



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİNİN YEME BOZUKLUĞU OLAN
ERGENLERDE BİR YILLIK ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Şeyma ERDEM TORUN

UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2022**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİNİN YEME BOZUKLUĞU OLAN
ERGENLERDE BİR YILLIK ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Şeyma ERDEM TORUN

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Orhan DERMAN**

**ANKARA
2022**

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecim boyunca değerli bilgileriyle bana yol gösteren, her daim anlayışla, sevecenlikle ve güler yüzle fikirlerimi destekleyerek bana cesaret veren, saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Orhan Derman'a,

Tez yazım sürecim boyunca her daim yolumu açan, sorularıma sabırla ve anlayışla cevap veren, hekimliği ve duruşu ile örnek aldığım, kendisinden çok şey öğrendiğim sevgili hocam Prof. Dr. Sinem Akgül'e,

Asistanlık hayatıma başladığım ilk günlerden bu yana her daim yardımına koşarak beni destekleyen ve yol gösteren, hekimliği bir yana hayatımın her alanında örnek olan, tez yazım ve uzmanlık eğitim sürecim boyunca iyi ki var dediğim çok sevgili hocam, Dr. Öğretim Üyesi Melis Pehlivan Türk Kızılkın'a,

Tez çalışmamın şekillenmesi ve planlanmasında desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Nuray Kanbur'a, Doç. Dr. Zeynep Tüzün'e, tezimin istatistik analizlerinde çok büyük emeği olan ve minnet duyduğum sevgili Dr. Öğretim Üyesi Kevser Nalbant'a,

Her zaman çok severek ve büyük keyifle çalıştığım, Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nın güler yüzlü sevgili sekreteri Fatoş Bozkurt başta olmak üzere tüm değerli personeline,

Verdiğim kararlarda her zaman arkamda duran, her zor anımda yanımda olup koşulsuz destek veren, emeklerini asla ödeyemeyecek olduğum başta sevgili annem ve babam olmak üzere tüm aileme,

Tıp Fakültesine başladığım günden beri en büyük destekçim olan, özverili hekimliği ile her zaman gurur duyduğum, varlığı ile hayatımı tamamlayan değerli yol arkadaşım Dr. Ömer Torun'a ve varlığı yaşam sevincim olan, hayatımın en özel anlamı canım oğlum Mehmet Çağlar Torun'a teşekkür ederim.

Dr. Şeyma ERDEM TORUN

ÖZET

Erdem Torun, Ş. COVID-19 Pandemisinin Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerde Bir Yıllık Etkisinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022. COVID-19 hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerine pek çok etkiye sahiptir. Pandeminin uzun dönemde yeme bozukluğu (YB) üzerindeki etkileri hakkında daha çok bilgiye gereksinim vardır. Bu çalışma, pandeminin başlangıç döneminde Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümleri tarafından yapılan çalışmanın ikinci ayağı olarak DSM-5'e göre YB tanısı olan ergenlerle, ilk çalışmadan 1 yıl sonra, pandeminin YB üzerindeki geç dönem etkilerinin ortaya konulması ve erken dönemle kıyaslanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya, ilk çalışmaya katılan 12-18 yaş arasındaki 38 ergenden 37'si katılmıştır (%97,3). En sık tanı Anoreksiya Nervoza olup çalışmamızın sonucunda, ilk çalışmaya benzer olarak ergenlerin %37,8'inde YB seyrinin düzelmeye başladığı/iyiye gittiği, %83,5'inin sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu anladığı, %89,5'inin kendisini daha olgun hissettiği ve bu durumun ilk çalışmaya kıyasla belirgin artış gösterdiği, ergenlerin sağlık hizmeti almaya engel teşkil edecek durumların ise ilk çalışmaya göre belirgin şekilde azaldığını belirttiği tespit edilmiştir. Ayrıca tele sağlık hizmetlerinin yüz yüze muayeneye göre daha etkili bulunduğu ve katılımcıların %43,2'sinin uyku kalitesinin daha kötü olduğunu belirttiği, ilk çalışmaya kıyasla okula gidememenin zorluğunun belirgin artış gösterdiği, ergenlerin %54,1'inin yeni gelişen psikiyatrik belirtisi olmadığı, %62,2'sinin ailesi ile çatışma yaşamadığı ve yarısından fazlasının YB yaşam kalitesinin iyileştiği bulunmuştur. Bunun yanında bu çalışma ile ergenlerin YB seyrinde, depresyon ve obsesyon puanlarında fark saptanmazken geç dönemde anksiyete puanlarının belirgin olarak artış gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucunda, YB belirtilerinin, pandeminin hem erken hem de geç döneminde kötüye gitmediği bulunmuştur. Pandemi sürecinde YB olan bireylerin uzun vadede anksiyete ve depresyon açısından ek olarak değerlendirilmesinin gerektiği ve pandemi öncesi izlem altında olunmasının ve pandemi sırasında da yakın klinik izlemin YB olan ergenlerde koruyucu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Yeme Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Ergen

ABSTRACT

Erdem Torun Ş. Evaluation of the One-Year Effect of the COVID-19 Pandemic on Adolescents with Eating Disorders, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Pediatrics, Ankara 2022. COVID-19 has many effects on both physical and mental health. More information is needed on the effects of the pandemic on long-term eating disorders (ED). This study, as the second part of the study carried out by Hacettepe University Department of Adolescent Health and Child and Adolescent Psychiatry at the beginning of the pandemic, aimed to reveal the late effects of the pandemic on ED with adolescents diagnosed with ED according to DSM-5, 1 year after the first study made for comparison with the early period. Thirty-seven (97.3%) of 38 adolescents who participated in the previous study participated in this study. The most common diagnosis was Anorexia Nervosa, and as a result of our study, similar to the first study, 37.8% of the adolescents had an improvement in the ED prognosis/improvement, 83.5% understood how valuable it was to be healthy, 89.5% felt self-conscious, 43.2% of the participants stated that they felt more mature and this situation showed a significant increase compared to the first study, the adolescents stated that the situations that would prevent them from receiving health care services decreased significantly compared to the first study, and that telehealth services were more effective than face-to-face examinations. It was found that the difficulty of not going to school increased significantly compared to the first study, 54.1% of the adolescents did not have newly developing psychiatric symptoms, 62.2% did not experience conflict with their families, and the quality of life of more than half of them improved. In addition, in this study, while no difference was found in the ED prognosis, depression and obsession scores of adolescents, it was determined that anxiety scores increased significantly in the late period. As a result of this study, we found that ED symptoms did not worsen both in the early and late phase of the pandemic. We showed that individuals with ED during the pandemic should be evaluated additionally in terms of anxiety and depression in the long term, and that being under surveillance before the pandemic and close follow-up during the pandemic is protective in adolescents with ED.

Keywords: COVID-19, Eating Disorder, Anorexia Nervosa, Adolescent

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar	xi
ŞEKİLLER.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Beslenme ve Yeme Bozukları Tanım ve Sınıflandırma.....	4
2.2. Beslenme ve Yeme Bozukları Epidemiyolojisi	5
2.3. Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Tanılar	6
2.4. Pika Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji	8
2.5. Ruminasyon Bozukluğu (Geviş Getirme Bozukluğu) Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji	10
2.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (“Avoidant Restrictive Food Intake Disorder”, ARFID) Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji.....	11
2.7. Anoreksiya Nervoza.....	15
2.7.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri	15
2.7.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji	18
2.7.3. Klinik Özellikler.....	19
2.8. Bulimiya Nervoza	20
2.8.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri	20
2.8.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji	21
2.8.3. Klinik Özellikler.....	22
2.9. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) Tanım ve Tanı Ölçütleri	23
2.9.1. Epidemiyoloji ve Etiyoloji	24

2.10. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu Tanım ve Tanı Ölçütleri.....	24
2.11. Yeme Bozukluğu Şüphesi Olan Hastaların Klinik Değerlendirilmesi.....	25
2.11.1. Öykü Alma	25
2.11.2. Yeme Bozukluğu Hastalarında Yaygın Görülen Klinik Belirtiler, Tıbbi Komplikasyonlar ve Laboratuvar, Görüntüleme Bulguları.....	30
2.12. Yeme Bozukluklarının Tedavi Yaklaşımları ve Hastane Yatış Kriterleri	33
2.12.1. Ayaktan Tedavi	33
2.12.2. Yatırılarak Tedavi	35
2.13. Yeniden Beslenme Sendromu (“Refeeding Sendromu”)	36
2.13.1. Yeniden Beslenme Sendromunun Patofizyolojisi.....	37
2.13.2. Yeniden Beslenme Sendromunun Önlenmesi ve Yönetimi.....	38
2.14. COVID-19 Tanımı, Klinik Özellikleri ve Bulaş Yolları.....	40
2.14.1. COVID-19 Sürecinde Yeme Bozukluğu Sıklığındaki Değişim	42
2.14.2. COVID 19 Sürecinde Yeme Bozukluğu Hastalarının Yönetimindeki Değişiklikler	45
2.14.3. Yeniden Açılma Döneminde Yeme Bozuklukları	46
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	49
3.1. Araştırmanın Deseni.....	49
3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Araştırma Grubu.....	49
3.3. Araştırmada Kullanılan Gereçler	50
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	51
3.3.2. Klinik Bilgi Formu	51
3.3.3. COVID-19 Pandemi Sürecinin Ergenlerde Yeme Seyrine Etkisini Değerlendirme Anketi	52
3.3.4. COVID-19 Döneminde İyilik Durumunun Değerlendirilmesi	52
3.3.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	53
3.3.6. Yeme Bozukluğunu İnceleme Ölçeği (YBDÖ) (“Eating Disorders Examination Questionnaire” (EDE-Q)).....	53

3.3.7.	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	54
3.3.8.	Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ (“Beck Depression Inventory” - BDI)	54
3.3.9.	Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (“State-Trait Anxiety Inventory for Children” (STAIC))	55
3.4.	Uygulama	56
3.5.	Verilerin Toplanması	56
3.6.	İstatistik Analizler	57
4.	BULGULAR.....	58
4.1.	Tanımlayıcı Değişkenler ve Demografik Özellikler	58
4.2.	Katılımcıların ve Aile Üyelerinin COVID-19 Hastalık ve Hastane Yatış Durumlarının Değerlendirmesi	60
4.3.	Katılımcıların Pandemi Sürecinin Yeme ve İlişkili Davranışlar Üzerine Etkisini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verdiği Yanıtlar	61
4.4.	Pandemi Sürecinde Erken ve Geç Dönemde Sağlık Hizmetine Ulaşma Durumunu Değerlendirme	62
4.5.	Katılımcıların Tele-Sağlık Hizmetinin Değerlendirmesine Yönelik Verdiği Yanıtlar	63
4.6.	Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Verilen Yanıtlar	64
4.7.	Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Okul, Aile ve Arkadaş İlişkileri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi	64
4.8.	Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi.....	66
4.9.	Pandemi Sürecinde İyilik Halinin Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi.....	67
4.10.	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri Puanlarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi	69
4.11.	Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkisinin Değerlendirilmesi	70

4.12. Pandemi sürecinde Erken ve Geç Dönemde Genel Sağlık Yaşam Kalitesi ve Yeme Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	72
4.13. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Puanlarının Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi	73
4.14. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı İle İlişkisi Olan Durumların Değerlendirmesi	74
4.14.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Evanteri Puanlarının İlişkisinin değerlendirilmesi	74
4.14.2. Pandemi Döneminde Yeni Gelişen Psikiyatrik Belirti, Diyete Uyum ve Aile İçi Çatışma Durumlarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	76
4.14.3. Ekran Süresi ve Uyku Kalitesinin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	76
4.14.4. YBDÖ Toplam Puanı ile Yaşam Kalitesi, Yaş ve İzlem Durumunun İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	77
4.15. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanını Yordayan Değişkenler	77
5. TARTIŞMA.....	79
5.1. Tanımlayıcı Değişkenler ve Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	80
5.2. Katılımcıların ve Aile Üyelerinin COVID-19 Hastalık ve Hastane Yatış Durumlarının ve Pandemi Sürecini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Değerlendirmesi	84
5.3. Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Sağlık Hizmetine Ulaşma Durumu ve Tele-Sağlık Hizmeti Değerlendirmelerinin Yorumlanması....	85
5.4. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Verilen Yanıtlar	89

5.5. Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Okul, Aile ve Arkadaş İlişkileri Üzerine Etkisinin ve Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi	90
5.6. Pandemi Sürecinde İyilik Halinin Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi	93
5.7. Pandeminin Erken ve Geç Döneminde, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri Puanlarının Değerlendirmesi.....	94
5.8. Pandeminin Erken ve Geç Döneminin Yeme Bozukluğu Belirtilerine, Genel Yaşam Kalitesine ve Yeme Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi	96
5.9. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Puanlarının Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Değerlendirilmesi	97
5.10. Yeme Bozukluğu Davranışını Yordayan Değişkenlerin Değerlendirilmesi	99
5.11. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	102
7. KAYNAKÇA	104
8. EKLER	122
Ek 1: Demografik Bilgi Formu	122
Ek 2: Hastalarla İlgili Tıbbi Kayıtlardan Elde Edilecek Veri Formu.....	123
Ek 3: COVID-19 Pandemi Sürecinin Ergenlerde Yeme Bozukluğuna Etkisini Değerlendirme Anketi.....	124
Ek 4: COVID-19 Döneminde İyilik Durumunun Değerlendirilmesi.....	128
Ek 5: Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	129
Ek 6: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	130
Ek 7: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi.....	134
Ek 8: Beck Depresyon Ölçeği	136
Ek 9: Çocuklar İçin Durumluk Anksiyete Envanteri	139

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE2	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2
Adj	Düzeltilmiş
ALT	Alanin Transaminaz
AN	Anoreksiya Nervoza
AN BP	Anoreksiya Nervoza Binge-Purging (tıkılan/çıkaran)
AN-RT	Anoreksiya Nervoza Restricting Type (kısıtlayıcı)
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
ARFID	Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
AST	Aspartat Transaminaz
ATP	Adenozin Trifosfat
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimia Nervoza
CDC	Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention)
COVID-19	2019 Koronavirüs Hastalığı
ÇDSKE	Çocuklar İçin Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC))
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EDNOS	Başka Türde Adlandırılan Yeme Bozukluğu (Eating Disorders Not Otherwise Specified)
EKG	Elektrokardiyografi
GH	Büyüme Hormonu (Growth Hormone)
IGF	İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü
Kg	Kilogram
KMY	Kemik Mineral Yoğunluğu

Maks	Maksimum
MERS	Middle East Respiratory Syndrome /Orta Doğu Solunum Sendromu
m	Metre
Min	Minimum
MOKSL	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
n	Kişi sayısı
Ort	Ortalama
OSFED	Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme Ve Yeme Bozukluğu (Other Specified Feeding or Eating Disorders)
p	Anlamlılık düzeyi
PCR	Polimeraz Zincir Reaksiyonu (Polymerase Chain Reaction)
RNA	Ribonükleik Asid
SAHM	Ergen Sağlığı ve Tıbbi Derneği (Society for Adolescent Health and Medicine)
SARS-CoV-2	Şiddetli Akut Respiratuar Sendrom Koronavirüs Tip 2
SpO2	Kan Oksijen Saturasyonu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
T3	Triiyodotironin
T4	Tiroksin
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
UFED	Belirlenmemiş beslenme ve Yeme Bozukluğu (Unspecified Feeding or Eating Disorder)
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
VA	Vücut Ağırlığı
YB	Yeme Bozukluğu
YBDÖ	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire EDEQ)
YBS	Yeniden Beslenme Sendromu
QTc	Düzeltilmiş QT Aralığı

TABLOLAR

Sayfa No:

Tablo 1: DSM-5'e göre Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması.....	5
Tablo 2: Yeme Bozukluğu bulgusu ile Ayırıcı Tanı Yapılması Gereken Tıbbi Durumlar	7
Tablo 3: DSM-5'e göre pika tanı ölçütleri.....	10
Tablo 4: DSM-5'e Göre Ruminasyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri	11
Tablo 5: DSM-5'e Göre Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Ölçütleri	15
Tablo 6: DSM-5'e Göre Anoreksiya Nervoza Tanı ölçütleri, Alt Kategorileri ve Klinik Ağırlığı	17
Tablo 7: DSM-5'e göre Bulumiya Nervoza Tanı Ölçütleri, Alt Kategori ve Klinik Ağırlığı	21
Tablo 8: DSM-5'e Göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri	23
Tablo 9: Olası Yeme Bozukluğu Düşünülen Ergenlere Sorulacak Sorular	28
Tablo 10: Yeme Bozukluğu Hastalarında Klinik Bulgular, Fizik Muayene Bulguları, Tıbbi Komplikasyonlar ve Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları	30
Tablo 11: Yeme Bozukluğu Olan Hastalarda Hastaneye Yatış Kriterleri	36
Tablo 12: Yeniden Besleme Sendromunda Görülen Elektrolit Bozuklukları ve Klinik Özellikleri	38
Tablo 13: Yeniden Beslenme Sendromu Gelişimi Açısından Riskli Gruplar.....	40
Tablo 14: COVID-19'un Klinik Özellikleri.....	42
Tablo 15: Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıbbi Bilgileri.....	60
Tablo 16: Sadece Anoreksiya Nervoza Tanılı Hastaların Vücut ağırlığı ve Beden Kitle İndeksi Değerlendirmesi.....	60
Tablo 17: COVID-19 Hastalık Durumu ve Etkileri.....	61
Tablo 18: Pandemi Sürecininin Yeme Davranışı Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verilen Yanıtlar.....	61

Tablo 19: Sağlık Hizmeti Almaya Engel Durumunun Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi.....	62
Tablo 20: Erken ve Geç Dönemde Sağlık Hizmeti Almaya Engel Olan Değişkenler.....	62
Tablo 21: COVID-19 Pandemisinin Uyku Düzenine Etkisinin Değerlendirilmesi	64
Tablo 22: Erken ve Geç Dönemde COVID-19 Sürecinin Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 23: Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi	66
Tablo 24: Pandemi Sürecindeki İyilik Halinin Değerlendirilmesi.....	68
Tablo 25: Ölçek Puanlarının Erken ve Geç Dönemde değerlendirilmesi	70
Tablo 26: Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Yemek Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkisinin Değerlendirilmesi	71
Tablo 27: İzlemede Olan Ergenlerin Erken ve Geç Dönemde Yemek Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerinin Değerlendirilmesi.....	71
Tablo 28: YBDÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi.....	73
Tablo 29: YBDÖ Tıkınırcasına Yemek Yeme Ataklarına Yönelik Verilen Yanıtlar ve Erken ve Geç Dönemde Karşılaştırılması.....	74
Tablo 30: Katılımcıların YBDÖ Toplam Puanı ile MOKSL, BDÖ ve ÇDSKE Puanlarının ve Pandemi Sürecindeki İyilik Halinin İlişkisinin Değerlendirilmesi	75
Tablo 31: Pandeminin Geç Döneminde YBDÖ Toplam Puanını Yordayıcı Değişkenler.....	78
Tablo 31. a: BDÖ Yordayıcı Gücü.....	78
Tablo 31. b: MOKSL Yordayıcı Gücü	78
Tablo 31. c: ÇDSKE Yordayıcı Gücü	78
Tablo 31. d: ÇDSKE, İlk Çalışmadaki BKİ değeri ve Aile İçi Çatışma Durumunun Yordayıcı Gücü	78

ŞEKİLLER

Sayfa No:

- Şekil 1:** Katılımcıların Tele-Sağlık Hizmetinin Değerlendirmesine İlişkin
Verdiği Yanıtlar 63
- Şekil 2:** Pandemi Sürecinde Erken ve Geç Dönemde Genel ve Yeme
Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması..... 72

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları (YB), ergenlik döneminde obezite ve astımdan sonra üçüncü en sık görülen, fiziksel sağlığı ve psikososyal işlevi önemli ölçüde bozan, engelleyici, ölümcül ve tedavi maliyeti yüksek olan, anormal yeme veya kilo kontrol davranışları ile karakterize, ciddi psikiyatrik bozukluklardır (1, 2). Vücut ağırlığı (VA), vücut şekli ve yemeye yönelik rahatsız edici tutumlar YB'lerin ortaya çıkmasında anahtar rol oynamaktadır. Bu tutumlar, cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Örneğin erkeklerde beden görüntüsüne yönelik kaygılar kaslı olmaya odaklanabilirken kadınlarda bu endişeler daha çok kilo vermeye ve zayıf bir bedene sahip olmaya odaklı olabilir. YB'ler, son 50 yılda artmakta olup önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları, genel sağlık değerlendirmesinin bir bileşeni olarak yeme alışkanlıklarını rutin olarak araştırmalıdır (1, 2).

