yapılan post hoc analizine göre diyete başlama düşüncesi çok fazla şeklinde yanıt veren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 22. Yeme Tutumunun Diyet Yapma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu*Diyet Süresi	N	Ort.	Ss	F	sd	p
Diyet Yapmamış	250	57,75	21,096			
1 hafta – 1 ay arası	132	67,55	21,093			
1 ay- 6 ay arası	98	75,87	23,403	26,132	4/625	**,000***
6 ay - 1 yıl arası	83	78,19	24,428			
1 yıldan fazla	67	80,66	23,961			
Toplam	630	67,75	23,948			

*p<.01

Tablo 22'de diyet yapma süresi değişkeni bakımından yeme tutumlarını karşılaştırmak için yapılan ANOVA sonuçlarına göre diyet süresi bakımından psikopatolojik seyrin olduğunu bildiren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır [F(4-625)=26,132; p<0,01]. Yapılan post hoc analizine göre 1 yıldan fazla süredir diyet yaptığını bildiren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 23. Yeme Tutumunun Diyet Yapma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Tukey HSD Post Hoc Analizi Sonuçları

(I) Diyet Yapma Süresi	(J) Diyet Yapma Süresi	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	P
1 yıldan fazla	Diyet Yapmamış	18,119*	2,650	**,000**
	1 ay - 1 hafta arası	8,322*	2,965	,041
	1 yıl - 6 ay arası	-2,325	3,317	,956
	1 ay – 6 ay	-4,789	3,525	,654

Tablo 23'te yapılan post hoc analizine göre 1 yıldan fazladır süredir diyet yaptığını bildiren katılımcıların yeme psikopatolojisi eğilimini gösteren yeme tutumu puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Öz Duyarlık, Dürtüsellik ve Yeme Tutumunun Korelasyon Analizi

Katılımcıların anketlere vermiş olduğu yanıtlardan elde edilen puan ortalamaları arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını incelemek için "Pearson Korelasyon Analizi" uygulanmış değişkenler arasındaki ilişkiyi ifade eden korelasyon katsayısı ve anlamlılık değerleri Tablo 25'te verilmiştir:

Tablo 24. Araştırma Değişkenlerinin Pearson Korelasyon Analizi Sonucu

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yeme Tutumu	r	1									
	p										
	N	630									
Dikkatsel dürtüsellik	r	,136**	1								
	p	,001									
	N	623	623								
Motor dürtüsellik	r	,151**	,559**	1							
	p	,000	,000								
	N	624	623	624							
Plansız dürtüsellik	r	,086*	,376**	,466**	1						
	p	,032	,000	,000							
	N	624	623	623	624						
Öz-sevecenlik	r	-,147**	-,122**	-,083*	-,260**	1					
	p	,000	,002	,039	,000						
	N	618	618	618	618	618					
Öz-yargılama	r	,185**	,257**	,103*	,105**	-,369**	1				
	p	,000	,000	,010	,009	,000					
	N	618	617	618	617	615	618				
Paylaşım bilincinde olmak	r	-,136**	-,064	-,010	-,144**	,533**	-,262**	1			
	p	,001	,112	,811	,000	,000	,000				
	N	620	620	620	620	618	617	620			
İzolasyon	r	,140**	,180**	,048	,050	-,136**	,529**	-,166**	1		
	p	,000	,000	,229	,216	,001	,000	,000			
	N	619	619	619	619	617	617	619	619		
Bilinçlilik	r	-,098*	-,120**	-,126**	-,343**	,589**	-,235**	,490**	-,094*	1	
	p	,015	,003	,002	,000	,000	,000	,000	,019		
	N	620	620	620	620	618	617	620	619	620	
Aşırı Özdeşleşme	r	,159**	,109**	-,068	-,162**	,070	,414**	-,001	,515**	,120**	1
	p	,000	,007	,091	,000	,081	,000	,971	,000	,003	
	N	620	620	620	620	617	616	619	618	619	620

** p<0.01
* p<0.05

Tablo 24'de yapılan Pearson korelasyon analizine göre,

Yeme tutumu ile dikkatsel dürtüsellik (r=,136; p<0,01), motor dürtüsellik (r=151; p<0,01), plansız dürtüsellik (r=,086; p<0,01), özyargılama (r=,185; p<0,01), izolasyon (r=,140; p<0,01) ve aşırı özdeşleşme (r=,159; p<0,01) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, özsevecenlik (r=-,147; p<0,01), paylaşımların bilincinde olmak (r=-,136; p<0,01) ve bilinçlilik (r=-,098; p<0,01) yeme tutumuyla negatif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

4.3.Katılımcıların Öz Duyarlık, Dürtüsellik ve Yeme Tutumunun Regresyon Analizi

İlişkili bulunan değişken ve ilgili alt boyutları ile yapılan doğrusal regresyon analizine göre bağımlı değişken olarak yeme tutumu analize dahil edilerek özduyarlık ve dürtüsellik alt boyutları ele alınmıştır:

Tablo 25. Yeme Tutumu, Öz Duyarlık ve Dürtüsellik Alt Boyutlarının Doğrusal Regresyon Analizi

		R=,284		R^2=,081	Düzeltilmiş R^2=,067	
Model		B	Std. Hata	β	t	p
1	(Sabit)	48,242	8,860		5,445	,000
	Dikkatsel dürtüsellik	,081	,334	,012	,242	,809
	Motor dürtüsellik	,799	,261	,152	3,063	**,002**
	Plansız dürtüsellik	-,094	,228	-,020	-,412	,681
	Öz-sevecenlik	-1,403	,878	-,086	-1,599	,110
	Öz-yargılama	,694	,646	,056	1,074	,283
	Paylaşım bilincinde olmak	-1,164	,766	-,073	-1,519	,129
	İzolasyon	-,045	,692	-,003	-,065	,948
	Bilinçlilik	-,080	,800	-,005	-,100	,920
	Aşırı Özdeşleşme	2,432	,807	,149	3,015	**,003**

Bağımlı Değişken: Yeme Tutumu

Tablo 25'de yeme tutumunu özduyarlık alt boyutu olan aşırı özdeşleşme (β=0,14; p<0,05) ve motor dürtüsellik (β=0,15; p<0,05) alt boyutu ile anlamlı bir biçimde açıklandığı saptanmıştır. Açıklayıcı ilişki varyansın %7'sinde bulunmuştur.

BÖLÜM 5. SONUÇ

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın sonuçları tartışılmıştır. Değişkenlerle ilgili veri toplamak amacıyla uygulanan ölçeklerin analiz edilmesiyle, demografik bilgiler karşılaştırılmış, literatür taramasından elde edilen diğer çalışmaların sonuçları ile birlikte ele alınmıştır. Ayrıca, araştırmanın sınırlılıkları ve benzer değişkenlerin incelenebileceği yeni çalışmalara yönelik öneriler yer almaktadır.

5.1.Özet

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, genç yetişkin kadınlarda yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuç araştırmanın modeli ile tutarlılık göstermektedir. Ayrıca, demografik ve diyet öyküsüne ilişkin değişkenler bakımından katılımcıların yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlık skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu durum, araştırma değişkenlerinin katılımcıların kişisel değişkenlerine göre farklılaşabilen nitelikte olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, klinik araştırma ve pratikte yeme psikopatolojisi alanında yapılacak çalışmalarda göz önünde bulundurulması gereken birçok unsurun olabileceği görülmektedir. Yapılan ilişkisel analize göre yeme tutumu puanları ile katılımcıların dürtüsellik ve olumsuz özduyarlık düzeyleri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum kişilerin yeme psikopatolojisi geliştirmesinde risk faktörü olarak değerlendirilebilecek durumların dürtüsellik ve olumsuz özduyarlık olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, aşırı özdeşleşme kavramı kişilerin çevresine karşı duyarlı oluşunun duygusal bir yük oluşturabilmesinden kaynaklı olarak yemekle kurduğu ilişkinin işlevini açıklayabilecek bir faktör olabileceği sonucu elde edilmiştir. Bu anlamda, yeme psikopatolojisi alanında yapılan çalışmalarda kişilerarası ilişkiler ve duygu durum düzenleme becerilerinin yeme psikopatolojisi ile ilişkisine benzer bir sonuç elde edildiği düşünülebilir. Kişilerin dürtüsel kişilik özelliklerine sahip olmasının duygularını yönetebilme anlamında kısa vadeli çözüm veya rahatlama sağlayabileceği düşünülebilecek yeme tutumu geliştirmesinin söz konusu ilişkiyi açıklayabilecek ve daha önce saptanan bir durum olduğu görülmektedir. Araştırmada elde edilen bulguların, literatüre kazandırılmak üzere beliren erişkinlik dönemindeki kadınlarda yeme psikopatolojisi ve ilişkili faktörleri incelemesi bakımından güncel veri sağladığı düşünülmektedir.

5.2.Yargı

Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin yüzdesel dağılımlar verilmiştir. Katılımcılar genç erişkin kadınlardan oluşmaktadır. Yaşları 18-25 arasında olan kadınların çoğunlukla bekar ve üniversite düzeyinde eğitimi olan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Ayrıca, orta gelirli katılımcıların oranı en yüksektir. Katılımcılar çoğunlukla aileleri ya da akrabalarıyla yaşamaktadırlar.

Diyet öyküsüne ilişkin değişkenlerin incelenmesinde diyet yapanların sayısının yapmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların yüzdesel olarak yaklaşık dörtte birinde hedeflenen kiloya ulaşmış olma durumunun söz konusu olmadığı görülmektedir. Diyet yapmayı düşünen katılımcıların yüzdesi diyet düşüncesi olmayanlara göre daha yüksektir. Diyet yapma süresine göre katılımcılar çoğunlukla 1 hafta-1 ay arası diyet yaptıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcılardan alınan demografik bilgiler doğrultusunda, yeme psikopatolojisi ile eşlik edebilecek olan ve literatürde diyet hüsranı (dietary restraint) olarak tanımlanan değişkenin araştırmada önemli bir demografik değişken olduğu düşünülmektedir. Diyet hüsranı, kişilerin zayıflama amacıyla katı diyetler yapması sonrasında hissettikleri mahrum bırakılma (deprivation) duygusunun sonucundaki yeme atakları ve olumsuz duygu durum olarak tanımlanmaktadır (Johnson, 2012). Bu konuda yapılan çalışmalarda, kişilerin başarısız diyet girişimleri sonucunda yeme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği ve psikopatoloji geliştirme risklerinin artabileceği vurgulanmaktadır. Katı rejimler yapmak ve istenilen kiloya ve beden imajına ulaşmak için sağlığı tehdit edecek düzeyde işlevsel olmayan beslenme davranışlarını benimsemek, ilerleyen dönemlerde yeme psikopatolojisinin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (Fairburn, 2008). Kişilerin bedenlerine ve kaç kilo olduklarına ilişkin aşırı değerlendirme eğilimi ve mükemmeliyetçilik duygusunun psikopatolojik yeme tutumlarının benimsenmesine yol açabilmektedir. Araştırmada söz konusu bulguyu destekleyecek değişken, katılımcıların kilolarını nasıl değerlendirdiği değişkenidir. Kendisini çok şişman olarak değerlendiren katılımcıların yeme tutum puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Farklı olarak, hedef kiloya ulaştığını düşünen katılımcıların da yeme tutum puanları yüksek bulunmuştur. Bu durumun, kişilerin kısıtlayıcı ve psikopatolojik yeme tutumları geliştirmiş olmasından kaynaklı olabileceği