SARS-CoV-2 (şiddetli akut respiratuar sendrom koronavirüs tip 2) olarak adlandırılan, yeni bir koronavirüs, 2019'un sonlarında, Wuhan'da akut solunum yolu hastalığı salgınının nedeni olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da Şubat 2020'de '2019 Koronavirüs Hastalığı' anlamına gelen 'COVID-19' hastalığı olarak belirlenmiş ve 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi (küresel salgın) olarak nitelendirilmiştir (3, 4). Hastalık, insandan insana damlacık yoluyla ve enfeksiyon ajanıyla kirlenmiş objelerden eller aracılığıyla alınarak mukozalara temasla bulaştığı için salgının yönetiminde hastaların hızla bulunup izole edilmesi ve tedavisi, kaynağın ve temaslıların bulunarak gerekli önlemlerin alınması, toplumda sosyal mesafeyi azaltacak uygulamaların gündeme getirilmesi, seyahatlerin, toplu taşımaların, toplantıların engellenmesi, iş yerlerinin kapatılması gibi önlemlerin uygulanması önemli olmuştur (5).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pandemiye kontrol altına almak için bu dönemde okulların kapatılması, sokağa çıkma yasağı gibi önlemler alınmıştır. Aynı dönemde pek çok hastanede olduğu gibi Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde de hasta kabulüne ilişkin olarak Rektörlük duyurusu ile düzenlemeler yapılmış olup acil durumu olmayan hastaların birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimlerine başvurması önerilmiştir. Kronik hastalığı olup takipli olan hastalar için ise hekimin

değerlendirmesi doğrultusunda uygun hastalar için takip aralıkları uzatılarak bir sonraki randevuları ertelenmiştir. Bu bağlamda Mart 2020 ve Haziran 2020 arasında Ergen Sağlığı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniklerinde takipli YB tanısı konan ergenler arasında medikal açıdan stabil olanların kontrol tarihleri ileri bir tarihe alınmış olup gerekli görülen hastalar telefon görüşmesi ile değerlendirilmiştir. Tele-tıp uygulamasının tedavinin devamlılığını sağlamak, COVID-19 bulaş riskini azaltmak gibi faydaları olmasına rağmen Tele-tıp yaklaşımıyla ilgili hekim ve hasta kaynaklı endişe duyulması, teknolojik ve yazılımsal sorunlar, gizlilik ilkesinin sağlanabilmesi gibi belirli kısıtlamaları da olmuştur (6). Haziran 2020 tarihi itibarıyla ise ülkemizdeki mevcut vaka sayısının daha az olması nedeniyle kısıtlamalarda esnekliğe gidilmiş böylelikle de ergenlerin takibi yüz yüze yapılmaya tekrar başlanmıştır.

COVID-19 hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerine pek çok etkiye sahiptir. Pandemi pek çok yönüyle ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemekle birlikte hastalığın kendisi ve yayılımını önlemek için alınan kısıtlayıcı politikaların da pek çok soruna yol açtığı düşünülmektedir. ABD’de yapılan çalışmalarda Mayıs 2020’nin sonlarına doğru toplumun üçte birinde anksiyete ve depresyon belirtileri ortaya çıktığı saptanmıştır (7). Pandemi süresince kısıtlamaların psikososyal anlamda pek çok etkisi olabilir. Öncesinde psikopatolojik özellikleri olan kişilerin pandeminin etkilerine karşı savunmasız olabileceği öne sürüldüğü için YB olan hastaların COVID-19 salgını sırasında savunmasız bir grubu oluşturduğunu düşünmek olasıdır. Bu nedenle YB olan bireylerde ve özellikle ergenlerde COVID-19’un etkisinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu bağlamda Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından pandeminin başlangıcında (Mayıs 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında) pandeminin erken aşamasında kısıtlamaların YB tanısı konulmuş olan ergenler üzerindeki etkisini değerlendirmek ve YB tutumunu öngören faktörleri belirlenmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul Komitesi’nden (GO 20/428 numarasıyla) etik kurul onayı alınarak bir çalışma yapılmıştır (8). Bu çalışmada, pandemiden önce son bir yıl içerisinde DSM-5 tanı kriterlerine göre YB tanısı konulmuş olan, çoğunluğu (%68,4) kısıtlayıcı tip AN olan 12-18 yaş arasındaki 38 ergenle çevrim içi anket yoluyla değerlendirme yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda, beklenenin aksine kısıtlamaların YB üzerine olumsuz etkisi

gösterilememiş olup katılımcıların %42,1'inde YB semptomatolojisinde iyileşme olduğu, %36,8'inde hiçbir değişiklik olmadığı, %21,1'inde YB'nin daha kötü seyrettiği bulunmuştur (8). Çalışma ek olarak depresyonun YB davranışı için en yüksek prediktif değere sahip olduğunu ortaya koymuş ve pandemi sürecinde YB olan hastaların depresyon açısından ek olarak değerlendirilmesinin önemini vurgulamıştır.

Bu çalışmaya benzer şekilde yapılan, COVID-19'un YB üzerine etkisini araştıran çalışmaların çoğunluğu, pandeminin başlangıcında özellikle de kısıtlamaların ilk iki haftası gibi akut dönemde ve daha çok genç yetişkin yaş grubundaki bireylerle yapılmıştır. Pandeminin uzun dönemde YB üzerindeki fiziksel ve psikososyal etkileri hakkında daha çok bilgiye gereksinim vardır ve klinisyenlerin, YB hastalarının pandemi dönemindeki izlemine ve yönetimine yönelik protokollere sahip olması önemlidir.

Çalışmamızda, (GO 20/428) numarasıyla etik kurul onayı alınarak yapılan çalışma kapsamında, pandeminin başlangıç döneminde (Mayıs-Haziran 2020) Ergen Sağlığı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümleri tarafından pandeminin erken dönem etkileri açısından değerlendirilmiş YB tanısı olan 38 ergenin bir yıl sonra (Mayıs-Haziran 2021) pandemi sürecine daha uzun süre maruz kalınmasının etkileri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu değerlendirme kapsamında, akut ve kronik dönem arasında anksiyete, depresyon belirtileri ve yeme tutumu açısından farklılık olup olmadığının araştırılması, farklılık saptanması durumunda ilişkili etmenlerin belirlenmesi ve COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi ve endişenin YB seyrine etkilerinin incelenmesi planlanmıştır. Çalışmamızın COVID-19 pandemisi sürecinde YB olan ergenlerin tıbbi yönetimine katkıda bulunacak bilgiler ortaya koyacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ve Yeme Bozukları Tanım ve Sınıflandırma

YB; yemeyi kısıtlama, tıknırcasına yeme, aşırı egzersiz, kusma ve müshil ilacı kullanımı gibi davranışlara, vücut şekli ve kiloyla ilgili olumsuz inançların eşlik ettiği kronik bir durumdur (9).

Beslenme ve yeme bozuklukları 2000 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV/DSM-IV)) iki farklı bölümde tanımlanmıştır. "Bebeklik ya da Erken Çocukluktaki Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde pika, geri çıkarma/geviş getirme bozukluğu (ruminasyon bozukluğu, RB); bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozukluğu tanımlanırken "Yeme Bozuklukları" bölümünde ise anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türde adlandırılan yeme bozukluğu ('eating disorders not otherwise spesified', EDNOS) tanımlanmıştır. Bu iki bölüm DMS-5'te 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' başlığı altında birleştirilmiş olup bazı hastalıkların tanı kriterlerinde değişiklikler yapılmıştır (10, 11). Bu değişiklikler doğrultusunda AN ve BN için tanı eşiği düşürülmüş olup tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) ile tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları için tanı kriterleri oluşturulmuştur. Beslenme ve yeme bozukluklarının gözden geçirilmiş versiyonu ile daha çok çocuk ve ergene tanı konulabildiği tespit edilmiştir (11). DSM-5 kriterleri uygulanmasıyla AN ve BN tanı oranlarında belirgin yükseklik saptanırken EDNOS tanısı alanların yüzdesinin neredeyse yarı yarıya azaldığı görülmüştür (11). DSM-5'e göre beslenme ve yeme bozuklukları sınıflandırması Tablo 1'de sunulmuştur (10).

Tablo 1: DSM-5'e göre Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması

1.Pika sendromu
2.Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu (Ruminasyon bozukluğu)
3.Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (' Avoident / restrictive food intake disorder' ARFID)
4.Anoreksiya nevroza (AN)
5.Bulimiya nevroza (BN)
6.Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB)
7.Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu
7.1.Atipik AN
7.2.BN (Düşük sıklıkta ve/ve ya sınırlı süreli)
7.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) (Düşük sıklıkta ve/ve ya sınırlı süreli)
7.4.Çıkarma Bozukluğu
7.5.Gece Yemek Yeme Bozukluğu
8.Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

2.2. Beslenme ve Yeme Bozukları Epidemiyolojisi

YB'ler en sık 14 ve 19 yaşları arasında ortaya çıkmakla birlikte son literatür bilgisi değerlendirildiği zaman AN ve BN'nin başlangıç yaşlarının azaldığı ve önemli bir kısmının 12 yaşın altında olduğu dikkati çekmektedir (11). YB'ler yüksek mortalite ve morbiditeye sahip hastalıklardır ve erken tanı daha iyi bir klinik seyirle ve daha az komplikasyon ile yakın ilişkilidir. Bu nedenle çocuk ve ergen yaş gruplarıyla ilgilenen her klinisyenin, YB'lerin kliniği hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (11, 12).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar; YB'lerde artış olduğunu, YB tanı insidansının, kızlar için 15-19 yaşları, erkekler için ise 10-14 yaşları arasında en yüksek olduğunu göstermektedir (13). DSM-IV'e göre AN, BN ve TYB'nin yaşam boyu yaygınlık tahminleri kadınlarda %0,9, %1,5 ve %3,5 ve erkeklerde %0,3 %0,5 ve %2,0 olarak tespit edilmiş ancak bu hastaların az bir kısmının tedavi amaçlı hekim başvurusu olduğu belirlenmiştir (14).

Ülkemizde ortalama yaşları $19,9 \pm 1,3$ yıl olan kadın üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %1'inde YB tespit edilmiş, Türk ergen popülasyonunda AN prevelansının batı toplumlarındakine benzer oranda olduğu saptamıştır (15).

YB, psikiyatrik hastalıklar içerisinde cinsiyet farklılığının en belirgin olduğu hastalık gruplarından birisidir. Hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (11). Toplum temelli yapılan çalışmalar artık erkeklerde de YB oranlarının kadınlara göre daha hızlı arttığını ve cinsiyetler arasında klinik semptomların şiddeti açısından fark olmadığını göstermektedir (16). Bazı çalışmalarda, erken başlangıçlı (<14 yaş) vakalar da dâhil olmak üzere YB'lerin başvuru yaşlarında da cinsiyet farklılıkları olmadığı ortaya konulmuştur (16). 16-24 yaş arası büyük bir ergen ve genç erişkin kohortunda yapılan çalışmada, kadınların %2.3-3.1'inde, erkeklerin ise %0.3-1'inde aşırı yeme davranışı tespit edilmiş ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (17). Klinik örneklerde, erkeklerde de artan AN görülme sıklığı bulunmuş olmakla birlikte çok az sayıda popülasyon temelli prevelans verileri mevcuttur (12).

2.3. Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Tanılar

YB tanısı klinik olup hızlı kilo alan/veren, uygunsuz diyet yapan ve/veya uygunsuz kilo kaybettirici davranış sergileyen, aşırı egzersiz yapan ergenler, amenore ya da adet düzensizliği olan kadınlar, bradikardisi ve elektrolit bozukluğu olan bireyler bu açıdan sorgulanmalıdır.

Klinikte; kusma, kilo kaybı ve aşırı yeme atakları ile seyreden diğer durumlar da YB ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Bu durumlar Tablo 2'de sunulmuştur (18).

Tablo 2: Yeme Bozukluğu bulgusu ile Ayırıcı Tanı Yapılması Gereken Tıbbi Durumlar (18)

<p>Kilo kaybı ile seyreden hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Çölyak hastalığı• İnflamatuvar barsak hastalığı• Malabsorpsiyon• Hipertiroidizm• Addison hastalığı• Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu• Maligniteler <p>Kusma ile seyreden hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Migren• Psödotümör serebri• Hidrosefali• Merkezi sinir sistemi malignitesi• Gastrointestinal hastalık• Siklik kusma <p>Tıkanırçasına yeme ile seyreden hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Obezite• Majör depresif bozukluk• Sınırdaki kişilik bozukluğu• Prader Willi sendromu• Kleine-Levin sendromu
--

YB olan bireylerin erken tespiti, erken müdahalenin iyileşme süresini kısaltması nedeniyle önemlidir. YB olan bir birey değerlendirilirken beslenme ve psikososyal durumu ile tıbbi komplikasyonların göz önüne alınması ve yetersiz beslenmesinin derecesinin belirlenmesi önemlidir (12).

Psikiyatrik komorbiditeler, YB olan kişilerde sıklıkla görülmektedir. En yaygın psikiyatrik komorbiditeler arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları yer almaktadır. Klinisyenler tedaviye devam ederken hastalığın akut safhasında ya da uzun vadede komorbid bozukluklara odaklanan kapsamlı bir

psikiyatrik değerlendirme yapmalıdır. YB'lerin daha olumsuz uzun vadeli sonuçları, ek psikiyatrik bozukluklarla ilişkili gözükmektedir. Bunun yanı sıra diyabetli kişilerde YB prevalansı artmış olup Çölyak ve Chron hastalığı gibi otoimmün bozukluklar ve YB'ler arasında da çift yönlü ilişkiler olduğu gösterilmiştir (1, 11). Danimarka'da yaklaşık 1 milyon çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir çalışmada, otoimmün ve otoinflatuar hastalıkların YB için artmış risk faktörü olduğu, ebeveynlerinde otoimmün ya da otoinflatuar hastalık bulunan ergenlerde YB'lerin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Ancak otoimmün/otoinflatuar hastalıklarla YB ilişkisine hangi etmenlerin aracılık ettiği tam olarak anlaşılamamıştır (19).

2.4. Pika Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji

Pika, besleyici özellikte olmayan maddelere (örneğin metal, kömür, dışkı, sigara gibi) iştah duyulması ya da yiyecek olarak kabul edilebilen buz gibi bazı maddelere karşı anormal iştah ile karakterize bir hastalıktır (20). Pika terimi ilk kez 1563'te kullanılmış olup Latince 'saksağan' anlamına gelmektedir. Saksağan gıda dışı ürünlerle beslenen bir kuş türü olması nedeniyle bu isim verilmiştir. Pika DSM-5'e göre besleyici ve gıda olmayan öğelerin en az bir ay süreyle sürekli yenmesi olarak tanımlanmıştır (21). DSM-5'e göre pikanın tanımlanması için besleyici olmayan maddeleri yemenin kültürel olarak kabul edilmiş bir norm olmaması ve bu davranışın gelişim basamağına uygunsuz olması gerekmektedir. Örneğin Afrika'da jeofaji (toprak ve kil yemek) hamilelerde sabah bulantısını hafiflettiği için kültürel olarak kabul gören bir davranıştır. Ayrıca bebekler ve yeni yürümeye başlanılan dönemdeki çocuklar çevrelerindeki nesnelere ağızlarına almaktadırlar bu nedenle pika tanısı koyabilmek için iki yaşın üzeri baz alınmalıdır. Bunun yanı sıra gıda olmayan maddeleri yemekle ilişkili olabilecek hastalığı olan bireylerde (zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, Kleine- Levin Sendromu gibi) de görülebilir. Bu durumu pika olarak adlandırabilmek için bu davranışın klinik dikkat gerektirecek kadar şiddetli olması gerekmektedir (1, 21). DSM-5'e göre pika tanı ölçütleri Tablo 3'te sunulmuştur (10). Pika, çocukluk yaş grubunda daha fazla olmakla birlikte her yaşta görülebilmektedir. Prevalansı net olarak bilinmemekle birlikte gelişimsel geriliği ya da bilişsel bozuklukları olan bireylerde prevalansının %26 kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir. İsviçre'de 7-13 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmada, klinik

olarak anlamlı pika prevalansı %3,8 bulunmuştur (22). Almanya'da 7-14 yaşları arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada da pika sıklığı %4,98 olarak bulunmuştur (23). Bir YB merkezinde yatarak tedavi gören her iki cinsiyetten toplamda 249 ergen ve genç ile yapılan bir çalışmada, bireylerin yalnızca %1,3'ü pika için DMS-5 tanı ölçütlerini sağlamıştır (24). Hamile ve postpartum dönemlerdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada ise pika sıklığı %27,8 olarak saptanmıştır (25). Ebeveynler tarafından ihmale maruz kalınması, denetim eksikliği ve gelişimsel gerilik ve zihinsel yetersizlik olması pika riskini arttırmaktadır (26). Gelişimsel geriliği olan bireylerde stereotipi, saldırganlık, kendine zarar verme ve pika gibi yaygın zorlayıcı davranışlar mevcuttur. Bu zorlayıcı davranışlar içerisinde pika en ciddi olanıdır (27).

Pika, yutulan maddenin türüne göre pek çok komplikasyona neden olmaktadır. Çivi, cam gibi keskin nesnelere yutulması ile diş yaralanması, bağırsak obstrüksiyonu; kurşun, boya, temizlik malzemeleri gibi toksik maddelerin yutulması ile solunum sıkıntısı, metabolik anormallik gibi ciddi tıbbi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra pika, dışkı yutulması gibi nedenlerle paraziter enfeksiyonlara da neden olabilmektedir (21). Ayrıca pika; çinko, demir gibi mikrobelerin öğelerinin eksiklikleri ile de ilişkilendirilmiştir. Fakat bu eksikliklerin mi pikaya neden olduğu ya da bu durum sonucu mu pika oluştuğu net değildir (28).

Pikanın değerlendirilmesi, tıbbi ve psikososyal olarak katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi ve yutulan maddeler nedeniyle oluşabilecek tıbbi komplikasyonların değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Pika önlemek en önemlisidir. Ebeveynler çocuklarını yakından denetleyerek çevrede yutulması güvenli olmayan maddeleri uzaklaştırmalıdır. Pika için kanıtlanmış tedavi yöntemleri arasında davranışsal yaklaşımlar, farmakolojik tedaviler ve besin takviyeleri yer almaktadır. Farmakolojik tedavi yöntemleri hakkında çok az veri mevcut olup besin takviyeleriyle ilgili sonuçlar da karışık gibi gözükmektedir. Uygulamalı davranış analizi terapisi, pika tedavisi için en fazla kanıta dayalı tedavi seçeneğidir. Uygulamalı davranış yöntemleri içinde hangi prosedür ya da prosedürlerin en etkili olduğu ise bilinmemektedir. Tüm bunlara ek olarak pikası olan çocukların gelişimsel gerilik açısından değerlendirilmesi de gereklidir (21, 27).

Tablo 3: DSM-5'e göre pika tanı ölçütleri (10)

A. En az bir ay süre ile sürekli olarak besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddelerin yenmesi
B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir
C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir
D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır.

2.5. Ruminasyon Bozukluğu (Geviş Getirme Bozukluğu) Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji

Ruminasyon bozukluğu, kısmen sindirilmiş gıdaların yemekten hemen sonra mide bulantısı, öğürme veya tiksime eşlik etmeksizin, zahmetsizce ve ağrısız bir şekilde ağıza geri getirildiği nadir bir klinik tablodur. DSM-5'e göre ruminasyon bozukluğu tanı ölçütleri Tablo 4'te sunulmuştur (10). Ağıza geri getirilen yiyecekler daha sonra yutulur ya da tükürülür (29). Çoğunlukla küçük bebeklerde olmak üzere her yaş gurubunda görülebilmektedir ve literatürde giderek artan sayıda tüm yaş gruplarında bildirilmektedir (29). Ruminasyon bozukluğunun görülme sıklığı ve yaygınlığına ilişkin epidemiyolojik veriler yetersiz olmakla birlikte, nadir bir durum olduğu kabul görmektedir (30).

Sri Lanka'da 10-16 yaş grubundaki 2163 ergenle yapılan bir kohort çalışmasında (31), ruminasyon bozukluğun sıklığı erkeklerde %5,1, kızlarda %5 olarak raporlanmıştır. Kolombiya'da 0-48 aylık bebek ve süt çocuklarıyla yapılan kesitsel bir çalışmada da (32) prevalansı %4,7 olarak bulunmuştur. Almanya'da yapılan popülasyon temelli çalışmada da katılımcıların %1,49'u geri çıkarma davranışı sergilemiştir (33).

Ruminasyon bozukluğunun etiyojisi multifaktöriyel olmakla birlikte olumsuz psikososyal çevre ve stresli yaşamın ruminasyon bozukluğuyla ilişkisi olduğu da bilinmektedir. Anne çocuk ilişkisindeki yetersizlik, annenin çocuktan fazla

beklentisi olması, uyarıcı eksikliği, gelişimsel gerilik ve zihinsel yetersizlik olması gibi durumlar ruminasyon bozukluğu oluşmasına zemin hazırlayabilir (29).

Ruminasyon bozukluğunun tanısı için en önemli aşama dikkatli bir öykü almak, regürjitasyon, kusma ve gastroözefagial reflü yakınması ile başvuran bireylerde ruminasyon bozukluğunu ayırıcı tanıda akla getirebilmektir. Özellikle midede yanma, ağrı ve bulantı hissi olmaksızın kusması olan bireylerde ruminasyon bozukluğu olabileceği akılda tutulmalıdır. Ruminasyon bozukluğunun tanısını koymak zaman alabilmektedir. Hastalarda kilo kaybı, elektrolit bozuklukları, diş minesini erozyonları gibi tıbbi komplikasyonlara neden olabilir. Hastaların takibi sırasında bu durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (30).

Ruminasyon bozukluğunun tedavisinde diafragmatik solunum egzersizleri gibi davranışsal tedaviler önerilmekte olup farmakolojik ve cerrahi tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (34).