düşünülmektedir. Elde edilen sonucu destekleyici olarak, katılımcılar arasında diyet yapma düşüncesinin çok fazla olduğu kişilerde yeme tutumu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Söz konusu bulgularla benzer bir biçimde, bu çalışmada yüksek puanların yeme psikopatolojisi bildirdiği yeme tutumu ölçeğinde diyet yapan kadınların yeme tutumu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, evli olan katılımcılarda yeme tutumu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada evli katılımcı sayısı azdır; fakat evli bireylerin yeme tutum puanlarının yüksek olmasının evlilik ya da kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemlerden kaynaklı bir durum olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, yeme psikopatolojisi ile yaş arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda yeme bozuklukları ve yeme psikopatolojisi için zemin hazırlayan dönemin kızlarda ergenlik dönemi olduğu belirtilmiştir (Vardar & Erzengin, 2011) . Yeme psikopatolojisin özellikle genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda tanı konulabilecek düzeyde belirtiler gösterdiği ifade edilmektedir. Medeni durum değişkeninde olduğu gibi, eş ya da partneriyle yaşayanların yeme tutumu puanları daha yüksek bulunmuştur. Benzer biçimde, yaş değişkeni bakımından yeme tutumu değerlendirildiğinde 25 yaş katılımcıların yeme tutum puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmanın diğer bir değişkeni olan dürtüsellik üç farklı alt boyutta incelenmiştir: dikkatsel, motor ve plansız dürtüsellik. Yeme tutumu skorlarının karşılaştırılmasında olduğu gibi diyet öyküsüne ilişkin değişkenlerle dürtüsellik alt boyutlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bunun dışında evli, eş ya da partneriyle yaşayan bireylerin motor dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Motor dürtüsellik, dürtüsel eylem boyutunu tanımlamaktadır. Elde edilen bulgunun, kişilerin ikili ilişkilerde yaşaması muhtemel sorunlarına karşı dürtüsel hareket etme eğiliminin olabileceğini göstermektedir.

Çok şişman olarak kendilerini değerlendiren katılımcıların kilosu ile bağlantılı olarak yeme psikopatolojisinin olabileceği ve kilo alımına sebep olarak yeme atakları ve sağlıklı olmayan beslenme programlarını takip ettikleri düşünülebilir. Bir süre katı ve sağlıksız diyetleri tercih eden kişilerde ortaya çıkabilecek mahrumiyet duygusunun daha sonraki evrelerde yeme atağına dönüşebileceği ve kişiler için başarısızlık olarak nitelendirilmesi söz konusudur. Bu

doğrultuda, kişilerin kendisini düşünmeden hareket eden veya kontrolü kaybetmiş gibi algılamaları mümkün olabilmektedir. Waxman (2009) yeme bozuklukları ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaları konu aldığı metaanaliz çalışmasında, yeme psikopatolojisine ilişkin özellikle tıkınırcasına yeme atakları ve arınma (purging) davranışının dürtüsellikle ilişkili olduğunu öne sürmektedir.

Söz konusu çalışmayı destekleyen diğer bir değişkenin, katılımcıların kilolarını nasıl değerlendirdikleri değişkeni olduğu görülmektedir. Kendilerini şişman ya da çok şişman olarak gören katılımcıların özyargılama ve izolasyon alt boyutu puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun kişilerin kendilerine, beden imajı ya da yeme davranışlarından dolayı eleştirel olabilecekleri ya da sosyal ortamdan kendilerini yalıtmayı tercih edebileceklerini düşündürmektedir. Yeme psikopatolojisi olan bireylerin sosyal ortamlarda yemek yemekten kaçınması, kişilerarası ilişkilerde kaçıngan tutumda olmaları, bedenleri ve kilolarına ilişkin aşırı değerlendirme yapma eğiliminden kaynaklı olduğu öne sürülmektedir.