Tablo 4: DSM-5'e Göre Ruminasyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri (10)

<p>A. En az bir ay süreyle sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir</p> <p>B. Sık sık geri çıkarma buna eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz</p> <p>C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/ kısıtlı yiyecek alım bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.</p>
--

2.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (“Avoidant Restrictive Food Intake Disorder”, ARFID) Tanım, Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu (ARFID), DSM-5'te yeni sınıflandırılmış bir bozukluktur. DSM-4-TR'de bebeklik ve erken çocukluk döneminin beslenme bozukluğu olarak tanımlanan hastalık DSM-5'te ARFID olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'te 6 yaş ve altı çocukları kapsarken DSM-5'te her yaş

grubunda görülebileceği belirtilmiştir (10, 35). ARFID, önemli kilo kaybına, beslenme yetersizliğine yol açarak enteral beslenmeye veya besin takviyesinde bağımlılığa neden olan, psikososyal işleyişte ise belirgin bozulmaya sebep olabilecek heterojen bir klinik durumdur.

ARFID, gıda tüketiminden kaçınma veya tüketimini kısıtlama sonucu şu durumlardan en az birinin geliştiği kısıtlayıcı tipte YB spektrumudur: Kilo kaybı gelişmesi (ya çocuklarda büyümenin duraklaması ya da gerilemesi), besinsel eksikliklerin oluşması, psikososyal işleyişin bozulması, enteral beslenme ürünlerine bağımlı hale gelinmesi (36). Ayrıca ARFID tanısı konulabilmesi için beslenme ve yeme bozukluğunun mevcut yiyeceğe erişimdeki sorundan kaynaklanmıyor olması, başka bir medikal ya da psikiyatrik durumun mevcut YB'yi daha iyi açıklamıyor olması veya kültürel olarak onaylanmış bir uygulama (oruç tutmak gibi) olmaması gerekmektedir. ARFID'li hastalarda kilo almayla ilgili endişe veya beden imajı kaygısı yoktur (37). DSM-5'e göre gıdalardan keyif almama nedeniyle kaçınma ya da gıda alımının kısıtlanması, yiyeceğin tadı, kokusu, rengi ve kıvamı gibi duyuşal özellikleri nedeniyle iştah duyulmaması ya da yemenin yaratabileceği boğulma, reflü, kusma gibi durumlara duyulan korku nedeniyle gıdaya karşı ilgisizlikten kaynaklanmaktadır (10). DSM-5'e göre ARFID tanı ölçütleri Tablo 5'te sunulmuştur (10).

Çocukluk yaş grubunda ARFID, farklı klinik görünümlere sahip olabilir. Norris ve arkadaşları ARFID tanı ölçütlerini karşılayan 75 kişiden oluşan örneklemede yaptıkları çalışmada hastaları 3 alt gruba ayırmıştır: 1) Kilo kaybı yaşayan, yemeye ilgi eksikliği/iştahsızlık özellikleri gösteren grup, 2) Yemeğin duyuşal bileşenler nedeniyle sınırlı çeşitliliğe sahip olanlar, 3) Belirli bir olumsuz deneyime yanıt olarak yemekten kaçınanlar. Bulguların üçüncü grupta daha yüksek oranda (%43) gözleendiği, ikinci grubun en uzun hastalık süresine sahip olduğu, yine yeme sonrasında olumsuz deneyimler yüzünden yemekten kaçınan üçüncü grubun üçüncü basamak bakım merkezlerine başvurma oranının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (38). 712 hastanın bir yıllık süre içinde YB'lerini değerlendiren retrospektif bir çalışmada da hastaların %13,8'inin ARFID kriterlerini karşılamakta olup ARFID hastalarının %28,7'sinin erken çocukluktan beri seçici yeme, %21,4'ünün genel anksiyete, %19,4'ünün gastrointestinal semptomlar, %13,2'sinin kusma veya boğulma öyküsü, %4,1'inin gıda alerjisine sahip olduğu bulunmuştur (39).

ARFID'in çocukluk çağında sık olarak görülen, gelişimsel açıdan normal olan 'yemek seçme' davranışı ile karıştırılmaması gerekmektedir. Küçük yaşlardaki çocuklarda yeni yiyeceklere karşı güvensizlik ve direnç gösterilmesi normal olabilir. Yaklaşık 18. ayda belirgin olan bu özelliklerin yaşla birlikte giderek azalması beklenmektedir. İkisi arasında ayırım yapılmasını sağlayan en önemli husus ARFID'de eşlik eden düşük vücut ağırlığı, beklenen büyüme eğrisine uygun büyüyememe ve ağızdan ya da damar yoluyla beslenme desteklerine ihtiyaç duyulmasıdır (36, 37, 40).

ARFID ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Bu konuyla ilgili literatüre bakıldığında zaman 7-17 yaş arası YB için günlük tedavi gören çocuk ve ergenlerin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, hastaların %22,5'unun ARFID kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (41). Gastroenteroloji kliniklerine başvuran 8-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği bir çalışmada da vakaların %1,5'inin ARFID tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür (42). İsviçre'de 8-13 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerle yapılan toplum temelli bir çalışmada da çalışma popülasyonununun %3,2'si ARFID özellikleri göstermiştir (43). Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise ARFID'in üç aylık prevalansı %0,3 olarak bulunmuştur (44).

ARFID; genetik, psikolojik, sosyokültürel faaliyetler arasındaki karmaşık bir etkileşimden kaynaklanmaktadır. Bu hastalar kliniklere farklı yakınmalarla başvurmakta olup tanı koymak güç olabilmektedir. Cooney ve arkadaşları tarafından 31 ARFID hastasının incelendiği retrospektif bir çalışmada, hastaların %94,4'ünün kilo kaybının olduğu ya da beklenen kilo alımını gerçekleştirmediği, % 57,1'inin ek psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu, %3,6'sının da besin takviyesine ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu bireylerin hepsinde, iki veya daha fazla somatik belirti olmakla beraber, %50'sinden fazlası karın ağrısı bildirmiştir. Hastaların hiçbiri YB'nin değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılan psikometrik testlerde yüksek puana sahip değildir (45). Bu çalışmanın da vurguladığı üzere ARFID teşhisi için gerekli ölçekler günümüzde geliştirilme aşamasındadır ve yaygın olarak kullanılan psikometrik araçlar bu tanının konulmasında yeteri kadar duyarlı değildir.

Genel olarak bakıldığında ARFID'li çocuk ve ergen hastaların AN veya BN'ye kıyasla erkek ve kızlarda eşit oranda ve yaş olarak daha küçük yaşlarda görüldüğünü, hastalıklarının daha uzun süre devam ettiğini söylemek mümkündür. Ayrıca ARFID

hastalarında AN'ye göre daha çok sayıda fiziksel ve/veya psikiyatrik eş hastalık geliştirme oranı olduğu bulunmuştur. ARFID'li hastaların daha yüksek obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme bozuklukları ve bilişsel bozukluk oranlarına sahip oldukları ortaya konmuştur (37).

ARFID'li hastalarda yetersiz beslenmeye bağlı olarak pek çok tıbbi komplikasyonla karşılaşmaktadır. Bradikardi, EKG'de uzamış QT aralığı ve elektrolit anormalliklerine artmış yatkınlıkları söz konusudur. ARFID'li hastaların AN'li hastalara kıyasla daha fazla elektrolit anormalliği oranına sahip olduğu gösterilmiştir. Ek olarak ARFID'li hastalarda menstrüel düzensizlikler ve amenore de görülmektedir. Retrospektif olarak yapılan çalışmalar değerlendirildiği zaman ARFID'li hastaların %77'sinin kemik mineral yoğunluğunun (KMY) ortalamadan en az bir standart sapma düşük olduğu tespit edilmiştir. ARFID'de KMY'nin AN'ye göre daha düşük olduğu saptanmıştır (37, 46).

Yapılan çalışmalar, ARFID'li çocuk ve ergenlerin birden fazla pediatrist başvurusu olduğunu ve bir YB programına başvurma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Klinisyenler bu hastaları ilk defa değerlendirirken başlangıçta ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene yapmalı, kapsamlı gelişim, beslenme ve psikosoyal geçmiş öyküsü almalıdır. Ailenin yeme konusundaki tutum ve davranışlarını anlamaya çalışmalıdır. Hastaların boy (m), VA (kg) ve beden kitle indeksi (BKİ) ((kg)/boy (m²)) ölçümlerini kaydetmeli ve önceki boy ve VA ölçümleriyle kıyaslama yapmalıdır.

Günümüzde ARFID'li hastaların tedavisiyle ilgili bilgiler kısıtlıdır. Bu hastalar multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmelidir. Hastaların tedavisinde daha çok davranışsal tedavilere ve beslenme yaklaşımlarına odaklanılmalıdır. Bu bağlamda, ailelere beslenme tutumu için önerilerde bulunulabilir. Pediatristler, çocuğun yiyeceklerle sağlıklı bir ilişki kurması ve yeme konusunda yetkinlik kazanması için ebeveynlere rehberlik edebilir (35, 37).

Tablo 5: DSM-5'e Göre Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Ölçütleri

<p>A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve /veya enerji gereğinin uzun süre karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örneğin yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme, yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma, yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması) 2. Belirgin bir beslenme eksikliği 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağı kalma 4. Ruhsal- toplumsal işlevselliğın belirgin olarak düşmesi <p>B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.</p> <p>C. Bu yeme bozukluğu yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza'nın gidişini sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algılandığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin kanıt yoktur.</p> <p>D. Bu yeme bozukluğu, eş zamanlı bir sağılık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.</p>
--

2.7. Anoreksiya Nervoza

2.7.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri

AN temel olarak beklenin altında düşük VA ya da yaşına ve cinsiyetine göre beklenen değışimi gösterememe, vücutun veya bazı vücut kısımlarının boyutundan, şeklinden aşırı derecede memnuniyetsizlik, şiddetli kilo alma korkusu, kilo alma korkusunu düşündürecek şekilde çok düşük VA olunmasına rağmen kilo alımını güçleştiren davranışlarda bulunma ile kendini göstermektedir. DSM-5'e göre AN'nın kısıtlayıcı tip ve aşırı yeme/çıkarma tipi olmak üzere iki alt tipi vardır (11, 47).

AN, hastaların süregelen olarak aşırı kilo alma korkusu nedeniyle kalori alımını kısıtladığı, kilo alımını engelleyici davranışlar sergilediği, bedeninin boyutunu ve biçimini algılamanın değiştiği, yaşamı tehdit eden bir YB'dir. İlk tanımlanan YB olup 1874'te William Gull tarafından sıklıkla ergenlik dönemindeki kızlarda görülen ve uzun süreli açlığa bağlı metabolik bozukluklarla giden hastalık tablosu olarak ifade edilmiştir (48). DSÖ tarafından uzun dönem olumsuz sonuçları nedeniyle çocukluk ve ergenlik döneminin en önemli psikiyatrik bozuklukları arasında gösterilmiştir (49). AN, önemli morbiditeye ve psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek mortalite oranına sahiptir. Yapılan çalışmalarda mortalite oranı %5,86 olarak saptanmıştır ve bu oran ile astım ve tip I diyabetten daha yüksek mortalite oranına sahiptir (11, 50). Ölüm, özellikle kardiyovasküler disritmi ile ilişkili olmak üzere yetersiz beslenmenin fizyolojik etkisinden de kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte hastalığın getirdiği psikolojik yüke bağlı olarak hastaların önemli bir kısmında da intihar görülmektedir (51).

DSM-5 ile hastalığın tanı ölçütlerinde birtakım değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler doğrultusunda, AN ve BN için tanı eşiği düşürülmüş; TYB, YB'ler arasına katılmıştır. DSM-5'teki değişiklikler doğrultusunda EDNOS teşhis sıklığı azalmış, AN ve BN artmıştır. AN için DSM-5, ile DSM-4 karşılaştırıldığında, tanı eşiğinin düşürülmesindeki en önemli adım tanı ölçütlerinden amenore kriterinin çıkarılması olmuştur. Amenore kriteri; erkekleri, premenarşal kızları ve düşük VA'na rağmen ömenoreik kalan ergenleri hariç tuttuğu için kaldırılmıştır (52). Bunun yanı sıra DSM-IV-TR'deki "yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir VA'na sahip olmayı kabul etmeme" ölçütü değerlendirilmesinin zor olması nedeniyle DSM-5'te de kaldırılmıştır. Ayrıca DSM-IV-TR'deki A kriterinde bulunan "beklenenin %85'inin altında bir VA'na sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında beklenenin %85'inin altında bir VA'na sahip olmaya yol açacak biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememesi" kriterinin pratikte kullanılmadığı için DSM-5'te tanı kriterleri arasından çıkarılması uygun görülmüştür. DSM-5'te 'tam olmayan yatışma gösteren' ve 'tam yatışma gösteren' şeklinde iki remisyon alt türü eklenmiş olup bu iki alt türde tanımlı kesin süreler belirtilmediği ve remisyon kriterleri net belirtilmediği için halen tartışılmakta olan bir konudur (53). DSM-5'te hastalığın ağırlığı 1) hafif, 2) orta, 3) ağır ve 4) aşırı düzeyde olmak üzere 4 farklı şekilde derecelendirilmiştir. Bu tipler erişkin hastalar için BKİ'ne

göre hesaplanırken çocuk ve ergenlerde ise BKİ persentiline göre belirlenmektedir. Hastalığın ağırlığının değerlendirmesi için BKİ, boy ve VA ilişkisine göre hesaplanan kullanışlı bir ölçümdür. Erişkinler için 18.5 kg/m² BKİ, DSÖ ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (“Centers for Disease Control and Prevention”, CDC) tarafından normal VA’nın en alt sınırı olarak kabul edilmiştir. 17.0 kg/m²’den düşük BKİ, DSÖ tarafından orta ya da ciddi zayıflık olarak kabul edilmektedir (50, 54). Yapılan çalışmalar doğrultusunda ergenler için 10.persentil altı BKİ değerinin eşik değer olarak alınmasının uygun olduğu savunulmuştur(50).

Genel olarak çalışmalar DSM-5 ile AN tanı kriterlerinde yapılan revizyonun, klinisyenlerin daha doğru ve zamanında teşhis koymasına yardımcı olmaktadır (54). DSM-5’e göre AN tanı ölçütleri, AN alt tipleri ve remisyon şekilleri Tablo 6’da sunulmuştur (10).

Tablo 6: DSM-5’e Göre Anoreksiya Nervoza Tanı ölçütleri, Alt Kategorileri ve Klinik Ağırlığı

<p>A. Gereksinimlere göre enerji alımını 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.</p> <p>B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın sürekli kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma.</p> <p>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 ciddiyetini hiçbir zaman kavrayamaz.</p> <p>Kısıtlayıcı tip: Kilo kaybının esas olarak açlık ve /veya aşırı egzersiz yoluyla gerçekleştirildiği alt tipidir. Bireyin son 3 ay içerisinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri (kendi kendini kusturma, laksatif/ diüretik ilaç kullanımı, lavman kullanımı gibi) olmamıştır.</p> <p>Tıknırcasına yeme/çıkarma alt tipi: Kişinin son 3 ay içerisinde yineleyen aşırı yemek yeme ve çıkarma dönemlerinin olması ile karakterizedir.</p> <p>Tam Olmayan Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tüm tanı ölçütleri daha önceden karşılanırken A ölçütü uzunca süredir karşılanmamaktadır ancak B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü hâlâ karşılanmaktadır.</p> <p>Tam Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütlerinin hepsi önceden karşılandıktan sonra artık tanı ölçütlerinden hiçbiri uzun bir süredir karşılanmamaktadır.</p>
--

2.7.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

AN en sık orta ve geç ergenlik döneminde görülmesine rağmen çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerin artan farkındalığına ve tedaviye ilişkin bilgilerine bağlı olarak çocukluk çağında da daha çok tanı konulur hale gelmiştir.

Daha küçük yaşta tanı alan olguların daha kötü prognoza sahip olduğu, daha hızlı kilo kaybının ve daha yaygın psikopatoloji varlığının eşlik ettiği bildirilmektedir. Ayrıca bu hastalarda dehidratasyon gibi medikal komplikasyonların daha belirgin olduğu da raporlanmıştır (55).Yapılan çalışmalar, çocukluk çağındaki AN prevalansının son 20 yılda artış gösterdiğini ve AN başlangıç yaşının daha küçük yaşlara kaydığını göstermektedir (56, 57). AN kadınlarda daha sık görülmekte olup klinik çalışmalar kadın erkek oranının 10/1 olduğunu göstermektedir (51). DSM-5'te amenore kriterinin de çıkarılmasıyla birlikte son yıllarda erkeklerde de AN tanısı yaygınlaşmıştır. Kadınlardaki beden algısındaki bozulma, sıklıkla zayıf görünmeyle ilgiliyken erkelerdeki bozulmuş beden algısı daha çok kaslı bir yapıya sahip olmak üzerinedir. Erkekler kaslı bir vücut yapısına sahip olmak için katı bir egzersiz ve diyet programı uygulayabilmekte bunun yanı sıra anabolik steroidler gibi ilaçlar kullanabilmektedir (16). Yapılan çalışmalarda, kaslı görünüme yönelim ile YB patolojisi arasında bağlantılar olduğu gösterilmiştir (16).

Birleşik Krallık'ta yapılan bir kohort çalışmasında, eşcinsel ve biseksüel erkek çocukların, heteroseksüel olanlara oranla 12,5 kat daha fazla YB semptomları olduğu belirlenmiştir (58). YB'lerin insidansını değerlendiren toplum çalışması sayısı azdır. AN sıklığına ilişkin yapılan çalışmalar, bölgelere göre farklı sıklıklar bildirmektedir. Finlandiya'da gerçekleştirilen toplum araştırmalarında, 1990'lı yıllarda 15 ila 19 yaşları arasındaki kadınlarda 5 yıllık izlemde AN geliştirme oranı 100.000 kişide 270 olarak saptanmış olup DSM-IV tanı ölçütlerine göre AN'nin yaşam boyu yaygınlığı %2,2 olarak bulunmuştur (59). 2015 yılında birinci basamaktan elde edilen verilere göre bir yıllık prevalans kız ergenlerde 0,3-0,9, erkek ergenlerde ise 0,1-0,3 olarak verilmiştir (11). Almanya'da yapılan kesitsel bir çalışmada ise ortalama yaşı 13 olan kadınlarda AN prevalansı %0,6 olarak bulunmuştur (60).

AN'nin etiyolojisi karmaşık ve çok faktörlüdür. Genetik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin rol oynadığı ortaya konulmuştur. Son literatür; kalıtımın,

bilişsel esneklik ve merkezi tutarlılıktaki zayıflığı içeren nöropsikolojik riskin ve sosyal bilişteki mükemmeliyetçiliğin rolünü vurgulamaktadır. Aile ve akran ilişkileri, benlik saygısı ve başa çıkma tarzı gibi sosyokültürel faktörlerin, medyanın ve diğer kültürel etmenlerin etkisi daha fazla öne çıkmaktadır (61).

2.7.3. Klinik Özellikler

AN'si olan ergenler genellikle dramatik kilo kaybı veya yetersiz büyüme nedeniyle hekime başvururlar. AN, hemen her zaman diyetle başlamaktadır. Tüm besin gruplarının veya günlük alınan kalori miktarının kısıtlanması ve farklı yemek ritüellerinin geliştirilmesi sık görülmektedir. AN'si olan kişiler 'iyi' ya da 'kötü' şeklinde gıdaları sınıflandırarak seçici beslenebilir, daha önceden sevdikleri yiyecekleri yemeyi reddedebilir ve sıklıkla aileleri veya arkadaşlarıyla birlikte yemek yemekten kaçınabilirler. Çok yavaş yemek yeme, yemeği çok küçük lokmalara bölerek yeme, kalori sayma, gün içerisinde sık sık tartılma, vücut şekillerindeki değişimi değerlendirmek için sık aynaya bakma ve yağlı yemekten özellikle kaçınma sıklıkla görülmektedir (11, 62). AN kliniğinde %30-80 oranında ağır egzersiz yapmanın eşlik ettiği bildirilmiştir (62, 63).

AN'li hastalarda aynı zamanda beden algısı da bozulmuştur. Beden algısında bozulma, tüm bedenin olduğundan daha kilolu algılanması şeklinde olabileceği gibi özellikle uyluk ve bel bölgesi olmak üzere bazı vücut kısımlarının daha kilolu olduğunu düşünme şeklinde de olabilir (11).

Diğer psikiyatrik hastalıklar da AN'ye eşlik etmektedir. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, en az bir komorbid psikiyatrik hastalığın yaşam boyu görülme oranı %45 ve %97 arasında değişmektedir. En yaygın eşlik eden bozukluklar arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu yer almaktadır. Hastalar çökkün ruh hali, sosyal geri çekilme, anhedoni, düşük benlik saygısından yakınabilirler. Standart depresyon evanterlerinde genellikle orta puan alırlar ve çok sayıda çalışmada da depresyon ile AN semptomları arasında ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca AN'li bireylerin yaklaşık yarısında öz kırım düşüncesi olabilmektedir, AN hastalarında obsesif kompulsif

kişilik bozukluğuyla ilişkili mükemmeliyetçilik ve çekingen kişilik bozukluğunu içeren C tipi küme kişilik bozukluklarının olduğu belirtilmiştir (64-66).