Yeme psikopatolojisi ve eşlik eden duygusal ve psikolojik faktörler göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin kendilerine karşı eleştirel tutumları ve kendilerini yalıtma eğilimlerinin, bedenlerinden ötürü değersiz ve başarısız hissetmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre, yeme tutumunun kişilerin bilişsel çarpıtmaları ve beden, kilo ve diyet gibi kavramlara ilişkin temel düşünceleri ile yapılandırıldığı ifade edilmektedir. Araştırmada benzer biçimde, Hedeflenen kiloya hiç ulaşmadığını düşünen katılımcıların yeme tutumu puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyete başlama düşüncesi çok fazla olan katılımcıların benzer olarak özyargılama ve izolasyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Özduyarlığa ilişkin farklı olarak, kendilerini zayıf olarak değerlendiren katılımcıların olumlu özduyarlık özelliği olan özsevecenlik ve bilinçlilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde, yeme tutumunun olumsuz özduyarlık alt boyutlarıyla pozitif; olumlu özduyarlık alt boyutlarıyla negatif ilişkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca, dürtüsellik alt boyutlarının benzer biçimde katılımcıların olumlu özduyarlık alt boyutlarıyla negatif; olumsuz özduyarlık alt boyutu ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulguların

literatürde yer alan ve yeme tutumu, dürtüsellik ve özduyarlık değişkenlerini konu alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Lavender & Mitchell, 2015). Yeme tutumu ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin özellikle kişilerin kendilerini ketlemede (inhibisyon) sorun yaşamasıyla birlikte tıkınırcasına yeme atakları veya arınma (purging) görülebildiği ve dürtüselliğin yeme bozukluğu tedavisinde önemli bir değişken olduğu vurgusu yapılmıştır. Ayrıca dürtüselliğin, yeme psikopatolojisi ve olumsuz özduyarlık ile ilişki olarak kişilerde sonrasındaki etkileri sebebiyle olumsuz görüşleri arttırabilecek bir durum olduğu ifade edilmektedir (Wagner & Heatherton 2015). Yeme tutumunun özduyarlık ve dürtüsellik alt boyutları arasındaki açıklayıcı ilişki incelendiğinde, katılımcıların %7'sinde motor dürtüsellik ve aşırı özdeşme alt boyutlarının yeme tutumunu anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Varyansın %7'si katılımcı sayısı bakımından az sayıda kişiden oluşmaktadır ve bu durumun ölçülmeyen dış faktörler ve değişkenlerden kaynaklı bir durum olabileceği düşünülmektedir.

Yeme tutumu ve özduyarlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarla benzer çalışmalar arasında Moffitt ve meslektaşları (2018), beden imajı memnuniyetsizliği ile özduyarlık arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Kişilerin kendilerini değerlendirmesinin yeme tutumları geliştirmede önemli bir unsur olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda, bedenlerine ilişkin memnuniyetsizliği bulunan kişilerin özduyarlığının düşük olmasının kendisini olumsuz değerlendirme ve beden imajına ilişkin duygusal yükünün daha fazla olmasına yol açabilmektedir. Bu durumun işlevsel olmayan yeme tutumlarını geliştirmesi açısından risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada da saptandığı üzere özduyarlık ve yeme tutumlarının bu anlamda ilişkili olduğu görülmektedir.

Kişilerin diyet yapmış olma durumunun eğer başarısız olmaları halinde diyet hüsranı olarak kendisini gösterebileceği ve kişilerin kendisine karşı örseleyici düşünceleri olabileceği düşünülmektedir. Bu durumu destekleyen bir çalışmada, Johnson (2012), diyet hüsranının kişilerde özdenetimi zorlaştıran ve kilo kontrolünde kişiler için dezavantajlı bir durum olduğu ifade edilmiştir. Kişilerin kendilerine dair örseleyici veya nefret içeren (self-loathing) duygu ve düşüncelerin oluşturacağı duygusal yükün gerekçesi olarak özduyarlığın düşük düzeyde olduğu öngörülmektedir.

Morley (2017) tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinde özduyarlığın, yaşadıkları olumsuz deneyimler esnasında özdenetim becerilerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Öğrencilere sınav uygulanmadan önce bir ölçüm yapılmış sınav sonrasında da bir ölçüm daha gerçekleştirilmiştir. Sınav sonrasında yapılan sınav uygulamasında öğrencilerin benlik saygısında önemli ölçüde düşüş olduğu saptanmıştır. Ayrıca, olumsuz duygunun artmasıyla dürtüselliğin artış gösterdiği saptanmıştır. Özduyarlığın değerlendirilmesinde ise etkilenen değişkenin öğrencilerin benlik saygısı olduğu saptanmıştır.

5.3.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulguların literatüre sağladığı katkıların yanı sıra ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda söz konusu bulguları baz alarak kapsamlı değerlendirilmeler yapılabileceği düşünülmektedir. İlk olarak, yeme psikopatolojisi alanında yapılan çalışmalarda işlenen konular arasında kişilerdeki mükemmeliyetçilik algısı, duygu durum düzenleme becerileri ve kişilerarası ilişkiler hakkında veri sağlayabilecek olan bağlanma stillerinin değerlendirilmesinin önemli sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, günümüzde önemli bir sorun haline gelen ve son dönemde yapılan çalışmalar ile desteklenen yalnızlık kavramının kişilerin yeme davranışı ile ilişkisinin incelenmesinin toplumsal değişimlerin kişiler açısından hayati önem arz eden yeme tutumlarını anlama konusunda katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte yeni medya kavramının özellikle yeme psikopatolojisi olan bireylerdeki öneminin incelenmesinin ilerleyen dönemlerdeki çalışmalar açısından gerekli olduğu düşünülmektedir. Sosyal medya kullanımı ve sosyal medyada beden imajı algısı gibi unsurların bireylerin kendilerine bakış açısı ve bakış açılarının etkisi olduğu düşünülen yeme tutumlarının incelenmesinin yerinde olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, yeni medyanın, daha önceki dönemlerdeki ideal vücut ölçülerine yönelik mesajlarının değişim gösterdiği görülmektedir. Beden imajına yönelik standartların değişmesiyle birlikte bireylerin yeme tutumunun ne düzeyde olduğunun ele alınmasının klinik araştırma ve pratik alanında güncel katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