2.8. Bulimiya Nervoza

2.8.1.Tanım ve Tanı Ölçütleri

Kilo ve vücut yapısına takıntılı olma, kilo almaktan korkma, tekrarlayan kontrol kaybının olduğu aşırı yemek yeme epizodları ile karakterize bir durum olan BN, ilk kez 1979'da İngiliz psikiyatrist Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır. Yunanca 'bir boğayı yiyebilecek kadar açlık' anlamına gelmektedir. İlk tanımlandığında 'AN'nin varyantı' olarak değerlendirilmiş olup daha kötü tedavi yanıtına sahip olduğu belirtilmiştir. İlerleyen yıllarda BN'nin AN'den farklı bir hastalık olduğu görüşü kabul olmuştur. BN ilk kez 1980 yılında DSM-III ile ayrı bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır (67).

DSM-5'e göre BN'nin 3 temel tanı kriteri vardır: 1) Tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, 2) Kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz ödünleyici davranışlar, 3) Beden şekli algısında bozulma ve kilo alma korkusu (10). DSM-5 ile BN tanı ölçütlerinde birkaç değişiklik olmuştur. Tıknırcasına yeme atakları ve ödünleyici davranışların sıklığına yönelik tanısal eşik değer haftada ikiden bire düşürülmüştür. DSM-IV'teki çıkartma davranışı olan ve olmayan şeklindeki alt tipler kaldırılmıştır ve uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre hastalık hafif (haftada 1-3 kez), orta (haftada 4-7 kez), şiddetli (haftada 8-13 kez) ve çok şiddetli (haftada 14 ve daha fazla) olarak kategorize edilmiştir. DSM-5 BN tanı ölçütleri, klinik ağırlık sınıflandırması ve alt kategorileri Tablo 7'de gösterilmiştir (10, 67).

Tablo 7: DSM-5'e göre Bulumiya Nervoza Tanı Ölçütleri, Alt Kategori ve Klinik Ağırlığı

<p>A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, belirli bir zaman biriminde yeme. 2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması. <p>B. Kilo almaktan sakınmak için kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.</p> <p>C. Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.</p> <p>D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.</p> <p>E. Bu bozukluk yalnızca anoreksiya nervoza dönemlerinde ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>Alt Tipler;</p> <p>Tam olmayan yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da, bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.</p> <p>Tam yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.</p> <p>Klinik Ağırlığı;</p> <p>Ağır olmayan: Ortalama haftada 1- 3 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması</p> <p>Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması</p> <p>Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması</p> <p>Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması</p>
--

2.8.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

BN'nin prevalansı %0,9 ile %3 aralığında olup ortalama başlangıç yaşı 16-17 yaşları arasındadır (62, 67). Kadınlarda erkeklerden üç kat fazla görülmektedir ve kadınlarda %0,9-1,5, erkeklerde ise %0,1-0,5 oranında bildirilmiştir (68). Finlandiya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada da insidansı 16 ila 20 yaşları arasındaki 100,000 kadında 200 olarak bulunmuştur (69). ABD'li ergenlerin toplum temelli incelendiği bir örnekte, 13-18 yaş arası kadın ve erkeklerde yaşam boyu BN prevalansı sırasıyla %1,3 ve %0,5 olarak tespit edilmiştir(64). Yine ABD'de 20

yaşlarında 496 kadın ergenin 8 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada, BN için yaşam boyu yaygınlık %1,6 olarak saptanmıştır (70).

BN etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, çevresel etkiler ve psikolojik özelliklerin bir kombinasyonunun rol oynadığı düşünülmektedir. İkiz çalışmaları BN'nin kalıtsal olarak aktarımının %28 ile %83 arasında olduğunu göstermiştir (67). Yapılan bir çalışmada; beden memnuniyetsizliği, zayıf beden arzusu, olumsuz duygulanım, diyet yapma ve fazla yemenin BN'yi öngören faktörler olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında çocukluk çağında cinsel istismarın ve aile içi dinamiklerin de BN gelişimine katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (67, 71, 72).

BN olgularının büyük kısmında ek bir psikiyatrik tanı eşlik etmektedir. Büyük bir epidemiyolojik çalışmada BN'li bireylerin %50'sinde duygudurum bozukluğu, %66'sında anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki ergenlerin yarısından fazlasında öz kırım eğilimi olduğu, üçte birinden fazlasında da öz kırım girişimi olduğu tespit edilmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda BN ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu arasında da belirgin ilişki saptanmıştır (11).

2.8.3. Klinik Özellikler

BN'de kontrol kaybının eşlik ettiği bir kişinin tüketebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği, belli bir süre içerisinde tüketme ile giden yeme atakları söz konusudur. Yeme atakları genellikle birey yalnızken ve gizli olarak gerçekleştirilir. Buna örnek olarak anne-baba evde yokken ya da gece evdeki kişiler uykudayken yapılması verilebilir. Bu yeme ataklarını çoğunlukla yaşam stresi, can sıkıntısı, olumsuz duygulanım gibi durumlar tetiklemektedir. Yeme atağının hemen sonrasında geçici bir rahatlama olabilse de bu durumu mutsuz hissetme ve kendini suçlama takip eder. Bireyler yeme ataklarından sonra kilo alma korkusu nedeniyle ödünleyici uygunsuz davranışlarda bulunurlar. Bu uygunsuz davranışlar; kendini kusturma, laksatif ve diüretik gibi ilaçların kötüye kullanımı, uzun süreli aç kalma ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlardır. BN'li bireyler genellikle normal ya da normalin üzerinde kiloya sahiptirler ve kısıtlı beslenme davranışı ön planda değildir. BN'li bireyler belirtilerini sosyal dışlanma, küçümsenme gibi endişeler nedeniyle gizledikleri için geç tanı alma ya da hiç tanı almama riski altındadır (11, 67, 73).

2.9. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) Tanım ve Tanı Ölçütleri

Tıkınırcasına yeme, nesnel olarak fazla miktardaki gıdanın (benzer koşullarda çoğu insanın tüketebileceğinden çok daha fazla miktarda) kontrol kaybı ile tüketimidir. TYB tekrarlayan yeme atakları ile karakterize olan bir YB'dir. İlk olarak Albert Stunkard tarafından 1950'lerde tanımlanmış olup 2000 yılında revize edilmiş DSM-IV-TR'deki yeme bozuklukları sınıflandırmasında "başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları" başlığı altında yer almıştır. 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te ise resmi ve ayrı bir tanı olarak kabul edilmiştir. TYB tanısının konulabilmesi için son üç ayda ortalama olarak haftada en az 1 kere, kontrol kaybının eşlik ettiği çok miktarda yiyecek tüketiminin olduğu aşırı yeme atakları olmalıdır. TYB'nin BN'den ayırt eden özelliği tıkınırcasına yeme ataklarından sonra kendi kendini kusturmanın, diüretik ilaç ya da laksatif kötüye kullanımının, aşırı egzersiz gibi uygunsuz ödünleyici davranışların olmamasıdır (74, 75). DSM-5'e göre TYB tanı ölçütleri, alt kategorileri ve klinik ağırlığı Tablo 8'de sunulmuştur (10).

Tablo 8: DSM-5'e Göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

<p>A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile ilgilidir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği belirli bir zaman biriminde yeme 2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması <p>B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Olağandan çok daha hızlı yeme 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme 4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme 5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma <p>C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.</p> <p>D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.</p> <p>E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>Alt Kategoriler</p> <p>Tam olmayan yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.</p> <p>Tam yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.</p> <p>Klinik Ağırlık</p> <p>Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez tıkınırcasına yemenin olması</p> <p>Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez tıkınırcasına yemenin olması</p> <p>Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez tıkınırcasına yemenin olması</p> <p>Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması</p>
--

2.9.1. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

TYB hakkındaki bilgiler sınırlı olmakla beraber son dönemlerde tanı sınıflamasına girdiği için epidemiyolojik çalışmalar da sınırlıdır. Ergenlerde, DSM-5 kriterlerine göre prevalansın %1-5 arasında değiştiği belirlenmiştir (76). Avustralyalı ergen ve yetişkinleri içeren toplum temelli bir çalışmada, DSM-5 tanı ölçütlerine göre TYB yaygınlığı %5,6 olarak saptanmıştır (77). Kızlarda erkeklerden daha sık görülmesine rağmen TYB erkek YB'ler arasında en yüksek prevalansa sahip olanıdır. AN ve BN ile karşılaştırıldığı zaman daha dengeli bir cinsiyet dağılımı, daha yüksek obezite oranları, daha genç başlangıç yaşı olmak üzere daha farklı bir sosyodemografik profil görülmektedir (74, 75).

Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörleri içerdiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, genetik bir temele dayandığını düşündürmektedir. Gen çalışmalarında dopamin ve opioid reseptör genlerinin rol oynadığı gösterilmiştir. Geçmişe dönük olarak yapılan çalışmalarda da olumsuz duygulanım, mükemmeliyetçilik, davranış problemleri, madde kullanımı, çocukluk dönemi obezitesi, aile içi çatışma ortamı varlığı, fiziksel ve cinsel istismarın TYB riskini arttırdığını göstermektedir (75). Genç kadınlarda TYB başlangıcını tahmin etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, aşırı yeme, beden memnuniyetsizliği ve ruh sağlığı bozukluğu olmasının risk faktörleri olduğu ortaya konmuştur (71).

2.10. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu Tanım ve Tanı Ölçütleri

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirli özelliklerinin baskın olduğu ancak bu tanı kümesindeki ölçütlerinin herhangi birinin tam karşılanmadığı durumlar bu kategori altında sınıflandırılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin bütün tanı ölçütleri klinisyenlerce belirlenemediğinde veya daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda da (örneğin acil servis) kullanılabilir (10).

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

2) Bulimiya nervroza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama haftada bir kereden daha az ve/veya üç aydan daha kısa süreli olması dışında BN'nın bütün tanı kriterleri karşılanır.

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

4) Çıkarma bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için tıkınırcasına yeme olmadan yineleyen çıkarma davranışı (örneğin kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı) varlığında tanımlanır.

5) Gece yemek yeme bozukluğu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri vardır. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, TYB ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna veya bir ilacın etkisine bağlanamaz.

2.11. Yeme Bozukluğu Şüphesi Olan Hastaların Klinik Değerlendirilmesi

2.11.1. Öykü Alma

YB'ler ergenlerin yaşamını birçok yönden etkileyen karmaşık ve çoklu organ tutulumu ile giden hastalıklardır. Erken dönemde ve uzun dönemde birçok tıbbi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlar yaşamı tehdit edebilecek boyutta olabilmektedir. Bu nedenle YB'lerin tanınması ve multidisipliner bir ekip

tarafından yönetilmesi son derece önem arz etmektedir. Bir klinisyen YB'den şüphelendiği zaman bireyin tıbbi durumunun yanı sıra menstrüel, psikiyatrik ve aile öyküsü gibi hikâyenin diğer yönleriyle ilgili sorular da dâhil olmak üzere derinlemesine öykü almalı (Tablo 9) ve hasta için risk faktörleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaya çalışmalıdır(18, 78).

YB olan bir ergenden öykü almak her zaman çok kolay olmamaktadır. Bu döneme özgü bilişsel gelişimdeki özellikler sebebiyle vücut şeklinin algılanmasında veya vücut şeklindeki değişikliklerin farkında olma konusunda kısıtlılıklar olabilir. Sıklıkla ergenler YB olduklarını kabul etmeyebilir ve profesyonel bir yardım arayışına girmeyebilir. Doktora başvuru genellikle ebeveynlerin zoru ile ya da gelişen tıbbi komplikasyonlar nedeniyle olmaktadır. Bu nedenle YB olan bir ergen ile görüşme yapılırken öncelikle ergen ve ebeveynlerle birlikte görüşme yapılmalıdır. Bu sayede ergenlerin görüşme sırasında dile getirmeyeceği hususlar ebeveynlerden öğrenilebileceği gibi ergenin ebeveynleriyle ilişkisi de gözlemlenebilmektedir. Ergenle ayrıntılı görüşme yapıldıktan sonrasında aile ve ergenle birlikte görüşme yapılmalıdır. Bu sayede ergenle yapılan görüşmede cevaplanmayan sorular gözden geçirilmeli ve ergenin verdiği bilgilerin doğruluğu değerlendirilmelidir. Bu görüşmeler yapılırken ergenlerle görüşen hekimler net, anlaşılır bir üslupla hastalara yaklaşmalı ve ayrıntılı öykü almalıdır. Görüşme sırasında ergen için güvenli bir alan oluşturulmalı ve ergenin kendini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Böylece öykü almak daha kolay olacaktır. Öykü alınırken ergenin VA hikâyesi, vücudunu nasıl bulduğu (beden algısını ortaya koymak için), yeme davranışlarıyla ilgili doğru bilgiyi ortaya koyabilmek için kilolarını kontrol etmek adına yiyecek kısıtlama, egzersiz, tıknırcasına yeme davranışının sorgulanması, tıknırcasına yeme atakları var ise tetikleyici faktörlerin sorgulanması, çıkarma davranışı olan ergenlerde bu davranışların sıklığı ve kullandıkları yöntem sorgulanmalıdır. Ergenlerin 24 saatlik beslenmesi de sorgulanmalıdır. Bu sayede tüketilen besin çeşitliliği, miktarı ve yeme davranışları hakkında fikir sahibi olunabilir (18, 78).

Menstürel hikâye, ergen kızlarda sağlık durumunun önemli göstergesi olup Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği tarafından ergen muayenesinde 'beşinci vital bulgu' olarak sorgulanması gerektiği vurgulanmaktadır (79). Bir ergen kızın son adet tarihi ve adet görmeyi kaybettiği VA

sorgulanmalıdır. YB olan ergenlerde olası tıbbi komplikasyonlara yönelik ayrıntılı tıbbi öykü alınmalıdır. Ayrıca sık görülen belirti ve bulgular sistem sorgulamasıyla detaylı olarak gözden geçirilmelidir. Eşlik edebilecek psikiyatrik komorbiditelerin artmış olması nedeniyle ayrıca ayrıntılı psikiyatrik öykü alınmalıdır.

Ergenlik döneminin özellikleri düşünüldüğü zaman ergenlerden ayrıntılı ve doğru bir psikososyal öykü alınmasının ne kadar önemli olduğu anlaşılabilir. Ergenlerde YB'lerin yaygın olması, ciddi tıbbi ve psikolojik sonuçlarının olması, ergenlik dönemimin sağlıklı beslenme davranışları açısından riskli bir dönem olması nedeniyle sağlık profesyonellerinin risk faktörlerini fark etmeleri ve hastalarında YB'leri taramaları zorunludur (62).

Bu husus da ergenden ayrıntılı bir psikososyal öykü alınırken beslenme alışkanlıklarının sorgulanması ile mümkündür. Bu değerlendirme “**HEEADSSS**” envanteri kullanılarak rahatlıkla yapılabilmektedir.

“**HEEADSSS**” envanterinin kullanılmasıyla beraber hekimlerin ergenlerle daha rahat ve sistematik bir şekilde iletişime geçmesi mümkün olur. Akronim; *Home(ev)*, *Education/Employment (Eğitim/İş)*, *Eating (yeme tutumu)*, *Activities (akranlarla aktivite)*, *Drugs (madde kullanımı)*, *Sexuality (cinsellik)*, *Suicide/depression (intihar ve depresyon)*, *Safety (güvenlik)* olarak açılmaktadır (80).

“HEEADSSS” görüşmesi, değinilen konuların sıralaması bakımından beklenen ve daha az tedirginlik yaratan sorulardan, kişisel ve zorlayıcı sorulara ilerlemektedir. Bu sıranın takip edilmesi ergenin güveninin kazanılması ve daha yapılandırılmış bir görüşmenin sağlanabilmesi için önemlidir. “HEEADSSS” görüşmesi mutlaka ergenle yalnız yapılmalıdır. Görüşme başlamadan önce ergene gizlilik ilkeleri ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Görüşme sırasında mutlaka açık uçlu sorular sorulmalı ve kesin yargılardan kaçınılmalıdır. Bazen görüşme sırasında tespit edilen probleme yönelik ayrıntılı değerlendirilme yapılması gerektiğinden dolayı diğer psikososyal gözden geçirmeler yapılamayabilir (18, 78, 80).

Tablo 9: Olası Yeme Bozukluğu Düşünülen Ergenlere Sorulacak Sorular (18)**Kilo ile ilgili öykü alınırken sorulması gereken sorular**

- Şu zamana kadar en yüksek kilonuz neydi? Kaç yaşındasınız?
- Hedef kilonuz var mı? Varsa nedir?
- Ne kadar sürede ne kadar kilo kaybettiniz?
- İdeal kilonuzun ne olduğunu düşünüyorsunuz?

Beden algısını sorgulayıcı sorular

- Gününüzün ne kadarını yiyecek veya vücudunuz hakkında düşünerek geçiriyorsunuz?
- Vücudunuzda hoşunuza gitmeyen bölgeler var mı? Vücudunuzu kontrol etmek için sürekli yaptığınız bir alışkanlığınız var mı?(örneğin tartılmak, sürekli ayna karşında vücudunuzu kontrol etmek gibi)

Diyet hikâyesi

- 24 saatlik diyet geçmişi
- Kalori sayıyor musunuz? Kendine ne kadar kalori tüketmek için izin veriyorsunuz? Hangi gıdalardan kaçınıyorsunuz?
- Yemek yediğiniz için hiç suçlu hissediyor musunuz?

Egzersiz hikâyesi

- Egzersiz yapıyor musunuz? Hangi aktiviteleri yapıyorsunuz? Ne sıklıkla yapıyorsunuz? Egzersiz programınız ne kadar yoğun?
- Egzersiz yapamadığınızda ne kadar stresli hissediyorsunuz?

Tıkanırçasına yeme ve çıkarma

- Hiç tıkanırçasına yemek yer misiniz? Ne tür yiyecekleri ne kadar miktarda ne sıklıkla tüketirsiniz? Yemek yemenizi tetikleyen herhangi bir tetikleyici etken var mı?
- Kusar mısınız? Ne sıklıkla kusarsınız? Yemekten ne kadar sonra?
- Kilo vermek için laksatif/idrar söktürücü/diyet hapı/kafein kullanıyor musunuz? Ne kadar ve ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

Üreme sağlığı

Kadınlar:

- İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz? Adetleriniz düzenli mi ve kaç gün sürer?
- Son adet tarihiniz nedir? Adetinizi kaybettiğinizde kaç kiloydunuz?

Erkekler:

- Libidonuz nasıl?
- Sabah ereksiyonunuz oluyor mu? Bu durumda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Psikiyatrik hikâye

- Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Herhangi bir durumda artan endişe duyma, panik olma bazı durumlara takılı kalma, kendinizi mutsuz hissetme, daha öncesinde zevk aldığınız şeylerden zevk almama durumunuz var mıdır?
- Hiç kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü? Bu ne zaman ve ne sıklıkla oldu? İntihar düşünceniz var mı? Bunun için herhangi bir plan yaptınız mı? Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?
- Önceden psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

Madde kullanımı

- Hiç tütün, alkol veya uyarıcı/uyuşturucu madde kullandınız mı? Hangi maddeleri kullandınız? Ne kadar ve ne sıklıkla kullandınız? Madde etkisi altında bayılma veya kendinden geçme durumu ile karşılaştınız mı?
- Hiç steroid kullandınız mı? Kafein tüketiminiz nasıl? Diğer maddeler?

Aile hikâyesi

- Ailenizde yeme bozukluğu, obezite veya diyet geçmişi olan var mı?
- Geçmişinde depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, madde bağımlılığı veya diğer psikiyatrik hastalığı tanısı olan var mı?

Sistemlerin gözden geçirilmesi

- Baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk
- Solukluk, kolay morarma/kanama, soğuk intoleransı
- Saç dökülmesi, lanugo, kuru cilt
- Kabızlık, ishal, erken dolgunluk, şişkinlik, karın ağrısı, mide ekşimesi
- Çarpıntı, göğüs ağrısı, senkop
- Kas krampları, eklem ağrıları
- Çok ya da az su içme ve çok sık idrara çıkma ya da idrara çıkmama

'HEEADSSS' soruları (18, 80)

Home (ev): Nasıl bir evde kimlerle yaşıyorsunuz? Evde bir tartışma olduğunda ne olur? Evdekilerle iletişiminiz nasıldır? Kendinize ait bir odanız var mı?

Education/Employment (eğitim/iş): Okulda kaçınıcı sınıftasınız? Dersleriniz nasıl?

Activities (Akranlarla aktivite): Hangi aktivitelere katılıyorsunuz? Kitap okur musunuz? Spor yapar mısınız? Hobileriniz nelerdir? Bilgisayar ve televizyon karşısında ne kadar süre geçirirsiniz?

Drugs (Madde kullanımı): Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımınız var mı? Daha önce hiç deneyimlediniz mi? Arkadaş ortamınızda bu maddeleri kullanan var mı?

Sexuality (Cinsellik): Erkekleri, kızları veya her ikisini birden çekici buluyor musunuz? Hiç cinsel birlikteliğiniz oldu mu? Evetse, erkeklerle, kızlarla veya her ikisiyle mi? Oral, vajinal, anal? Prezervatif kullanımı ya da oral kontraseptif gibi herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandınız mı? Cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçmişi açısından semptom sorgulanmalıdır. Hiç istenmeyen cinsel temasınız oldu mu? Fiziksel veya duygusal istismarınız oldu mu?

Suicidality/ (İntihar ve depresyon): Psikiyatrik geçmiş ayrıntılı sorgulanmalıdır. İçe kapanıklık, özellikle son iki haftada kendini nasıl hissettiği, kendinde ya da ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı, intihar düşüncesi olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Safety (güvenlik): Aile içinde, arkadaşlar arasında, yaşanan bölgede veya okulda şiddet ve cinsel istismar konusunda öykü derinleştirilmelidir. Kendinizi yaşadığınız çevrede güvende hissediyor musunuz? Birilerinin size zarar verebileceğini düşünüyor musunuz?

2.11.2. Yeme Bozukluğu Hastalarında Yaygın Görülen Klinik Belirtiler, Tıbbi Komplikasyonlar ve Laboratuvar, Görüntüleme Bulguları

YB'lerin çok sayıda ağır tıbbi komplikasyona neden olduğu bilinen bir gerçektir. YB hastalarında görülen tıbbi komplikasyonlar, klinik belirtiler, laboratuvar ve görüntüleme bulguları Tablo 10'da özetlenmiştir (62, 81-83).

Tablo 10: Yeme Bozukluğu Hastalarında Klinik Bulgular, Fizik Muayene Bulguları, Tıbbi Komplikasyonlar ve Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları

YB Hastalarında Görülen Klinik Belirtiler

- Aşırı zayıf olunmasına rağmen kendini kilolu bulma
- Vücudunu beğenmeme
- Kalori kısıtlaması yapma
- Aşırı egzersiz yapma
- Kilo kaybı ya da alımı
- Yorgunluk
- Terleme, sıcak basması
- Adet düzensizliği
- Libido kaybı
- Göğüs ağrısı
- Çarpıntı
- Çabuk doyma hissi
- Yemek yedikten sonra rahatsızlık duyulması
- Sinirlilik
- Depresif ruh hali
- Unutkanlık

YB Hastalarında Görülen Fizik Muayene Bulguları

- Ciltte kuruluk
- Kaşeksi
- Bozulmuş doğrusal büyüme ve kalıcı kısa boy olasılığı
- Ciltte sararma, ellerde karotenemiye bağlı turuncu renk değişikliği
- El proksimal eklemlerinde nasır ya da skar dokusu (Russel's bulgusu)
- Lanugo tipi tüylenme
- Soğuk cilt
- Yaralarda geç iyileşme
- Purpura (trombositopeniye bağlı)
- Subkonjunktival hemoraji (kusması sırasında artan intratorasik basınca bağlı)
- Dental mine erozyonu
- Dişlerde çürük, kırık
- Üst çene dişlerinde daha belirgin olan perimoliz
- Parotis bezi büyümesi
- Angüler stomatit
- Tekrarlayan farengeal uyarıya bağlı gag refleksinin yokluğu
- Amenore ya da adet düzensizliği
- İnfertilite
- Büyüme hızında yavaşlama
- Hipotansiyon
- Ortostatik nabız değişikliği (nabız farkının 25mmhg dan fazla olması)
- Ortostatik hipotansiyon (tansiyon farkının 10 mmhg'dan fazla olması)
- Perfüzyon bozukluğu
- Kabızlık
- Laksatif kötü kullanımına bağlı ishal, abdominal kramplar
- Poliüri
- Soğuk ve kapiller dolumu azalmış ekstremiteler
- Ayaklarda ödem
- Kas atrofisi
- Subkutan yağ dokusu kaybı
- Beden imajı ile ilgili kaygı
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Anksiyete/ obsesif davranışlar
- İntihara meyilli olma
- Madde kullanım bozukluğu

YB Hastalarında Görülebilen Tıbbi Komplikasyonlar

- Hipotermi(kilo kaybı ile hipotalamik mekanizmaların bozulmasına bağlı ortaya çıkar)
- Kemik mineral yoğunluğunda azalma
- Bradikardi (en sık bildirilen aritmi)
- Artmış kardiyak aritmi riski
- Azalmış sol ventrikül kalınlığı
- Uzamış QTc riski
- Artmış kardiyopmiyopati riski
- Mitral valv prolapsusu
- Pnömomediastinum
- Klinik belirti veya semptomlar olmadan perikardiyal efüzyon
- Özafajit
- Mallory-Weiss yırtıkları
- Gastrik dilatasyon, nekroz
- Pankreatit
- Akut karaciğer hasarı
- Süperior Mezenterik Arter Sendromu
- Şiddetli sıvı kısıtlaması, kusma nedeniyle böbrek yetmezliği
- İdrar konsantrasyon dengesinde bozulma
- Osteopeni (hipoöstrojenemi, D vitamini yetersizliği, artan kortizol düzeyi, düşük IGF-1 değerleri katkı sağlar.)
- Osteoporoz

YB Hastalarında Görülen Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları

- Artmış elektrolit imbalansı (hipomagnezemi, hipofosfatemisi...)
- Düşük tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) seviyeleri
- Hasta Ötiroid Sendromu
- Yüksek Kortizol Seviyeleri
- Leptin Düzeyinin Azalması
- Düşük Seks Hormon Seviyeleri
- Düşük Büyüme Hormonu (GH)
- Düşük İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü (IGF) ekseni
- Dislipidemiler
- Kemik iliği hipoplazisi
- Anemi, trombositopeni, lökopeni
- B12 ve demir eksiliği anemisi
- Sedimentasyon değerinde düşüklük (genellikle 5mm/saatin altındadır.)
- ALT, AST yüksekliği
- Amilaz, Lipaz yüksekliği (kusmaya, pankreatite bağlı)
- Artmış BOS(beyin omurilik sıvısı) seviyesi
- Beyin hacminde azalma
- Korteks hasarı
- Steril piyüri
- Hematüri, proteinüri

YB: Yeme Bozukluğu, ALT: Alanin transaminaz, AST: Aspartat transaminaz, GH: Büyüme hormonu, IGF: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü

2.12. Yeme Bozukluklarının Tedavi Yaklaşımları ve Hastane Yatış Kriterleri

Ergen Sağlığı ve Tıbbi Derneği ('SAHM' "Society for Adolescent Health and Medicine") tarafından 1995 yılında YB'lerin büyüme ve gelişme üzerindeki potansiyel olarak geri dönüşü olmayan etkilerinin, erken teşhisin ve tedavinin mortaliteyi azaltıcı etkisinin ve sonuçları iyileştirdiğine dair kanıtların olması nedeniyle YB olan ergenler için tedavi eşiğinin düşük olması gerektiğini belirten bir bildiri yayımlanmıştır (84). Bu bildiri doğrultusunda çocuklar ve ergenler için hastalığın ciddiyeti, süresi, prognozu ve aile tercihleri göz önüne alınarak tedavi ortamı belirlenmektedir. YB olan ergen hastalar için hastalığın durumuna göre belirlenecek birkaç farklı tedavi ortamı seçeneği vardır. Bunlar: ayaktan takip (poliklinik takibi), günlük programlar/kısmi yatış, konut tedavi merkezleri ve hastaneye yatırılarak izlemdir. Hastalığın hem tıbbi hem de davranışsal bileşenlerinin ciddiyetine ve kronikliğine bağlı olarak tedavi ortamına veya bakım düzeyine karar verilmelidir. Bu tedavi seçeneklerinden ayaktan poliklinik takibi ve yatırılarak tedavi seçeneği dışındakiler ülkemizde bulunmamaktadır. Bu tedavi ortamlarında; medikal izlem, beslenme rehabilitasyonu, ilaç tedavisi, farklı psikoterapi teknikleri veya ilaç ve psikoterapi kombinasyonları uygulanmaktadır (84, 85).

2.12.1. Ayaktan Tedavi

Tanı anında medikal açıdan stabil veya hastaneye yatış sonrası taburcu olan ergenler ayaktan poliklinikte takip edilir. Birçok ergen, sık aralıklarla (akut dönemde haftada 1-3 görüşme) başarılı bir şekilde ayaktan takip edilebilir. Takip sıklığı hastanın kliniğine ve tedaviye yanıtına göre şekillendirilir. Tıbbi olarak stabil olunması ve psikiyatrik riskin yönetilebilmesi koşuluyla etkili yapılan ayaktan izlem, yatırılarak izlem kadar başarılıdır. Bu nedenle yatış endikasyonu olmaması durumunda tedavi, mümkün olduğunca ayaktan yürütülmeye çalışılmalı, ayaktan izlem sırasında hastalığın psikolojik, tıbbi ve beslenme yönlerine odaklanılmalı ve hasta tedavi ekibi tarafından düzenli bir şekilde görülüp değerlendirilmelidir. Tedavi boyunca düzenli aralıklarla multidisipliner tedavi ekibinin bir araya gelerek hastanın durumunu tartışması, tedavi planındaki önemli değişiklikleri birbirlerine iletmeleri ve birbirlerini

desteklemeleri oldukça önemlidir. YB olan çocuk ve ergenlerin izleminde bireysel psikoterapi, aile terapisi ve farmakoterapi gibi yöntemler etkili olmaktadır. AN olan ergenlerin tedavisinde aile terapisinin etkinliğini bireysel psikoterapiler ile karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar, özellikle de, aile odaklı terapinin bireysel terapilerden daha etkili olduğunu göstermektedir (86). Aile terapileri, aile sistemini tedavinin merkezine alırken bireysel terapiler genellikle gelişim sürecinin yaygın temalarını ele alarak YB belirtilerinin giderilmesini hedefler. Aile terapileri terapistin hasta ve ailesiyle aynı oturumda birlikte ya da aileyle ayrı oturumda görüşmesi şeklinde yapılabilmektedir. Aile odaklı terapinin, tedavinin erken döneminde daha hızlı kilo alımına neden olarak daha sonraki dönemlerde hastaneye yatırılma gereksinimini azaltabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (86).

Ayaktan tedavi sırasında en başarılı yöntem olan aile temelli yaklaşım, anne ve babanın tedaviye aktif katılımlarını içermektedir ve üç evreden oluşmaktadır (87):

Vücut ağırlığının yeniden kazanılma evresi olarak da adlandırılan birinci aşamada hekim, ergen ve ailesini hastalığın tıbbi komplikasyonları ve ergenin fiziksel bulguları hakkında bilgilendirir. Gelişme olasılığı olan akut ve kronik komplikasyonlar hakkında bilgi verir. Yaşamsal bulgulardaki değişiklikler, hormon değişiklikleri, kardiyak işlev bozukluğu, bilişsel ve duygusal değişiklikler gibi YB ile ilişkili ciddi malnütrisyon tehlikelerine odaklanır. İlk aşamada, hastanın hedef ağırlığının da belirlenmesi gerekmektedir. Tüm aile bireylerinin birlikte yemek yemesi vurgusu mutlaka yapılmalıdır. Aile bu aşamada, ergenin yeterli beslenmesi ve patolojik kilo verme davranışından uzak durması konusunda sorumluluk alır (85, 87, 88).

İkinci aşama, yeme kontrolünün ergene geri verilmesidir. Hastanın medikal açıdan stabil olması, sabit kilo almaya başlaması ve ailenin ruh halinde değişiklik olması (besin alımı konusunda ergenin kendisi söz sahibi olabildiği için ailenin rahatlaması) ikinci evreye geçiş açısından uygunluğu göstermektedir. Bu tedavi aşamasında hekim ve ebeveynler, ergenin yemek yemeyi daha fazla kontrol altına almasını sağlamaya odaklanmaktadır. Bu dönemde aile ile ergen arasında minimum gerilimle kilo alımı teşvik edilir. Ailenin bu dönemde daha pasif bir rol alması istense

bile yine de ergeni yakından gözlemleri ve ortaya çıkan sorunları ergenle değil hekimle paylaşımları önerilmektedir (85).

Aile temelli yaklaşımda üçüncü aşama, sağlıklı ergen kimliğini oluşturmaktır. Bu aşamada ergen, ideal ağırlığın %95'inden fazlasını kendi başına koruyabildiği ve normal yeme alışkanlığına döndüğü zaman başlamalıdır. Bu evrede tedavinin odağı, YB'nin bireyin sağlıklı bir ergen kimliğini oluşturması üzerindeki etkisine doğru odaklanmaya başlamıştır (85).

Bir sonraki aşamaya geçiş birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörler; hastanın kilo alımı ve hedef ağırlığına ulaşım ulaşmadığı, medikal açıdan durumu, beslenme programına olan uyumu, eşlik eden bulgular, menstruasyon öyküsü, egzersiz yapıp yapmadığı ve yapıyorsa süresi ve sıklığı, kusma, tıkanırcasına yemek yeme ve çıkarma davranışı, diüretik, laksatif kullanımı ve kendine zarar verme düşüncesidir (88).

YB olan hastaların tedavisinde ilaçların rolünü ele aldığımız zaman antipsikotikler sıklıkla anksiyeteyi, ve takıntılı düşüneyi azaltmak ile kilo alımını iyileştirmek amacıyla AN tedavisinde kullanılır. Olgular raporları umut vadetse de ergenlerde yürütülen küçük randomize kontrollü çalışmalarda (89, 90), risperidon ve olanzapinin kilo restorasyonu sırasında ek bir fayda sağlamadığını göstermiştir. Benzer şekilde, AN semptomlarının tedavisini veya nüksetmeyi önlemek için seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'lar) kullanımının yararına dair hiçbir kanıt bulunamamıştır. Antipsikotik ilaçlar ve SSRI'lar daha çok YB'ye eşlik edebilecek psikiyatrik komorbid hastalık varlığında reçete edilmelidir. Bu ilaçlar reçete edilirken düşük kilo ve elektrolit dengesizliği nedeniyle uzamış olabilen QTc aralığını daha da uzatabilecek bir ilaç olup olmadığına dikkat edilmelidir (91).

2.12.2. Yatırılarak Tedavi

Başta medikal olarak stabil olmayan hastalar olmak üzere yatış kriterlerini karşılayan hastalar, pediatri (ya da ergen sağlığı uzmanı), çocuk ve ergen ruh sağlığı ile diyet ve beslenme uzmanının olduğu profesyonel bir ortamda hastane yatışına ihtiyaç duyacaktır. Hastaların hastaneye yatış kriterleri en güncel olarak 2015 yılında Ergen Sağlığı ve Tıbbı Derneği (SAHM "Society for Adolescent Health and

Medicine”) tarafından yayımlanmış olup Tablo 11’de sunulmuştur (86). Bu kriterlerden biri ya da birkaçının olması hastaneye yatış için yeterlidir.

Tablo 11: Yeme Bozukluğu Olan Hastalarda Hastaneye Yatış Kriterleri (86)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ortalama BKİ değerinin yaş ve cinsiyete göre %75’i ya da daha altında olması 2. Dehidratasyon 3. Elektrolit bozukluğu (hipokalemi, hiponatremi, hipofosfatemisi) 4. EKG anormallikleri (örneğin uzamış QTc veya şiddetli bradikardi) 5. Vital bulguların stabil olmaması <ul style="list-style-type: none"> • Şiddetli bradikardi (kalp hızı gündüz <50 atım/dk; gece <45 atım/dk) • Hipotansiyon (<90/45 mm Hg) • Hipotermi (vücut sıcaklığı <35.6°C) • Nabızda ortostatik artış (>20 atım/dk) veya kan basıncında azalma (>20 mm Hg sistolik veya >10 mm Hg diyastolik) 6. Pubertal büyüme ve gelişmede duraklama 7. Ayakta tedavinin başarısız olması 8. Akut yeme reddi 9. Kontrol edilemeyen aşırı yeme ve kusma/ çıkarma atakları 10. Malnutrisyonun akut tıbbi komplikasyonları (örneğin, senkop, nöbetler, kalp yetmezliği, pankreatit vb.) 11. Ayakta tedaviye uyumu bozan veya sınırlayan komorbid psikiyatrik veya tıbbi durum (örn; şiddetli depresyon, intihar düşüncesi, obsesif kompulsif bozukluk, tip 1 diabetes mellitus)
--

EKG: Elektrokardiyografi QTc: Düzeltilmiş QT aralığı BKİ: Beden Kitle İndeksi

2.13. Yeniden Beslenme Sendromu (“Refeeding Sendromu”)

Yeniden beslenme sendromu (YBS); uzun süre yetersiz beslenen hastalarda beslenmenin yeniden başlatılması sırasında ortaya çıkan, ölümcül olabilen metabolik değişikliklerdir. En önemli belirtisi hipofosfatemidir ve nörolojik, kardiyak, hematolojik, nöromüsküler ile pulmoner fonksiyon dâhil olmak üzere birden fazla organ sistemini etkileyebilir. Hipofosfatemisi dışında hipokalemi ve hipomagnezemi gibi elektrolit bozuklukları, sıvı dengesi anormallikleri, değişen glikoz metabolizması

ve tiamin başta olmak üzere belirli vitamin eksiklikleri gibi önemli metabolik sonuçların olduğu ortaya konulmuştur. YBS klinik özelliklerinin parenteral veya enteral beslenmeden sonra görülebileceğini vurgulamak önemlidir aslında anahtar ön koşul, kalori uygulama yolundan bağımsız olarak kronik beslenme yoksunluğunun varlığıdır (92, 93).

YB hastalarında YBS'nin insidansı net olarak ortaya koyulamamıştır. Bu bağlamda toplam 1039 ergen AN hastasının incelendiği bir derlemede, yeniden beslenme döneminde hipofosfatemi insidansı %14 olarak saptanmış olup malnutrisyon şiddetinin daha fazla olduğu ergenlerde YBS riskinin arttığı ortaya konulmuştur. Erişkin AN hastaları ile farklı çalışmalarda hipofosfatemi gelişme oranı %14-33 olarak hesaplanmıştır (94, 95). Bu bağlamda bölümümüzde AN tanısı ile yatışı yapılan 58 AN hastasının dosyalarının geriye dönük olarak tarandığı bir çalışmada; yeniden besleme döneminde hipofosfatemi gelişme oranı %37,5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada hipofosfatemi gelişen grubun yaş ortalamasının daha yüksek, hastalık başlangıcından yatışa kadar geçen sürenin daha uzun, kaybedilen VA miktarının ve yüzdesinin daha fazla ve yatış sırasındaki BKİ z skorunun anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (96).

2.13.1. Yeniden Beslenme Sendromunun Patofizyolojisi

Hasta, azalmış gıda alımı ve açlık nedeniyle katabolik bir durumdayken insülin üretimi azalır, glukagon ve katekolamin üretimi uyarılır. Açlık sırasında da glukoz oksidasyonu azalır ve sadece beyin, renal medulla ve kırmızı kan hücreleri gibi glukoz bağımlı dokularda oksidasyon gerçekleşir. Glikojen depoları yetersiz kalınca, glukoneogenez aktive olur ve artmış proteoliz ile salınan endojen amino asitlerden glukoz üretimi başlar. Böylece kas kütlelerinde azalma, fonksiyonel zayıflık ve kilo kaybı meydana gelir. Birkaç gün sonra ise lipoliz artar ve ardından dolaşımda serbest yağ asitleri yükselir. Kandaki serbest yağ asitleri karaciğerde ketogenezi uyarır ve vücut için ana enerji kaynağı haline gelen keton üretimine (özellikle asetoasetat ve beta-hidroksibütirat) yol açar. Uzun süren bu katabolik süreç sonrasında hasta yeniden beslenmeye başladığında ise kan dolaşımında glukoz seviyesi yükselir ve yanıt olarak insülin salgısı artar. Artan insülin seviyesi hem doğrudan etkiyle (sodyum-potasyum ATPaz pompasının uyarımı ile) hem de yaygın glukoz ihtiyacı nedeniyle (glukozun

fosforilasyonu) fosfor ve potasyumu hücre içine yönlendirerek serum elektrolit düzeylerinde azalmaya yol açar ve YBS'nin klinik belirtileri ortaya çıkar (92, 93, 97).

YBS'de görülen elektrolit bozuklukları ve klinik belirtiler Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12: Yeniden Besleme Sendromunda Görülen Elektrolit Bozuklukları ve Klinik Özellikleri (92, 93)

YBS'de Görülen Elektrolit Bozuklukları ve Klinik Özellikleri				
Hipofosfatemi	Hipokalemi	Hipomagnezemi	Vitamin/Tiamin Eksikliği	Sodyum retansiyonu
Bozulmuş oksijen transportu	Mide bulantısı	Güçsüzlük	Ensefalopati	Volüm artışı
Bozulmuş kardiyak fonksiyon	Kusma	Kas seyirmesi	(Wernicke-Korsakoff)	Pulmoner ödem
Bozulmuş diafragma kontraksiyonu	Kabızlık	Tremor	Laktik asidoz	Kardiyak dekompanasyon
Solunum sıkıntısı	Güçsüzlük	Bozulmuş mental durum	Ölüm	
Parestezi	Paralizi	Bulantı kusma		
Güçsüzlük	Solunum Problemleri	İshal		
Letarji	Rabdomiyoliz	Dirençli hipokalemi ve hipokalsmi		
Sommolans	Kas nekrozu	EKG değişiklikleri		
• Konfüzyon	Miyokardiyal kasılmada değişiklikler	Kardiyak aritmi		
• Huzursuzluk	EKG değişiklikleri	Konvülsiyon		
• Ensefalopati	• Kardiyak aritmi	• Nöbet		
• Paralizi	• Ani ölüm	• Koma		
• Nöbet, koma, ölüm		• Ölüm		

2.13.2. Yeniden Beslenme Sendromunun Önlenmesi ve Yönetimi

YBS'nin önlenmesi ve tedavisinde temel prensip; YBS geliştirme riski olan hastaların belirlenmesi, besin alımının ve sıvı-elektrolit dengesinin deneyimli multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmesidir. İdeal beslenme rejiminin hızı ve içeriğiyle ilgili çok farklı görüş vardır ancak literatürde bunları destekleyecek nitelikli kanıt az sayıdadır (92, 93).