EKLER

A. Demografik Bilgi Formu

BİLGİ FORMU (Kişisel Bilgileriniz Gizli Tutulacaktır)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: (1)Kadın (2)Erkek

3. En uzun süreyle yaşadığınız yer:

(1) metropol (örn.Ank,İst,İzmir) (2)il (3) kasaba/ilçe (4) köy

4. Medeni Durum
(1) Bekar
(2) Evli
(3) Dul/Boşanmış

5. Gelir Düzeyi
   (1) Düşük
   (2) Orta
   (3) Üst

6. Şu anda kim(lerle) yaşıyorsunuz:
   (1)anne-baba ya da akrabalarla
   (2)erkek/kız arkadaşla
   (3)yalnız

7. Annenizin eğitim durumu:

(1)eğitimi yok (2)okur-yazar (3)ilkokul (4)ortaokul
(5)lise (6)ön lisans (7)üniversite (8)lisans üstü

8. Babanızın eğitim durumu:

(1)eğitimi yok (2)okur-yazar (3)ilkokul (4)ortaokul
(5)lise (6)ön lisans (7)üniversite (8)lisans üstü

9. Kaç kardeşsiniz? .....

10. Boyunuz: …….cm

11. Kilonuz:……..kg

12. İdeal kilonuz (olmak istediğiniz kilo): ……..kg

13. Şimdiki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

(1)çok zayıf (2)zayıf (3)normal (4)biraz şişman (5)çok şişman

14. Hiç rejim (diyet) yaptınız mı?

(1)evet (2)hayır

15. Eğer yanıtınız "evet" ise hangi yaşta rejime başladınız?
.....

16. Şimdiye kadar kaç kere diyet denemeniz oldu (tahminen)?
……

17. Genel olarak diyetlerde hedeflenen kiloya yaklaşma düzeyiniz?

(1)Hiç (2)Biraz (3)Orta (4)Oldukça (5)Tamamıyla

18. Yakın bir zamanda diyete başlama düşünceniz var mı?

(1)Hiç (2)Biraz (3)Orta (4)Fazla (5)Çok fazla

B. Yeme Tutumu Ölçeği

Açıklama: Kişilerin yemek yeme eylemi üzerine farklı tutumları vardır. Bu test sizin yemek yeme alışkanlıklarınız ve tutumunuzla ilgilidir. Lütfen, her soruyu dikkatlice okuyunuz ve sayfanın sağ tarafında kalan hücrelerde size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1.Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
8.Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yemeğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.Ailem fazla yememi bekler.						
13.Yemek yedikten sonra kusarım.						
14.Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak						

için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25.Şişmanlayacağım düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26.Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27.Lokantada yemek yemeyi severim						
35.Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemekten sonra içimden kusmak gelir.						

C. Barrett Dürtüsellik Ölçeği

Açıklamalar: Bireyler çeşitli durumlarda gösterdikleri düşünce ve davranışları neticesinde farklılık gösterirler. Bu test, belirli durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve ne tip davranışlar geliştirdiğinizi ölçmeye yarayan bir testtir. Lütfen her cümleyi dikkatli şekilde okuyarak sayfanın sağ tarafında kalan hücrelerde size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplama esnasında fazla zaman ayırmadan, hızlı ve dürüstçe cevaplar veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman/ Her Zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiç bir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm				

25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27. Şu an ile gelecekten daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

D. Özduyarlık Ölçeği

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olursam kendimi yetersiz hissederim.				
Kişiliğimin sevmediğim özelliklerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışıyorum.				
Kötü bir durum yaşandığında, duruma dengeli bir bakış açısıyla bakmaya çalışırım.				
Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.				
Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, bu başarısızlıkta kendimi yalnız hissetmeye meyilliyimdir.				
Kendimi kötü hissettiğimde, yanlış giden şeyleri düzeltmeye karşı takıntılı olurum.				
Kendimi yetersiz hissettiğimde, yetersizlik duygularının çoğu insan tarafından paylaşıldığını kendime hatırlatmaya çalışıyorum.				
Kendi kusurlarım ve yetersizliklerim konusunda kendime karşı yargılayıcı ve kınayıcı olurum.				
Kişiliğimin sevmediğim özelliklerine karşı hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.				

KAYNAKÇA

Alantar, Z., & Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9,* 97-104.

Alpaslan, A. H., Koçak, U., Avci, K., & Taş, H. U. (2015). The association between ınternet addiction and disordered eating attitudes among turkish high school students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20*(4), 441-448.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) (3 b.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 b.). American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı* (DSM IV-TR) (4 b.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM-V) (5 b.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Anderson, C. B., & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral herapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 971-988.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya nervoza ve orto 11'in türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(3), 283-291.

Asahi, S., Okamoto, Y., Okada, G., Yamawaki, S., & Yokota, N. (2004). Negative correlation between right prefrontal activity during response ınhibition and ımpulsiveness: A fMRI Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*(4), 245-251.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical ıntervention: a conceptual and emprical review. *Clinical Psychology, 10*(2), 125-143.

Bağ, B., Gençdoğan, B., Reis, N., & Kılıç, D. (2005). The comparison of homosexual and heterosexual males as regards their depression, eating disorders and self-esteem ratios sample in turkey. *Yeni Symposium, 43*(4), 179-184.

Ball, K., & Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: A Review. *Psychology and Health, 14*(6), 1007-1035.