Yeniden beslenen tüm hastalar YBS geliştiremez. Durumun farkında olmak ve oluşumunu en aza indirmeye yardımcı olmak için sorunları önceden tahmin etmek önemlidir. YBS geliştirme riski yüksek olan hastalar belirlenmeli (Tabloda 13'te sunulmuştur) ve yeniden beslenme döneminin başlangıcından itibaren dikkatli olunmalıdır. Risk altındaki hastaların, özellikle yaşamsal işlevlerinin, sıvı dengesinin ve magnezyum ve fosfat dâhil plazma elektrolitlerinin yakından izlenmesi önemlidir. Hastalar YBS belirti ve semptomları açısından yakından izlenmelidir. Kalp atış hızı, kan basıncı, solunum hızı, zihinsel durum ve nörolojik fonksiyon gibi hayati belirtiler, özellikle hedefe ulaşılan kadar beslenme desteğinin ilk birkaç gününde rutin olarak izlenmelidir. Mümkünse parmak nabız oksimetresi kullanılmalı ve hastalar herhangi bir elektrokardiyografik değişiklik için izlenmelidir. Ek olarak hastalar günlük fizik muayeneler sırasında herhangi bir nöromusküler belirti gelişimi açısından değerlendirilmelidir. Hastalar ayrıca sıvı dengesi, ödem belirtileri, aşırı sıvı yüklenmesi açısından değerlendirilmeli ve düzenli olarak tartılmalıdır. YB olan bireylerde YBS konusunda yeterli araştırma olmaması; YB olan hastaların yönetiminde yeniden beslenme konusunda fikir birliği sağlanamamasına yol açmıştır. Ancak bu konudaki yaygın görüş, hastaların beslenmesine düşük kalori ile başlayarak yavaş yavaş artırılmasıdır (98). YBS riski olan hastalarda beslenme desteğini başlatırken temel kural “düşük seviyeden başlamak ve yavaş ilerlemektir.” Beslenme desteği dikkatli bir şekilde başlatılmalı (örneğin 1. günde tahmini hedef ihtiyaçlarının yaklaşık %25'i) ve 3-5 gün içinde kademeli olarak hedefe yükseltilmelidir. Herhangi bir elektrolit bozukluğu (özellikle hipofosfatemi, hipokalemi ve hipomagnezemi) beslenme desteği başlatılmadan önce düzeltilmelidir. Vitamin ve eser element eksiklikleri de düzeltilmelidir (92, 93).

Başlangıç kalorisıyla ilgili çok farklı görüş olmakla birlikte YBS'nin özelliği olan hipofosfateminin, hastaneye yatırılan AN'li ergenlerde yatış sırasında verilen ilk kalorilerden ziyade hastanın kabulündeki malnutrisyonun derecesiyle ilişkili olduğu yapılan bir sistematik derlemede gösterilmiştir. (94, 98, 99). Yakın tarihli bir araştırma (99), YB hastalarında yakın tıbbi izleme daha yüksek kalori ile beslemeye başlamayı desteklemektedir. Çalışmalar, yüksek kaloriyle beslemeye başlamanın YBS oranlarını artırmadan hastanede kalış süresini kısalttığını ve kilo alma oranını artırdığını göstermektedir (86, 99). Yeniden besleme uygulamaları ve fosfor takviyesi

protokolleri klinikler arasında değişkenlik göstermektedir. Özellikle en ağır beslenme yetersizliği olanlara yönelik uygulanacak protokoller konusunda kanıtlar yetersizdir. Haftalık 1-2 kg kilo alımının kardiyovasküler iyileşmeyi sağladığı gösterilmiş olmakla birlikte tüm fizyolojik parametrelerin normal değerlere dönmesi için gereken sürenin oldukça değişken olduğu düşünülmektedir (86).

Tablo 13: Yeniden Beslenme Sendromu Gelişimi Açısından Riskli Gruplar (92-94, 97, 100)

- Anoreksiya Nervoza hastaları
- BKİ <%70 olan YB hastaları
- Yeniden Besleme Döneminden Önce Elektrolit Bozukluğu Olanlar
- Marasmus/ Kwashiorkor hastaları
- 7 ila 10 gün süresince hiç beslenemeyen bireyler
- Kanseri, kardiyak hastalık, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik malnutrisyona neden olabilecek hastalıklara sahip bireyler
- Belirgin kilo kaybı olan bireyler
- Kronik alkol tüketimi

2.14. COVID-19 Tanımı, Klinik Özellikleri ve Bulaş Yolları

COVID-19'un ana klinik semptomları; ateş, kuru öksürük, yorgunluk, kas ağrısı ve nefes darlığı olup oldukça bulaşıcıdır (3).

Koronavirüsler, Coronaviridae familyasındaki Orthocoronavirinae alt familyasına ait olan tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Memelileri enfekte ettiği bilinmektedir. İnsan koronavirüsleri ilk kez 1962'de akut üst solunum yolu enfeksiyonunun nedenleri olarak tanımlanmıştır. Koronavirüsler, pozitif sarmallı RNA virüsleri arasında en büyük genoma sahiptir. SARS-CoV-2 replikasyonu, virüsün yüzeyindeki viral spike (S) glikoproteini, konakçı hücredeki tamamlayıcı bir anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2) reseptörüne bağlandığında başlamaktadır. ACE2 reseptörü, akciğerler, böbrekler ve kan damarları dâhil olmak üzere çeşitli organlardaki epitel hücrelerinde eksprese edilmektedir (101).

Hastalığın inkübasyon süresi ortalama 4-6 gün arasında olup Çin'de 291 hasta ile yapılan bir çalışmada inkübasyon süresi ortancası 4 gün olarak bulunmuştur (102).

COVID-19'un klinik özellikleri asemptomatikten hayatı tehdit edici boyutta pnömoniye kadar değişiklik gösterebilen, spesifik olmayan bir yelpazede olup Tablo 14'te özetlenmiştir (101). Klinik olarak koronavirüsler genellikle hafif şiddette bir tablo oluşturmakla birlikte 2002 yılında, Çin'de başlayan ağır solunum yetmezlik sendromu virüsü (SARS) ve 2012 yılında Suudi Arabistan'da fark edilen Ortadoğu solunum sendromu virüsünün (MERS) ciddi klinik tablolara yol açtığı bilinmektedir (101, 103).

Koronavirüsler genel olarak dış ortama çok dayanıklı olmayan virüslerdir. Virüs, ön planda öksürme, hapşırma veya konuşma sırasında ortaya çıkan damlacıklarla yayılmaktadır. Damlacıkla yayılım çoğunlukla aralarındaki mesafe iki metreden az olan bireyler arasında doğrudan doğruya bulaşma ya da enfekte damlacıklarla kontamine olmuş yüzeylere temas sonrasında ellerin gözlere, ağıza ya da buruna götürülmesi ya da aerosoller yoluyla bulaşma gibi bulaş yolları söz konusudur. Virüsün atılımı, solunum yolu, tükürük, dışkı ve idrar aracılığıyla olmaktadır (104). Bu bulaş yolları nedeniyle insanlar arasında fiziksel mesafenin oluşturulması ve ellerin yıkanması en önemli korunma yoludur. Salgının yönetiminde hastaların hızla bulunup izole ve tedavi edilmesi, kaynağın ve temaslıların bulunarak gerekli önlemlerin alınması, toplumda sosyal mesafeyi azaltacak uygulamaların gündeme getirilmesi, seyahatler, toplu taşımaların, toplantıların engellenmesi, iş yerlerinin kapatılması gibi önlemlerin uygulanması önemlidir. Ülkemizde de ilk onaylı koronavirüs vakası, 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir ve bu tarihten itibaren ülke genelinde hastalığın yayılmasını engellemek için pek çok önlem alınmış ve karantina süreci başlatılmıştır (105).

Tablo 14: COVID-19'un Klinik Özellikleri

Hastalık Şiddeti	Klinik Özellikler
Asemptomatik	COVID-19 PCR testi pozitif olup klinik bulgu yoktur.
Hafif şiddette enfeksiyon	Akut üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (ateş, yorgunluk, kas ağrısı, öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı, hapşırık) ya da sindirim sistemi belirtileri (bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal) vardır.
Orta Şiddette enfeksiyon	Belirgin olarak hipokseminin eşlik etmediği pnömoninin olmasıdır.
Şiddetli enfeksiyon	Hipokseminin eşlik ettiği pnömoni tablosudur (spo2<%92)
Kritik hastalık	Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), şok, ensefalopati, miyokard hasarı, kalp yetmezliği, pıhtılaşma bozukluğu ve akut böbrek hasarı gibi ciddi organ tutulumunun olduğu durum.

PCR: "Polymerase Chain Reaction"(Polimeraz Zincir Reaksiyonu), spO2: Kan oksijen saturasyonu

2.14.1. COVID-19 Sürecinde Yeme Bozukluğu Sıklığındaki Değişim

COVID-19 pandemisi kapsamında hem alınan halk sağlığı önlemlerinin hem de hastalığın kendisinin yetişkinler ve ergenler üzerinde pek çok olumsuz ruhsal etkileri olmuştur. İngiltere’de Nisan 2020 tarihinde yetişkinlerle yapılan boylamsal bir çalışmada, pandemi öncesine göre pandemi döneminde ruh sağlığı sorunlarının belirgin arttığı gösterilmiştir. Mayıs 2020’de yapılan sistematik literatür taramasında COVID-19 döneminde anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde artış olduğu, bu durumu kadın cinsiyet, ek psikiyatrik hastalık varlığı ve daha genç yaşta olmanın arttırdığı bulunmuştur (106, 107).

YB ile ilgilenen uzmanlar pandemi sürecinde YB tanısı alanların sayısında artış olacağını, YB belirti ve bulgularında kötüleşme olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ergenlik döneminin mevcut psikososyal gelişim aşamaları nedeniyle daha savunmasız bir grubu temsil ettiği göz önüne alındığı zaman YB olan ergenlerin pandemi sürecinde alınan halk sağlığı önlemlerinden (okulların, spor salonlarının kapatılması gibi...) olumsuz yönde etkileneceklerini öngörmek olasıdır. Normal koşullarda dahi yönetimi zor olan, düzenli klinik takip gerektiren YB’lerin, pandemi döneminde yönetimi daha

da zorlaşmıştır. Bu dönemde, merkezimizde olduğu gibi birçok hastanede yüz yüze tedavilerde kısıtlamalar olmuştur (108).

Yapılan çalışmalardan elde edilen ilk veriler, pandemi sürecinde YB'li ergenlerde kilo vermeyi amaçlayan kısıtlayıcı davranışların arttığını ve YB nedeni ile kliniklere başvuru sayısının pandemi öncesine göre daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (109).

Dünya çapındaki çocuk hastanelerine bakıldığı zaman pandemi döneminde, gerek alınan önlemler gerekse de hastalık bulaşması korkusu nedeniyle genel hasta başvurusu sayısı azalmışken ruh sağlığı kliniklerine başvuru sayısında artış olduğu görülmektedir (110). Bu konuda İspanya'da yapılan bir çalışmada, pandemi sürecinde YB olan hastalarda önceki yıllara göre psikiyatrik komorbiditelerin arttığı ve bu hastalarda hastaneye yatış oranında azalma olmadığı görülmüştür (111). 10 ile 23 yaşları arasında 248 ergen ve genç yetişkinin retrospektif olarak ele alındığı bir çalışmada, Mart 2017 ile 2021 tarihleri arasında sağlık kuruluşuna başvuran, kısıtlayıcı tip YB'si (çoğunluğunu AN oluşturmakta) olan hastalar dâhil edilmiş ve bu hastaların pandemi öncesi ve pandemi sırasındaki sağlık kuruluşuna başvuru sayıları karşılaştırıldığında pandemi sırasında tıbbi başvuru sayısının neredeyse 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (112). Bu bağlamda Pensilvanya'da 12 ila 21 yaşlarındaki ergen YB hastalarına hizmet sunan bir merkezde yapılan değerlendirmede, pandemi öncesi (Nisan 2019-Aralık 2019) ve pandemi sonrası (Nisan 2020-Aralık 2020) karşılaştırıldığında pandemi sonrası dönemde başvuru sayılarının belirgin olarak arttığı bulunmuştur. Bu artış salgının yayılmasını önlemek adına uygulanan sosyal izolasyon kuralları, artan sosyal medya kullanımı, bozulan uyku düzeni ve artan anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (113). Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada, 2020 yılında genel hastane başvurularında düşme saptanırken son üç yıla kıyasla 2020 yılında AN hastalarında beslenme rehabilitasyonu nedeniyle hastane yatışlarının arttığı bulunmuştur (114). Kanada'da yapılan kesitsel bir çalışmada da pandemi sürecinde yeni tanı almış AN ve atipik AN vaka sayısında artış olduğu, pandemi öncesinde tanısı olan bireylerde semptomların kötüleştiği ve pandemideki vaka sayısının daha çok olduğu, bu bağlamda kısıtlamaların daha katı olduğu bölgelerde hastaların semptomlarının daha kötü olduğu ortaya konmuş olup (115) bu artış kısıtlamalar nedeniyle azalan akran iletişimiyle artan sosyal medya kullanımı ile

artan anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif davranışlarla ilişkili bulunmuştur. Nisan 2020-Mart 2021 ve Nisan 2019-Mart 2020 tarihleri arasında Tokyo'da bir üniversite hastanesinin ayakta tedavi hizmeti veren YB kliniğinde, YB'si olan yeni hastaların tıbbi kayıtlarının geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada 2020 yılında 112, 2019 yılında ise 77 hasta tespit edilmiş ve 2020 yılındaki hastaların yaklaşık yarısının hastalık başlangıcı ve gidişatı COVID-19 pandemisiyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca hastalık başlangıcının kümülatif dağılımı açısından 2020 ile 2019 yılları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu çalışma ile de COVID-19 pandemisinin YB prevelansını arttırdığı sonucuna varılmıştır (116). İsraildeki üçüncü basamak bir çocuk hastanesinden yapılan retrospektif çalışmada ise 2015-2019 döneminde yıllık ortalama kabul edilen YB hasta sayısı ile pandeminin ilk 12 ayı boyunca kabul edilen hasta sayısı karşılaştırılmış ve pandemi döneminde 2,4 katlık bir artış olduğu tespit edilmiştir (117).

Ayrıca literatürdeki pek çok çalışmada genel popülasyonda depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk gibi ek psikiyatrik komorbiditelerin artış gösterdiği ve YB gibi altta yatan psikiyatrik bir hastalığı olan kişilerde bu durumun öngörüldüğü gibi daha belirgin olduğu ortaya konulmuştur. Erişkin YB hastası kadınlarla yapılan bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin hem kendisinin hem de neden olduğu kaygı ve stresin, aşırı kilolu kadınların özellikle risk altında olmasıyla birlikte YB'si olan kadınlarda semptomları ve olumsuz beden algısı anlayışını etkilediği görülmüştür (118). Farklı YB tiplerine sahip olan 32 hasta ile yapılan anket çalışmasında, hastaların %38'i artmış YB semptomları ve %56'sı ise artmış anksiyete bildirmiştir (119). Avusturya'dan yapılan bir çalışmada, pandemi öncesi dönemde YB tanısı almış, yaşları 13 ile 18 arası olan ergenlere ve ebeveynlerine pandemi sürecindeki zorluklar ve pandeminin olumlu yanlarını anlamak adına sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen yanıtlardan mevcut tedavilerin kesilmesinin verdiği korku, pandemi sürecindeki pek çok değişikliğin olumsuz yanları olabileceği belirtilse de bu dönemin iyileştirilmiş aile ilişkilerini, daha az stresli olmayı ve öz bakım için daha fazla zamana sahip olmayı içeren olumlu sonuçları da belirtilmiştir (120).

2.14.2. COVID 19 Sürecinde Yeme Bozukluğu Hastalarının Yönetimindeki Değişiklikler

COVID-19 dönemindeki YB semptomlarındaki artış ve tıbbi başvurudaki artış literatürde daha çok pandemi döneminde bulaş riskini azaltmak amacıyla sağlık hizmetlerindeki kısıtlamalarla ilişkilendirilmiştir. Pandemi sürecinde yüz yüze muayene hizmetlerinde azalma olmuş ve sanal ortamda tele muayene sistemine geçilmiştir. Tele tıp, ses ve video ekipmanları kullanılarak uzak mesafeden hasta ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı canlı iletişimidir (121). Tele tıp son zamanlarda sağlık hizmetlerine erişimi arttırabilmek amacıyla pek çok klinisyen tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Tele tıbbın kırsal kesimde yaşayan sağlık hizmetine erişim sorunu yaşayan bireylere sağlık hizmeti sağlanması, ebeveynlerin çocuklarını hastaneye getirmek için iş yerinden izin alma gibi sorunlarını azaltması ve tedaviye daha fazla katılımlarının sağlanması, yine hastane başvurusunu azaltarak acil servislerdeki gereksiz kalabalığı önleme gibi avantajlarının yanı sıra; teknik bağlantı zorlukları, sağlık hizmetleri kapsamında denetimin sağlanabilmesi ve gerekli yasal kuralların gözetlenebilmesi, teknoloji maliyetleri ve sürdürülebilmesi için gerekli olan alt yapının kurulması zorluğu nedeniyle henüz tam olarak geçerliliği sağlanamamış bir sistemdir (122). Tele tıp sistemi ile pek çok hastanın takibi sağlanabilmiş olsa da YB hastalarının klinik değerlendirilmesinin önemli bir parçası olan nabız, kan basıncı gibi vital bulguların izlemi ve EKG, laboratuvar tetkikleri gibi değerlendirmeler eksik kalmıştır. Bu durum da YB hastalarında semptomların kötüye gitmesiyle ilişkilendirilmiştir (112).

Bu bağlamda Kaliforniya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, Mart 2020 tarihi itibarıyla tele tıp ziyaretlerinin sayısı %0'dan %97'ye çıkmış olup YB olan hastalar için psikolojik değerlendirmelerin devamı ve aile üyelerinin tedaviye katılımı gibi olumlu yönleri saptanmıştır. Bu süreçte tele tıp kullanımının olumsuz yönleri olarak gizlilik ilkesinin sağlanmasındaki zorluklar ve hastaların vital bulgularının değerlendirilememesi rapor edilmiştir (123). Benzer şekilde Singapur'un en büyük çocuk hastanesinde bulunan YB Programı'nda takip edilen hastaların COVID-19 pandemisi sırasındaki deneyimlerini paylaştıkları bir çalışmada, bu merkezde birçok

hastanın “Tele tıp” yöntemiyle izlendiği ve “Koronofobi” nedeniyle hastaların gelmek istemediği gösterilmiştir (124).

Çalışmaların pandemi döneminde tele tıp uygulamalarının önemini vurguladığı görülmektedir. Tele tıp hem salgının yayılmasını engellemek konusunda sosyal mesafeyi sağlaması nedeniyle virüs bulaşını azaltmakta hem de hastaların kendilerine uygun bir zamanda istedikleri ortamda hizmet alabilmeleri ayrıca maliyetinin yüz yüze muayeneye göre daha uygun olması nedeniyle avantajlı olabilir (108, 111, 125). Öte yandan Kanada’da yapılan bir çalışmada, özellikle çocuk ve ergenler için gerekli olduğunda yüz yüze tedavinin pandemi sürecinde de devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır (126).

Klinisyenlerin, takipte olan YB hastalarının pandemi süreci gibi belirsizliğini koruyan, tedavilerin aksadığı ve pek çok yaşam tarzı değişikliğini beraberinde getiren bu süreçte medikal ve psikolojik takipleri açısından çevrim içi hizmetlerin sağlık bakımını nasıl etkileyeceğini ortaya koymak amacıyla karantina sırasında ve sonrasında karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyacı olduğu görüşündeyiz.

2.14.3. Yeniden Açılma Döneminde Yeme Bozuklukları

COVID-19 salgını sırasında YB ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok pandeminin erken dönemlerinde olup yeniden açılma döneminde yapılan çalışmaların sayısı daha azdır. Erken dönemde yapılan çalışmalar, YB semptomları ile genel anksiyete oranlarında artış ve yaşam kalitesinde azalma olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların çoğu yetişkin YB hastalarıyla ilgilidir. Ergen YB hastaları için ise bilgiler sınırlıdır ve bu bağlamda ergen çalışmalarına gereksinim vardır (108). Ayrıca yapılan çalışmaların çoğunluğu kısıtlamaların olduğu pandemi başlangıcındaki dönemlerde yapıldığı için pandeminin uzun vadede YB hastalarını nasıl etkileyeceği konusunda belirsizlikler mevcuttur.

Bu bağlamda İtalya’dan 312 YB hastası (çoğunluğu AN) ile yapılan bir çalışmada, pandemi öncesi, karantina sırasındaki ve kısıtlamaların kaldırıldığı (yeniden açılma dönemi) dönemler değerlendirilmiş ve yeniden açılma döneminde genel olarak YB semptomlarında, depresyon ve intihar düşüncesinde kısmi iyileşme görülmüştür. Öte yandan hastaların anksiyete puanında belirgin artış saptanmış ve bu

durum devam eden pandemi süreci, belirsizlik, pandemi nedeniyle yaşanan can ve iş kayıplarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, YB hastalarının uzun vadeli izlenmelerinde de eşlik edebilecek psikolojik durumlar açısından yakın takip edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (127). Londra’da Ocak-Mart 2021 ile Ocak-Mart 2020 tarihleri arasında bir yılda YB nedeniyle tedavi gören hasta sayısında %40’lık bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu artış mevcut salgın sürecinin devam etmesine bağlı belirsizlik nedeniyle artan kaygı ve korkuya bağlanmıştır (128). İrlanda’dan Mayıs 2021 tarihinde yayımlanan bir derlemede YB hastalarının ve ebeveynlerinin bir yıllık süreçteki değerlendirmelerinde 2019 ‘dan 2020’ye kadar YB hastalarında 3 ile 4 kat artış olup bu artışın 2021 yılında da devam ettiği; YB hastalarının ve ebeveynlerinin tedaviye erişim zorluğu, gıda güvencesizliği, aile içi çatışma, COVID-19 ile ilişkili belirsizlik nedeniyle artan kaygı düzeylerinin yanı sıra aile ile daha çok vakit geçirme, sağlıklı olmanın değerini anlama, çeşitli başa çıkma stratejileri geliştirme, evde daha çok vakit geçirmeyle birlikte daha düzenli yemek yeme davranışı geliştirme gibi olumlu yönleri olduğu da belirtilmiştir (129). Cincinnati Çocuk Hastanesi’nde 2021 yılında yapılan bir çalışmada, 8-18 yaş arası AN ve atipik AN nedeniyle hastaneye yatan çocukların karantina öncesi (Temmuz 2017-Mart 2020), karantina sırasında (Mart 2020-Mayıs 2020) ve karantina sonrası yeniden açılma döneminde (Mayıs 2020-Ekim 2020) kaçında hastane yatışı gerektiği ve taburculuk sonrası ne oranda yeniden yatış gerektiği değerlendirilmiştir. Örneklemdaki hastaların büyük çoğunluğunun tanısı AN-RT olmakla birlikte en yüksek yatış oranları pandemi öncesi döneme ait olarak bulunmuştur (%83,4). COVID-19 karantinası sırasında yatış oranı %1,84 iken karantina sonrası %14,72 olarak bulunmuştur. Hasta yaşı açısından COVID-19 öncesi ve sonrası dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak ergenlerin hastaneye yeniden yatış oranlarına bakıldığında ise COVID-19 sonrası karantina sırasında hastaneye kaldırılan gençlerin taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden kabul edilme olasılıklarının, pandemi öncesinde hastaneye yatırılan hastalara kıyasla 8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgiler ışığında COVID-19’un AN ve atipik AN’sı olan ergenlerde hastalığın alevlenmesini arttırdığı sonucuna varılmıştır. Karantina sırasında daha az hasta yatışı ise mevcut hastalık nedeniyle hastaların hastalığa yakalanma kaygıları nedeniyle hastane başvurusunun azalmasıyla ilişkili olarak yorumlanmıştır. Karantina sonrası

dönemde de daha fazla yatış olması ise karantina döneminin AN/Atipik AN de alevlenmeye sebebiyet vermesi nedeniyle olduğu ileri sürülmüştür (130).

Özetle literatürü incelediğimizde şu çıkarımları yapmamız mümkündür: COVID-19 döneminde YB'li hastaları ele alan çalışmalar incelendiği zaman pandemi sürecinde; genel popülasyonda, YB hastalarında, YB semptomlarında ve eşlik eden diğer psikolojik semptomlarda artış olduğu gösterilmiştir. Bu artış hem pandemi kısıtlamaların daha ön planda olduğu erken dönemde hem de yeniden açılma sonrasındaki geç dönemde olduğu bulunmuştur. Bu duruma yol açabilecek etmenler arasında sosyal izolasyonun sağlanması amacıyla alınan önlemler, artan aile içi çatışma, pandemiyle ilgili belirsizlik, tedavi sürecindeki aksaklıklar ve koronavirüs bulaşma korkusu sayılabilir. Bu süreçte geliştirilen başa çıkma stratejileri, aile içi bağlılığın artması, hayatın değerini anlama ve tele tıp yöntemi ile yakın takip edilme gibi etmenlerin ise koruyucu olduğu söylenebilir. Tüm bu nedenlerle pandemi öncesi dönemde de yönetimi zor olan YB hastalarının izlemi ve tedavisi pandemi döneminde daha da zorlaşmıştır. Özellikle pandeminin uzun dönem etkilerinin incelendiği ergen çalışmaları yetersiz sayıdadır. Çalışmamızın literatürdeki bu boşluğu doldurarak klinisyenlere yol göstereceğini umut etmekteyiz.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma prospektif tanımlayıcı bir klinik araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni, Örnekleme, Araştırma Grubu

Bu çalışma başka bir çalışmanın ikinci ayağı olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Mayıs 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında 37 ergenle yapılmıştır. Mayıs 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında yapılan ilk çalışmaya katılan ergen sayısı ise 38'dir. Bir önceki çalışmaya katılan bir ergen bu çalışmaya katılmayı reddettiği için bu çalışma 37 ergen ile yapılmıştır. Çalışmanın verileri Mayıs 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında ilk çalışmadan tam 1 yıl sonra elde edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümlerinde DSM-5'e göre yeme bozukluğu (YB) tanısıyla izlenen, Mayıs 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında pandeminin erken döneminde kısıtlamaların YB olan ergenler üzerindeki etkisini değerlendirmek ve YB tutumunu öngören faktörleri belirlenmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul Komitesi'nden (GO 20/428 numarasıyla) etik kurul onayı alınarak yapılan çalışmaya 12-18 yaş aralığındaki 38 YB tanısı olan ergen dâhil edilmiştir. Çalışmada, hastaların tanı aldığı dönem T0, ilk çalışmanın yapıldığı, ülkemizde kısıtlamaların olduğu erken dönem T1 (Mayıs 2020-Haziran 2020) ve şimdiki çalışmanın verilerin toplandığı geç dönem T2 (Mayıs 2021-Haziran 2021), Aralık 2019 ise pandemi öncesi dönem olarak belirtilmiştir.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 6.04.2021 tarih ve 2021/08-14 karar numarası ile onaylanmıştır.

Çalışmaya dâhil olma kriteri

1. 12-18 yaş aralığında olmak
2. GO 20/428 etik kurul numaralı çalışmaya katılmış olmak
3. DSM-5'e göre YB tanısı ile Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda takipli olmak
4. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

Çalışmaya dâhil olmama Kriteri

1. Ebeveynlerin ya da hastanın çalışmaya katılmak istememesi

3.3. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin sosyodemografik özellikleri ve YB ile ilgili klinik özellikleri için araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu (Ek-1 ve Ek-2) kullanılmıştır. Klinik bilgi formundaki soruların yanıtları için hasta dosyasındaki bilgilerden ve hastane sistemindeki kayıtlardan faydalanılmıştır. Çalışmaya dâhil olma kriterlerini yerine getiren ergenler ve ebeveynleri telefonla aranarak çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya yüz yüze ya da çevrim içi katılım için davet edilmiştir. Yüz yüze katılımı kabul eden katılımcılara ve ebeveynlerine aydınlatılmış onam formları imzalatıldıktan sonra anketler Ergen Sağlığı Polikliniği'nde dağıtılmıştır. Yüz yüze katılımı kabul etmeyen katılımcılar için ise hem ergenlerden hem de ebeveynlerinden sözlü onam alınarak çalışmada kullanılacak anketler çevrim içi olarak gönderilmiştir. Gönüllü katılım formu çevrimiçi anket öncesi sunulmuş olup hem hasta hem de ebeveynden onam alınmıştır. COVID-19 pandemisinin hastalık seyrine etkisini araştırmak için araştırmacılar tarafından oluşturulan anket, katılım durumuna göre yüz yüze ya da çevrim içi olarak uygulanmıştır (Ek-3). Çalışmanın yapıldığı pandeminin geç döneminde ergenlerin iyilik durumunu belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanan soruları içeren bir form uygulanmıştır (Ek-4). COVID-19 pandemi sürecinde ergenlerin genel sağlık ve YB ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için araştırmacılar tarafından oluşturulan 5'li likert tipi soruları içeren bir ölçek uygulanmıştır (Ek-5). COVID-19 pandemisinin yeme tutumu, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon ve kaygı belirtileri

üzerine etkilerini araştırmak için Yeme Bozukluğunu İnceleme Ölçeği (YBDÖ “Eating Disorders Examination Questionnaire” (EDE-Q) (Ek-6), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) (Ek-7), Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ (“Beck Depression Inventory”- BDI) (Ek-8), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE“ State Trait Anxiety Inventory for Children”-STAIC) (Ek-9) kullanılmıştır. Uygulanan bütün bu değerlendirmeler aşağıda detaylı olarak verilmiştir (131-134).

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgileri için sorulan sorular araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Katılımcılara cinsiyetleri, okula devam etme durumları ve aile yapılarıyla ilgili sorular sorulmuştur (Ek-1).

3.3.2. Klinik Bilgi Formu

Klinik bilgi formundaki bilgilere hastaların tıbbi kayıtlarını içeren hasta dosyalarından ve hastane sistemindeki kayıtlarından erişilmiştir. Klinik bilgi formundan katılımcıların DSM-5’e göre YB tanıları, tanı anındaki yaşları, aldıkları kalorileri, vücut ağırlığı (VA) ve beden kitle indeksi (BKİ) değerleri; pandemi öncesi dönemdeki ilk çalışma sırasındaki ve şimdiki çalışma sırasında ölçülen VA ve BKİ değerleri kaydedilmiştir. Pandemi öncesi dönemdeki ve ilk çalışma sırasındaki VA, BKİ değerleri hasta dosyalarından ve hastane bilgi sistemi elektronik kayıtlarından geriye dönük olarak elde edilmiştir. Anketi çevrim içi yanıtlayan ergenlerin VA ve BKİ değerleri ise ebeveynlerinden telefonla aranarak öğretilmiştir. Yüz yüze muayeneyi kabul etmeyen ergenlerin ise 5 tanesinin anketi doldurdıkları andaki vücut ağırlığı ve BKİ değerlerine ulaşılamamış olup 32 ergenin anketi doldurduğu tarihteki vücut ağırlığı ve BKİ değerleri kaydedilmiştir. Hasta dosyalarından ayrıca ergenlerin izlem durumları, izlem sıklıkları, kullandıkları ilaçlar, tele tıp ve yüz yüze muayene durumları ile pandemi öncesi ilk çalışma ve şimdiki çalışmada medikal stabilizasyon sağlanması amacıyla hastaneye yatış gerekip gerekmediği bilgileri kaydedilmiştir (Ek-2).

3.3.3. COVID-19 Pandemi Sürecinin Ergenlerde Yeme Seyrine Etkisini Değerlendirme Anketi

Ergenlere, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 27 tane çoktan seçmeli sorudan oluşan anket yöneltilmiştir. Bu anketteki sorularla COVID-19 pandemisinin YB üzerinde etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu ankette katılımcılara bu süreçte kendilerinin ve aile üyelerinin COVID-19 tanısı alıp almadıkları, bu nedenle hastane yatışı olup olmadığı, aile üyelerinden COVID-19 nedeniyle istihdam kaybına uğrayan birey olup olmadığı sorulmuştur.

Pandeminin okul, arkadaş ve aile üleriyle ilişkilere etkisini değerlendirmek adına da sorular yöneltilmiştir. Yine bu süreçte ekrana maruz kalma süresini, hobilere ve okul derslerine ayrılan vakti sorgulayacak sorular sorulmuştur. Pandemi sürecinin yeme davranışında, YB belirtilerinde, kalori kısıtlaması ve çıkartıcı davranışlar üzerine etkisini değerlendirmek adına sorular yöneltilmiştir. Ayrıca bu süreçte uyku düzenini, yeni gelişen psikiyatrik belirtileri ve sağlık hizmetine erişimdeki engelleri sorgulayacak sorular da sorulmuştur. Ergenlerin bu dönemde tele-tıp hizmeti ile takip edilip edilmediği ve tele-tıp ile yüz yüze muayenenin değerlendirilmesine ilişkin görüşleri de sorgulanmıştır.

Bu anketteki sorulardan; COVID-19 tanısı, COVID-19 ilişkili hastane yatışı ve COVID-19'un istihdam durumuna etkisi, kısıtlayıcı ve çıkartıcı davranışlara olan etkisi, uyku düzeni ve tele-tıp ile yüz yüze muayenenin karşılaştırılması sadece bu çalışma kapsamında sorulmuştur. Bu sorular dışındakiler ise ilk çalışmada da yer almaktadır ve bu sorulara pandeminin erken ve geç döneminde verilen yanıtlar birbirleri ile karşılaştırılmıştır (EK-3).

3.3.4. COVID-19 Döneminde İyilik Durumunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların COVID-19 dönemindeki ruh hallerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan 16 tane çoktan seçmeli soru yöneltilmiştir. Üçlü likert tipi ölçek şeklindeki bu sorulara uygun yanıtın verilmesi istenmiştir. Bu anket ilk çalışmada da aynı şekilde uygulanmıştır. Katılımcıların ilk ve şimdiki çalışmada anket sorularına verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır (EK-4).

3.3.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan, pandemi sürecinde genel sağlık yaşam kalitesini ve YB yaşam kalitesini değerlendirmelerine yönelik likert tipi sorulardan oluşan ölçek uygulanmıştır. 1'den 5'e kadar numaralandırılmış görsel karşılığı olan bu sorular ile pandemi sürecindeki genel ve YB yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sorulara verilen sayı yükseldikçe daha iyi bir yaşam kalitesi olarak değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesine ilişkin ölçek her iki çalışmada da aynı şekilde uygulanmış olup yanıtlar her iki çalışma için karşılaştırılmıştır (Ek-5).

3.3.6. Yeme Bozukluğunu İnceleme Ölçeği (YBDÖ) (“Eating Disorders Examination Questionnaire” (EDE-Q))

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): YBDÖ, orijinal adıyla Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), YB değerlendirme görüşmesinin, kendini bildirim şeklinde uygulandığı bir ölçektir. Fairburn ve Beglin tarafından 1994'te geliştirilmiştir (135). YB psikopatolojisinin belirti şiddetini yansıtan; kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo endişelerinden oluşan dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ayrıca TYB tanısını desteklemek için açık uçlu sorular da bulunmaktadır. Kısıtlama ile ilgili yeme bozukluğu alt ölçeği; aşırı yemenin kısıtlanması, yemek yemeden kaçınma, yiyeceklerden kaçınma, diyet kuralları, midenin boş kalması isteği ile ilgili soruları içermektedir. Diğer pek çok diyet kısıtlaması ölçeğinden farklı olarak YBDÖ'nün kısıtlama alt ölçeği hem davranışsal hem de bilişsel yeme kısıtlamasını değerlendirmektedir. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeğinde; düz bir karına sahip olma isteği, beden şekli ya da kilo ile aşırı zihinsel uğraş, beden şeklinin önemi, kilo alma korkusu, beden şeklinden duyulan hoşnutsuzluk, bedeni görmekten rahatsızlık, yüzleşmekten kaçınma, şişmanlık hissi sorgulanmaktadır. Kilo endişeleri alt ölçeğinde; kilonun önemi, belirlenen kiloya tepki, beden şekli ya da kilo ile zihinsel uğraş, kilodan duyulan hoşnutsuzluk, kilo verme arzusu sorgulanmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeğinde; yiyecek, yeme ya da kalorilerle aşırı zihinsel uğraş, yeme üzerindeki kontrolün kaybı korkusu, gizli yemek yeme, sosyal yemek yeme, yeme ile ilgili suçluluk sorgulanmaktadır. Ölçek 28 soru içermektedir. Son dört hafta içindeki

YB şiddetinin 0-6 arasında işaretlendiği yedi ayrı puanlama bulunmaktadır. Belli bir alt ölçek puanı elde etmek için o alt ölçekle ilgili soruların puanları toplanmakta ve toplam soru sayısına bölünmektedir. Toplam puan için ise 4 alt ölçekten elde edilen puanlar toplanmakta ve alt ölçek sayısına bölünmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe YB şiddeti artmaktadır. Ölçek global puanı 2,3'ün üzerinde puan alan bireylerde klinik olarak bozulmuş yeme davranışı olduğu düşünülür (136). Puanın 4'ten fazla olması bireylerde ise ciddi anlamda bozulmuş yeme davranışı olduğunun göstergesidir (137, 138). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır (131). Türkçe formunun soru sayısı ve alt ölçekleri orijinalinde olduğu gibidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak ve her alt ölçek için 0,70 ve üstü değerlerde bulunmuştur.

3.3.7. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman tarafından 1977 yılında geliştirilen ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini araştırmayı amaçlamaktadır (139). Ölçek; kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekte her madde doğru/yanlış olarak yanıtlanmaktadır. Ölçek, Erol ve Savaşır tarafından yapılan uyarlama çalışmasında 7 madde eklenmesiyle 37 madde olarak yeniden düzenlenmiş ve Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (132). “Doğru” yanıtı 1 puan, “yanlış” yanıtı 0 puandır. Toplam puan her maddeden alınan puan toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 37 arasında değişmekte ve toplam puanın yükselmesi obsesif kompulsif belirtilerin arttığına işaret etmektedir. Kontrol etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku olarak yer alan 4 alt ölçeği vardır. İç tutarlılık katsayılarının tüm test için 0,88 ve alt ölçekler için ise 0,61 ile 0,65 arasında olduğu görülmüştür (Öner, 2012). Ölçek 9 yaş ve üzerindeki çocuklara uygulanabilmektedir.

3.3.8. Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ (“Beck Depression Inventory” - BDI)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından ergen ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında

geliştirilmiştir (140). Hastalığı tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddeye 0-3 arasında puan verilmiştir. Hastalardan içinde buldukları durumu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenilmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü gözden geçirilerek şiddeti tanımlayan tekrarlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin maddeleri yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Toplam puan olarak 0-9 arası minimal, 10-16 arası hafif, 17-29 arası orta ve 30-63 arası şiddetli belirti şeklinde yorumlanmaktadır. BDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması sırası ile Tegin (1980) ve Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmış ve BDÖ için kesme noktasının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (133).

3.3.9. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ("State-Trait Anxiety Inventory for Children" (STAIC))

Durumluk kaygı; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dâhilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta ve bireyin genel olarak anksiyete düzeyini yansıtmaktadır. ÇDSKE Spielberg tarafından geliştirilmiştir (141). Bu ölçek, kaygı yatkinlığı olması durumunda kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20'şer soruluk çoktan seçmeli Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği şeklinde iki alt ölçeği bulunmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde çocuktan kendini genellikle nasıl hissettiğinin değerlendirip maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenmektedir. Her durumunun 'hemen hemen hiç', 'bazen' ve 'sık sık' olarak belirlenmiş seçeneklerinden 'sık sık' en yüksek puan olan 3 puana, 'hemen hemen hiç' ise en düşük puan olan 1 puana denk gelmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan ise 60'tır.

ÇDSKE'nin Durumluk Kaygı Ölçeği'nde çocuklardan içinde buldukları "o anda" kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenmektedir. Yirmi maddeden oluşan bu ölçek gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygı ile ilişkili duyguların değerlendirilmesini

amaçlamaktadır. Bu duyguların varlığı çocuk tarafından “çok” olarak belirtildiğinde en yüksek puan olan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği’nden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20’dir. ÇDSKE kendi kendine bildirilebilen formda olup bireysel ya da gruplar halinde uygulanabilmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmış olup ÇDSKE’de durumluk kaygı ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,82, sürekli kaygı ölçeğinin ise 0,81 olarak bulunmuştur (134).

3.4. Uygulama

Çalışmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 13 ergen anketleri yüz yüze doldurmayı tercih etmiştir. Bu ergenlere Ergen Sağlığı Polikliniği’nde muayene randevusu oluşturulmuş ve o tarihte başvurularını kararlaştırılmıştır. Ergenlerin muayenesi sırasında da değerlendirilmesi için poliklinik hemşiresi tarafından VA, boyu, ortostatik kan basıncı ve nabız değerleri kaydedilmiştir. Bu bilgiler çalışma için kullanılmıştır. Kalan 24 ergen için Google Formlar üzerinden formlar hazırlanmış ve ergenlerin mail adreslerine gönderilmiştir (142). Yanıtları çevrim içi ortamdan veri formuna kaydedilmiştir. Çevrim içi katılan bu ergenlerin VA ve boy bilgileri ise daha sonra telefonla aranarak ebeveynlerinden öğrenilmiştir. Ancak 5 ergenin ebeveyni bu bilgiyi paylaşmak istemediği için toplamda 32 ergenin güncel boy ve kilo bilgilerine erişim sağlanabilmiştir. Yüz yüze ve çevrim içi katılım sağlayan her ergen için anket sorularının yanıtlanma süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Mayıs 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma grubu 18 yaşından küçük olduğu için ergenlerin hem kendileri hem de ebeveynleri bilgilendirilmiş ve ergenlerin kendilerinden ve ebeveynlerinden aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Araştırmaya özel herhangi bir laboratuvar tetkiki ve radyolojik tetkik istenmemiştir.