Baltacı, M. O. (2008). Yeme bozukluklarının psikolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1(*1), 21-26.

Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review, 17*(5), 371-379.

Barbarich, N. C. (2002). Lifetime prevalence of eating disorders among professionals in the field. *Eating Disorders, 10*(4), 305-312.

Bas, M. F., Ascı, H., Karabudak, E., & Kızıltan, G. (2004). Türk adolesanlarda psikolojik durum ve yeme davranışı arasındaki ilişki. *Adolescence Fall, 39*(155), 593-599.

Baş, M. (2008). *Yeme Bozukluklarında Diyetsel Yaklaşım ve Ağırlık Yönetimi İlişkisi.* A. Baysal, & M. Baş içinde, Yetişkinlerde ağırlık yönetimi (s. 202-232). İstanbul: Ekspres Baskı.

Batıgün, A. D., & Utku, Ç. (2006). Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi, 21*(57), 65-78.

Batur, S. (2004). *Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bayraktar, F. (2009). Aşırı yeme bozuklukları. *Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics, 2(*3), 25-29.

Belangee, S. (2007). Couples and eating disorders: an ındividual psychology approach. *The Journal of Individual Psychology, 63,* 294-305.

Bemis, K. M. (1987). Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin, 85*(3), 593-617.

Berg, K. C., Frazier, P., & Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: *Prevalence and Predictors. Eating Behaviors, 10*(3), 137-142.

Bluth, K., et al. (2018). Self-compassion: a potential path to adolescent resilience and positive exploration. *Journal of Child and Family Studies* 27(9): 3037-3047.

Bozan, N. (2009). *hollanda yeme davranışı ((debq) anketinin türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenirliğinin sınanması.* Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bruch, H. (1970). Psychotherapy in primary anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 150*(1), 51-67.

Büyükgöze Kavas, A. (2007). Eating attitudes and depression in a turkish sample. *European Eating Disorders Review, 15*(4), 305-310.

Call, C., Walsh, B., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry, 26*(6), 532-536.

Caparrotta, L., & Ghaffari, K. (2006). A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy, 20*(3), 175-196.

Chamberlain, S. R., Muller, U., Deakin, J. B., Corlet, T. P., Dowson, J., & Cardinal, R. N. (2007). Lack of deleterious effects of buspirone on cognition in healthy male volunteers. *Journal of Psychopharmacology, 21*(2), 210-215.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). The temperament and character ıventory (tcı): a guide to ıts development and use. washington: washington university school of medicine.

Cooper, M. (1997). Cognitive theory in anorexia and bulimia nervosa: A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotheraphy, 25,* 113-145.

Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A Cognitive model of bulimia nervosa. *The British Journal of Clinical Psychology, 43,* 1-16.

Çelen, N. (2011). Ergenlik ve genç yetişkinlik (2. Baskı). İstanbul: Papatya Yayınevi.

Çuhadaroğlu Çetin, F. (2008). *Kendilik psikolojisi kuramı*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (s. Hekimler Yayın Birliği). içinde Ankara: 122-129.

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *International Journal of Eating Disorders, 42*(2), 104-108.

Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: how does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 110-114.

Deveci, E., Doksat, N. G., Yektaş, Ç., & Doksat, K. (2016). Üniversite öğrencisi kızların yeme tutumlarının duygudurum bozukluğu ile ilişkisi. *Anatolian Clinic, 21*(2), 129-134.

Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional ımpulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality Social Psychology, 58*(1), 95-102.

Dickman, S. J. (1993). *Impulsivity and Information Processing.* Impulsive client: theory, research, and treatment (s. 151-184). içinde American Psychological Association.

Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh, D. M., & Jagar, A. A. (2005). Laboratory behavioral measures of ımpulsivity. *Behavior Research Methods, 37*(1), 82-90.

Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy, 21*(2), 25-40.

Ertan, T. (2008). Yeme bozukluklarında görülen aile yapısı özellikleri: aile ortamında fertlerin birbirlerini etkileyiş özellikleri. *Turkiye Klinikleri J Psychatry - Special Topics, 1*(1), 17-20.

Eysenck, S. B., Pearson, P. R., Easting, G., & Allsopp, J. F. (1985). Age norms for ımpulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences, 6*(5), 613-619.

Föcker, M., Bühren, T., Dempfle, A., Knoll, S., Schwarte, R., & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The relationship between premorbid body weight and weight at referral, at discharge and at 1 year follow up in anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*(5), 537-544.

Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Threapy and Eating Disorders.* New York: Guilford Publication.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*(2), 117-140.

Fitzsimmons, E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: review and ıntegration. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1224-1237.

Gardea, P. (2009-2010). The bigger the better: muscle dysmorphia. *Journal of Student Affairs, 18*, 76-79.

Gauvin, L., Steiger, H., & Brodeur, J. M. (2009). Eating - disorder symptoms and syndromes in a sample of urban - dwelling canadian women: contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders, 42*(3), 158-165.

Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: freeing yourself from destructive thoughts and emotions.* Hove: Routledge.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, ıncidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(2), 122-130.

Gilhar, L. (2007). *A comparative exploration of ınternal object relations world of anorexic and bulimic patients.* Unpublished Master Thesis. Hatfield: University of Pretoria.

Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 2*(3), 51-60.

Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: a self-psychological perspectiv*e.* D. M. Garner, & P. E. Garfinkel içinde, *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (s. 205-228). New York: Guilford Press.

Gvion, Y., & Apter, A. (2001). Aggression, ımpulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research, 15*(2), 93-112.

Hacıarif, A. (2016). *Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tıkınırcasına yeme bozukluğunun belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Herscovici, C. R. (2002). *Eating disorders in adolescence.* F. W. Kaslow, & J. J. Magnavita içinde, Comphehensive Handbook of Psychotherapy (s. 133-161). New York: John Wiley & Sons.

Ho, M. Y., Al Zahrani, S. S., Al Ruwaitea, A. S., Bradshaw, C. M., & Szabadi, E. (1988). 5-hydroxytryptamine and ımpulse control: prospects for a behavioural analysis. *Journal Of Psychopharmachology, 12*(1), 68-78.

Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and ıncidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396.

Hollander, E., & Evers, M. (2001). New developments in ımpulsivity. *Lancet, 358,* 949-950.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358.

Hudson, J., Lalonde, J., Berry, J., Pindyck, L., & Bulick, C. (2006). Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in the obese. *Archives of General Psychology, 63*(3), 313-319.

Jalali Farahani, S., Chin, Y. S., Nasir, M. T., & Amiri, P. (2015). disordered aating and ıts association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of tehran. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(3), 485-492.

Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(2), 156-171.

Küey, G. A. (2008). *Yeme Bozuklukları. Adolesan Sağlığı II Sempozyumu*, (s. 81-83).

Kalenscher, T., Ohmann, T., & Gunturkun, O. (2006). The neuroscience of ımpulsive and self-controlled decisions. *International Journal of Psychophysiology, 62*(2), 203-211.

Kanbur, Ö. N. (2006). Adolesana yaklaşım. türkiye klinikleri *Pediatrik Bilimler Dergisi, 2*(7), 9-10.

Karasar, N.: (2005). Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayınevi.

Kertzman, S., Grinspan, H., Birger, M., & Kotler, M. (2006). Computerized neuropsychological examination of ımpulsiveness: A Selective Review. The Israel *Journal of Psychiatry and Related Sciences, 43*(2), 74-80.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., . . . O'Neill, S. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904-914.

Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Götestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). eating behaviors, 5(1), 13-25.

Klein, D., & Walsh, B. (2004). Eating disorders: clinical features and pathology. *Physiology & Behavior, 81*(2), 359-374.

Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2015). Anormal psikoloji (12 b.). (M. Şahin, Çev.) İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Kugu, N., Akyüz, G., Doğan, O., Ersan, E., & İzgiç, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some ındividual characteristics. *Aust BZ J Psychiatry, 40*(2), 129-135.

Lerner, H. (1983). Contemporary psychoanalytic perspectives on gorge-vomiting: a case ıllustration. *International Journal of Eating Disorders, 3*(1), 43-67.

Leyton, M., Okazawa, H., Diksic, M., Paris, J., Rosa, P., Mzengeza, S., . . . Benkelfat, C. (2001). Brain regional alpha-[11c]methyl-l-tryptophan trapping in ımpulsive subjects with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 158*(5), 775-782.

Liao, Y., Liu, T., Cheng, Y., Wang, J., Deng, Y., Hao, W., . . . Tang, J. (2013). Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in chinese medical university students. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(6), 578-585.

Lundahl, A., Wahlstrom, L. C., Christ, C. C., & Stoltenberg, S. F. (2015). Gender differences in the relationship between ımpulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating Behaviors, 18*, 120-124.

Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine, 6*(3), 49.

Maner, F., & Aydın, A. (2007). Bulimiya nervozada psikososyalkültürel etmenler. *Düşünen Adam, 20*(1), 25-37.

Mangweth, B., Pope, J. H., Hudson, J. I., Olivardia, R., Kinzl, J., & Biebl, W. (1997). Eating disorders in austrian men: an ıntracultural and crosscultural comparison study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(4), 214-221.

Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 4*(10), 819-828.

Marsh, I. C., et al. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis mindfulness 9(4): 1011-1027.

McWillams, N. (2010). *Psikanalitik tanı* (2. Baskı). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of ımpulsivity. *The American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783-1793.

Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The ımpact of ımpulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*(4), 193-198.

Moffitt, R. L., et al. (2018). Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. Body Image 27: 67-76.

Monterosso, J., & Ainslie, G. (1999). Beyond discounting: possible experimental models of ımpulse control. *Psychopharmacology (Berl), 146*(4), 339-347.

Morais, L. (2002). Eating disorders: a bond between medicine, culture and psychoanalysis. *International Forum Psychoanalysis, 11*(2), 135-140.

Musaiger, A. O., Nabag, F. O., & Al-Mannai, M. (2016). Obesity, dietary habits, and sedentary behaviors among adolescents in sudan alarming risk factors for chronic diseases in a poor country. *Food and Nutrition Bulletin, 37*(1), 65-72.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101.

Neff, K. D., & Lamb, L. M. (2009). *Self-Compassion.* S. Lopez içinde, The encyclopedia of positive psychology. Oxford: Blackwell Publishing.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582.

O'Brien, K., & Vincent, N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 57-74.

Oral, N. (2006). *Yeme tutum bozukluğu ile, kişilerarası şemalar, bağlanma stilleri, kişilerarası ilişki tarzları ve öfken arasındaki ilişkilerin incelenmesi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdel, O., Ateşçi, F., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2003). Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi, 14*(2), 153-159.

Özer, S., Bozkurt, H., Sönmezgöz, E., Bilge, S., Yılmaz, R., & Demir, O. (2014). Obezite tanılı çocuklarda yeme davranışının değerlendirilmesi. *Cocuk Dergisi, 14*(2), 66-71.

Özver, İ. (2010). *Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Özyeşil, Z. (2011). *Öz-Anlayış ve Bilinçli Farkındalık.* Ankara: Maya Akademi.

Pattij, T., & Vanderschuren, L. J. (2008). The neuropharmacology of ımpulsive behaviour. *Trends in Pharmacological Sciences, 29*(4), 192-199.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt ımpulsiveness scale. *Journal Of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.

Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J., & Carter, J. (2008). Prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors among male collegiate athletes. *Psychology of Men & Masculinity, 9*(4), 267-277.

Pirim Düşgör, B. (2007). *Anoreksiya nervozada babalık işlevinin projektif testlerle değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 58,* 187-213.

Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry, 25*(4), 212-223.

Raynal, P., Melioli, T., & Chabrol, H. (2016). Personality profiles in young adults with disordered eating behavior. *Eating Behaviors, 22,* 119-123.

Rieger, M., Gauggel, S., & Burmeister, K. (2003). Inhibition of ongoing responses following frontal, nonfrontal, and basal ganglia lesions. *Neuropsychology, 17*(2), 272-282.

Robbins, T. W. (2005). Chemistry of the mind: neurochemical modulation of prefrontal cortical function. *Journal of Comparative Neurology, 493*(1), 140-146.

Rubinstein, T., McGinn, A., Wildman, R., & Wylie-Roset, J. (2010). Disordered eating in adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. *International Journal of Eating Disorders, 43,* 663-666.

Russell, S., & Ryder, S. (2001). Bridge (building the relationship between body ımage and disordered eating graph and explanation): a tool for parents and professionals. *Eating Disorders, 9*(1), 1-14.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). The relationship between borderline personality and obesity. *Innovations in Clinical Neuroscience, 10*(4), 36-40.

Sart, C. (2008). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumlarının bazı değişkenlere göre yordanması.* Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Scott, D. (1988). An overview of psychosexual factors in eating disorders. D. Scott içinde, *Anorexia and Bulimia Nervosa: Practical Approach.* London: Croom Helm Ltd.

Seroczynski, A. D., Bergeman, C. S., & Coccaro, E. F. (1999). Etiology of the ımpulsivity/aggression relationship: genes or environment?, *Psychiatry Research, 86*(1), 41-57.

Sheffiled, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *European Eating Disorders Review, 17*(4), 290-300.

Shipton, G. (2004). *Working with Eating Disorders: A Psychoanalytic Approach.* New York: Palgrave Macmillan.

Silverman, J. A. (1990). *Anorexia nervosa in the male: early historic cases. a. e. anderssen içinde, males with eating disorders*. New York: Brunner-Routledge.

Soygüt, G. (2003). Yeme Bozukluklarının bilişsel-davranışçı yaklaşımla Tedavisi. I. Savaşır, G. Soygüt, & E. Kabakçı içinde, *Bilişsel Davranışçı Terapiler.* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Spangler, D., & Allen, M. (2012). An fMRI ınvestigation of emotional processing of body shape in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 2*(45), 17-25.

Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 985-993.

Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 33*(1), 10-21.

Striegel-Moore, R. H., & Smolak, L. E. (2001). *Eating disorders: ınnovative directions in research and practice.* American Psychological Association.

Tam, C. K., Ng, C. F., Yu, C. M., & Young, B. W. (2007). Disordered eating attitudes *and Behaviours Among Adolescents in Hong Kong: Prevalence and Correlates. Journal of Paediatrics and Child Health, 43*(12), 811-817.

Tong, J., Miao, S., Wang, J., Yang, F., Lai, H., Zhang, C., . . . Hsu, L. G. (2014). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in wuhan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(3), 499-505.

Treasure, J. (2008). eating disorders. *Medicine, 36*(8), 430-435.

Uzun, O., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., & Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of turkish female college students. *Eating Behaviors, 47*(2), 123-126.

van Gaalen, M. M., van Koten, R., Schoffelmeer, A. N., & Vanderschuren, L. J. (2006). Critical ınvolvement of dopaminergic neurotransmission in ımpulsive decision making. *Biological Psychiatry, 60*(1), 66-73.

Vardar, E., & Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 22*(4), 205-212.

Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(4), 777-810.

Vitousek, K., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*(2), 191-214.

Waller, J. V., Kaufman, R. M., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine, 2*(1), 3-16.

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of ımpulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 408-425.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and ımpulsivity: using a structural model of personality to understand ımpulsivity. *Personality and Individual Differences, 30(*4), 669-689.

Winstanley, C. A., Theobald, D. E., Cardinal, R. N., & Robbins, T. W. (2004). Contrasting roles of basolateral amygdala and orbitofrontal cortex in ımpulsive choice. *Journal of Neuroscience, 24*(20), 4718-4722.

Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *İstanbul Tabib Odası, 22*(4), 39-43.

Yücel, B., Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F., & Vardar, E. (2013). *Yeme bozuklukları ve obezite-tanı ve tedavi kitabı.* Ankara: TPD Yayınları.

Yazıcı, K., & Ertekin Yazıcı, A. (2010). Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(2), 254-280.

Young, J. (1994). *Young Ebeveynlik Ölçeği*. Basılmamış Rapor.

Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A Comparison of Three Structural Models for Personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(4), 757-768.