3.6. İstatistik Analizler

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 23. versiyon (“Statistical Package for Social Sciences-23”) programına kaydedildikten sonra grupların genel özellikleri için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma,, normal dağılmayan sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum), birinci ve üçüncü çeyrek değerleri şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı (n) ve yüzdesi (%) olarak gösterilmiştir.

Nicel değişkenlerin dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ve grafiksel yöntemler (histogram, kutu-çizgi grafiği) ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. İki bağımlı grup arasında nicel değişken bakımından fark olup olmadığı Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testiyle ikiden fazla bağımlı grup arasında nicel değişken bakımından fark olup olmadığı Friedman Testi ile değerlendirilmiştir. İki bağımlı yüzde arasında fark olup olmadığı McNemar Testiyle ikiden fazla bağımlı yüzde arasında fark olup olmadığı Marjinal Homojenlik Testi ile incelenmiştir. İki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U Testiyle ikiden fazla bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalar Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. İki bağımsız nitel değişken arasındaki ilişkiler Pearson Ki-kare Testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, grupların dağılımı normal olması normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması; depresyon, kaygı, obsesyon ve YBDÖ toplam puanı ile korele olmadığı için yaşa göre düzeltme uygulanmamıştır.

YB belirti şiddetini yordayan etkenlerin araştırılması için Doğrusal Regresyon Çözümlemesi testleri kullanılmıştır. Varsayımlar (artıkların normalliği, çoklu bağlantı sorununun olmaması gibi) incelenerek varsayımları sağlayan, klinik açıdan uygun bir model elde edilmiştir.

Tüm testlerde $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Değişkenler ve Demografik Özellikler

Bu çalışmaya önceki çalışmaya katılan 38 YB tanısı olan ergenden 37'si (%97,3) katılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu kadın cinsiyettedir (%94,6, n=35). En yaygın olan tanı Anoreksiya Nervosa Kısıtlayıcı Tip (AN-KT) olup (%67,5, n=25), bunu AN Tıkınırcasına yeme-Çıkartma tipi, “Binging-Purging” (AN-BP) (%13,5, n=5), Atipik AN (%8,1, n=3), Bulumiya Nervosa (BN) (%8,1, n=3) ve Belirlenmemiş Beslenme ya da YB (“Unspecified feeding or eating disorder ” (UFED) (%2,7, n=1) takip etmiştir. Yaş ortalaması tanı anında $15,6 \pm 1,6$ yıl (12,1-17,7 yıl), ilk çalışmada $16,52 \pm 1,68$ yıl (12,3-19,08 yıl), şimdiki çalışmada ise $17,9 \pm 1,68$ yıldır (14,00-20,08 yıl). Çalışmaya katılan ergenlerin büyük çoğunluğu çekirdek tip aile yapısına sahiptir (%67,6, n=25). Bu çalışmada okula yüz-yüze devam etme durumu değerlendirildiğinde ise sadece 2 (%5,4) ergenin okula devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Ergenlerin demografik ve tıbbi bilgileri Tablo 15’te verilmiştir.

Verilerin daha homojen değerlendirilmesi adına sadece AN-RT ve AN-BP grubunun vücut ağırlığı (VA), BKİ değerleri de pandemi öncesi, tanı anında, ilk çalışmanın yapıldığı zamanda ve şimdiki çalışmada karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmeye AN-RT tanısı olan 24 ergen, AN-BP tanısı olan 7 ergen dâhil edilmiştir. Pandemi öncesi dönem için 2, şimdiki çalışma için ise 5 ergenin vücut ağırlığı ve BKİ değerlerine erişilememiştir. Sadece AN tanılı ergenlerin vücut ağırlığı ve BKİ değerleri Tablo 16’da verilmiştir.

AN tanılı ergenlerin VA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup bu farklılığı tanı anındaki VA sağlamaktadır ($p < 0,001$). Ergenlerin VA tanısından pandemi öncesi döneme, ilk çalışmaya ve şimdiki çalışma dönemlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Pandemi öncesiyle ilk ve şimdiki çalışma dönemlerindeki VA arasında ise fark tespit edilmemiştir ($p > 0,999$, $p > 0,999$, $p > 0,999$). Katılımcıların BKİ değerlerine bakıldığında ise tanı anında ortanca değeri 17,1 (15,6-18,5), pandemi öncesi 18,8 (17,3-20,2), ilk çalışmada 18,8 (17,0-20,9), şimdiki çalışmada ise 18,6 (17,0-21,1)’dir. Katılımcıların BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş

olup bu farklılığı tanı anındaki BKİ değeri sağlamaktadır ($p=0,00$). Pandemi öncesi dönemle ilk çalışmadaki BKİ değerleri arasında, pandemi öncesi ve şimdiki çalışmadaki BKİ değerleri arasında ve ilk çalışmadaki ve şimdiki çalışmadaki BKİ değerleri arasında fark tespit edilmemiştir ($p>0,999$, $p>0,999$, $p>0,999$)

Katılımcıların 25 (%67,6)'inin klinik izlemi bu çalışma sırasında aktif olarak devam etmektedir. Diğer 12 (%32,4) katılımcı çalışmanın yapıldığı dönemde kendi isteği ile takipten çıkmıştır. İlk çalışma sırasında ise hastaların %86,5'inin ($n=32$) düzenli izlemi bulunmaktadır. Hastaların izlemde kalma oranları arasında ilk ve şimdiki çalışmalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,065$).

Şimdiki çalışmada izlemden çıkmış olan ergenlerin tanı anından itibaren ortalama takip süreleri $27,7 \pm 16,8$ (0,9-65,3) aydır. İzleme devam etmeyen 12 hastanın 7(%58,3)'si hastalığı remisyondayken takiplerini sonlandırmıştır. İzlemi devam eden 25 hastanın ise 12(%48)'si remisyonunda olarak değerlendirilmiştir.

Takipte kalan ergenlerin pandemi öncesi ve T0 dönemlerinde YB nedeniyle 7 (%18,9),sinin (5(%71,4)'i AN-RT,1 (%14,3)'i AN-BP, 1 (%14,3)'i Atipik AN) hastane yatışı gerekirken ilk çalışmada (T1) hiçbir hastanın YB nedeniyle hastane yatışı gerekmemiştir. Bu çalışmada ise (T2) 2 (%5,4) kişinin YB nedeniyle hastaneye tekrar yatışı gerekmiştir. Yatışı yapılan bu iki ergenin 1 (%50)'inin tanısı AN-RT iken diğerinin ise BN ($n=1$, %50) dir. Bu iki ergen izlemleri devam eden vakalardır.

Bu çalışmaya katılan ergenlerin tanı anında hekim tarafından teşhis edilen ek psikiyatrik tanılarına bakıldığında zaman %24,3'üne ($n=10$) ek psikiyatrik komorbidite eşlik etmektedir (1 (%2,7)'i anksiyete bozukluğu, 3 (%8,1)'ü depresif bozukluk, 4 (%10,8)'ü obsesif kompulsif bozukluk ve 1 (%2,7)'i dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu). Otuz bir (%83,7) ergen ise psikiyatrik ilaç kullanmaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıbbi Bilgileri

Tanımlayıcı Değişkenler Ve Demografik Özellikler	T0 (Tanı anı)	T1 (Mart 2020-Haziran 2020)	T2 (Mayıs 2021- Haziran 2021)
Hastaların Tanıları	n(%)	n(%)	n(%)
AN-R	25 (%67,5)	25 (%67,5)	25 (%67,5)
AN-BP	5 (%13,5)	5 (%13,5)	5 (%13,5)
Atipik AN	3 (%8,1)	3 (%8,1)	3 (%8,1)
BN	3(%8,1)	3(%8,1)	3(%8,1)
UFED	1 (%2,7)	1 (%2,7)	1 (%2,7)
Cinsiyet	n(%)	n(%)	n(%)
Kadın	35(%94,6)	35(%94,6)	35(%94,6)
Erkek	2(%5,4)	2(%5,4)	2(%5,4)
Yaş (yıl)	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort±SS
	15,16±1,6	16,52 ± 1,68	17,9 ± 1,68
Hastane Yatış Durumu	n(%)	n(%)	n(%)
	7(%18,9)	0	2 (%5,4)

AN-RT: Anoreksiya Nervosa kısıtlayıcı tip, AN-BP: Anoreksiya Nervosa çıkartıcı tip, BN: Bulimia Nervosa UFED: Belirlenmemiş Beslenme ya da Yeme Bozukluğu Atipik AN: Atipik Anoreksiya Nervosa, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Kişi sayısı, Kcal: kilokalori, VA: vücut ağırlığı median: ortanca, min: minimum, max: maksimum

Tablo 16: Sadece Anoreksiya Nervosa Tanılı Hastaların Vücut ağırlığı ve Beden Kitle İndeksi Değerlendirmesi

Sadece AN tanılı hastaların kilo ve BKİ değerleri	T0 Median 1.-3.çeyrek Min-maks	Pandemi Öncesi Median 1.-3.çeyrek Min-maks	T1 Median 1.-3.çeyrek Min-maks	T2 Median 1.-3.çeyrek Min-maks
VA (kg)	45,5 40,7-50,2 30,0-68,0	50,0 46,0-54,0 30,6-67,9	50,9 46,4-57 32,6-70,0	48,8 46,1-56,5 35,6-70,0
BKİ	17,1 15,6-18,5 13,7-24,0	18,8 17,3-20,2 14,0-24,6	18,8 17,0-20,9 17,0-20,9	18,6 17,0-21,1 12,3-25,4

AN: Anoreksiya Nervosa, VA: vücut ağırlığı, BKİ: Beden kitle indeksi, min: minimum, maks: maksimum

4.2. Katılımcıların ve Aile Üyelerinin COVID-19 Hastalık ve Hastane Yatış Durumlarının Değerlendirmesi

Katılımcıların ve aile üyelerinin COVID-19 geçirip geçirmediği ve bu durumla ilgili hastane yatışı durumları Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: COVID-19 Hastalık Durumu ve Etkileri

T2'de COVID-19 Pandemi Süreci ile İlgili Değerlendirme	n (%)
COVID-19 Tanısı Alanlar	4 (%10,8)
COVID-19 Nedeniyle Hastane Yatışı Olanlar	0
Aile Üyelerinde COVID-19 Tanısı Alanlar	14 (%37,8)
Aile Üyelerinde COVID-19 Nedeniyle Yatış	0
Aile Üyelerinde COVID-19 Nedeniyle Vefat	1 (%2,7)
Aile Üyelerinde Pandemi Nedeniyle İstihdam Kaybı	3 (%8,1)
Toplam	37 (%100)

COVID-19: Koronavirüs İlişkili Hastalık 2019, n:Sayı

4.3. Katılımcıların Pandemi Sürecinin Yeme ve İlişkili Davranışlar Üzerine Etkisini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verdiği Yanıtlar

Katılımcıların araştırmacılar tarafından pandemi sürecinin yeme davranışı üzerindeki etkilerini değerlendirmeye yönelik sorulara verdiği yanıtlar Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18: Pandemi Sürecininin Yeme Davranışı Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verilen Yanıtlar

Sorular	n(%)
Düzenli market alışverişi yapamama nedeniyle yeterli yiyeceğe ulaşamama konusunda kaygılarım oldu.	4(%10,8)
Ailemin gelir kaybı nedeniyle yeterli yiyeceğe erişim konusunda kaygılarım oldu.	4(%10,8)
Mevcut yeme planım ve yeme tarzıma uygun yiyecek erişimi konusunda kaygılarım oldu.	8(%21,6)
Sosyal izolasyon nedeniyle kendimi yalnız hissettiğim için yeme bozukluğumda artış olduğunu düşünüyorum.	9(%24,3)
Sıklıkla evde kalmış olmanın yeme bozukluğumu tetiklediğini düşünüyorum.	12(%32,4)
Yasaklar nedeniyle evde yiyecek depolanması nedeniyle, fazla yeme kaygım oldu.	12(%32,4)
Pandemi sürecinde yiyecek alımımı kısıtladım.	5(%13,5)
Pandemi sürecinde daha fazla kendimi kustum, egzersiz yapma ve laksatif kullanımı gibi davranışlarda bulundum.	8(%21)
Toplam	37(%100)

4.4. Pandemi Sürecinde Erken ve Geç Dönemde Sağlık Hizmetine Ulaşma Durumunu Değerlendirme

İlk çalışmada sağlık hizmeti almaya engel durumu değerlendirmesinde, sağlık hizmeti almaya engel oldu sorusuna hiç/biraz diyenlerin oranı %45,9 iken şimdiki çalışmada ise ergenlerin 27(%73)'si sağlık hizmeti almakta zorluk yaşamadıklarını belirtmiştir. İlk ve şimdiki çalışmadaki sağlık hizmetine engel olduğunu düşünme oranları karşılaştırıldığında hiç engel olmadığını/biraz engel olduğunu düşünenlerin oranındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$).

Sağlık hizmetine erişim durumu ve engel olan durumlar Tablo 19'da ve 20'de sunulmuştur.

Tablo 19: Sağlık Hizmeti Almaya Engel Durumunun Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi

Sağlık Hizmeti Almaya Engel olma	T1 n (%)	T2 n (%)
Hiç/Biraz	17 (%45,9)	27 (%73)
Orta	11 (%29,7)	9 (%24,3)
Çok/çok fazla	9 (%24,3)	1 (%2,7)
Toplam	37 (%100)	37 (%100)

$p=0,005$

Tablo 20: Erken ve Geç Dönemde Sağlık Hizmeti Almaya Engel Olan Değişkenler

Sağlık hizmeti almaya engel olan değişkenler	T1	T2	p
Evden çıkma yasağı nedeniyle engel oldu	7 (%19,4)	6 (%16,7)	>0,999
Hastalık bulaşma riski nedeniyle engel oldu	6 (%16,7)	10 (%27,8)	0,454
Hastaneden randevu almanın zorluğu nedeniyle engel oldu	4 (%11,1)	9 (%25)	0,180
Tele-tıp yolu ile tedavi almakta zorlandığım için engel oldu	7 (%19,4)	10 (%27,8)	0,549

Evden çıkma yasağı nedeniyle sağlık hizmeti almama engel oldu diyenlerin oranı ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yaklaşık %2,7'lik bir düşüş gösterse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,999$).

Hastalık bulaşma riski nedeniyle sağlık hizmeti almama engel oldu diyenlerin oranında yaklaşık %11,1'lik bir artış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,454$). Hastaneden randevu almanın zorluğu nedeniyle sağlık hizmeti almama engel oldu diyenlerin oranı ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yaklaşık %13,9'luk bir artış olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,180$).

Tele-tıp yolu ile tedavi almakta zorlandığım için sağlık hizmeti almama engel oldu diyenlerin oranı ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yaklaşık %8,4'lük bir artış olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,549$).

4.5. Katılımcıların Tele-Sağlık Hizmetinin Değerlendirmesine Yönelik Verdiği Yanıtlar

Bu çalışmada, ilk çalışmadan farklı olarak katılımcılara tele-sağlık hizmetini değerlendirmek adına araştırmacılar tarafından hazırlanan sorulara verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların %73'ü (n=27) tele-sağlık hizmetinin yüz yüze muayeneden daha etkili olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların tele-sağlık hizmetinin değerlendirilmesine yönelik verdikleri cevaplar Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1: Katılımcıların Tele-Sağlık Hizmetinin Değerlendirmesine İlişkin Verdiği Yanıtlar

4.6. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Verilen Yanıtlar

Katılımcılar, pandemi sürecindeki uyku kalitesi hakkında araştırmacılar tarafından hazırlanan sorulara yanıt verdiler. Katılımcıların, neredeyse yarısı, %43,2'si (n=16) uyku kalitesinin daha kötüye gittiğini belirtmiştir.

Katılımcıların uyku düzeni ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21: COVID-19 Pandemisinin Uyku Düzenine Etkisinin Değerlendirilmesi

COVID-19 pandemi sürecinin uyku düzenine etkisinin değerlendirilmesi	n(%)
Gece daha ileri saatte yatağa gidip daha geç uyumaya başladım.	14 (%37,8)
Uyku kalitemin daha kötüye gittiğini düşünüyorum.	16 (%43,2)
Gündüzleri daha geç uyanmaya başladım.	9 (%24,3)
Uykuya dalmadan önce telefonla daha çok vakit geçirmeye başladım.	17 (%45,9)
Uyandığımda kendimi dinlenmiş hissetmiyorum, uykumu alamadan uyanıyorum.	11 (%29,7)
Bu süreçte uyku düzenimde ve kalitesinde değişiklik olmadığını düşünüyorum.	9 (%24,3)
Toplam	37 (%100)

COVID-19: Koronavirüs İlişkili Hastalık 2019, n =kişi sayısı

4.7. Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Okul, Aile ve Arkadaş İlişkileri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ilk ve şimdiki çalışmada pandeminin okul, aile ve arkadaş ilişkilerine etkisinin değerlendirilmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22: Erken ve Geç Dönemde COVID-19 Sürecinin Değerlendirilmesi

COVID-19 pandemi sürecinde...		T1 n(%)	T2 n(%)	p
Sıklıkla evde kalmak senin için ne kadar zor	Hiç/biraz	13(%35,1)	14(%37,8)	0,715
	Orta	11(%29,7)	7(%18,9)	
	Çok/çok fazla	13(%35,1)	16(%43,2)	
Okula gidememek ne kadar zor	Hiç/biraz	17(%45,9)	15(%40,5)	0,023*
	Orta	18(%48,6)	8(%21,6)	
	Çok/çok fazla	2(%5,4)	14(%37,8)	
Arkadaşlarını görememek ne kadar zor	Hiç/biraz	12(%32,4)	13(%35,1)	0,862
	Orta	9(%24,3)	6(%16,2)	
	Çok/çok fazla	16(%43,2)	18(%48,6)	
Arkadaşlarıyla ne sıklıkta iletişim kuruyorsun	Hiç/biraz	12(%32,4)	11(%29,7)	0,695
	Orta	9(%24,3)	13(%35,1)	
	Çok/çok fazla	16(%43,2)	13(%35,1)	
Bu süreçte aile ile çatışma	Hiç/biraz	26(%70,3)	23(%62,2)	0,317
	Orta	6(%16,2)	7(%18,9)	
	Çok/çok fazla	5(%13,5)	7(%18,9)	

Evde kalmanın zor olduğunu ilk çalışmada katılımcıların %35,1'i (n=13) çok/çok fazla olarak belirtmiş, şimdiki çalışmada ise bu oran %43,2 (n=16) olmuştur. Yaklaşık %8,1'lik artış olsa da bu oran istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,715$).

İlk çalışmada okula gidememenin zorluğunu katılımcıların %5,4'ü (n=2) çok/çok fazla oranında değerlendirirken şimdiki çalışmada bu oran %37,8 (n=14) olmuştur. Yaklaşık %32,4'lük bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,023$).

Son bir aydır aile ile çatışmadaki artış sorusuna ilk çalışmada katılımcıların %70,3'ü (n=26) hiç/biraz cevabını verirken bu oran ilk çalışmadakine benzer olarak şimdiki çalışmada %62,2 (n=23) olmuştur ($p=0,317$).

Şimdiki çalışmada son bir aydır aile içi çatışma yaşıyıp yaşamadığı sorusuna hiç/biraz cevabını veren ergenlerin tanılarına bakıldığında ise 23 hastanın 21 (%71,7)'inin tanısı AN, 1 (%4,3)'ü BN, 1 (%4,3)'i de Atipik AN 'dir.

4.8. Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi

Ergenlerin ilk ve şimdiki çalışmadaki son bir aylık sürecin değerlendirilmesine ilişkin verdikleri yanıtlar Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23: Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi

COVID19 pandemi sürecinde...	Saatler	T1 n(%)	T2 n(%)	p
Son 1 ay içindeki ders çalışma süresi	0 -3 saat	23 (%62,2)	23 (%62,2)	0,695
	4 – 6 saat	6 (%16,2)	8 (%21,6)	
	7 saat ve üzeri	8 (%21,6)	6 (%16,2)	
Son 1 ay içindeki ekran süresi	0 -3 saat	7 (%18,9)	10(%27)	0,819
	4 – 6 saat	15 (%40,5)	10 (%27)	
	7 saat ve üzeri	15 (%40,5)	17 (%45,9)	
Son 1 ay içindeki hobilere ayrılan süre	0 -3 saat	20 (%54,1)	29 (%78,4)	0,040*
	4 – 6 saat	11 (%29,7)	5 (%13,5)	
	7 saat ve üzeri	7 (%16,2)	3 (%8,1)	
Son 1 ay içindeki diyeteye uyum	Hiç/biraz	17(%45,9)	16(%43,2)	0,869
	Orta	6(%16,2)	9(%24,3)	
	Çok/çok fazla	14(%37,8)	12(%32,4)	
Yeni gelişen psikiyatrik belirti	Hiç/biraz	27(%73,4)	20(%54,1)	0,144
	Orta	6(%16,2)	12(%32,4)	
	Çok/çok fazla	4(%10,8)	5(%13,5)	

Son bir ay içerisinde ekran süresine bakıldığında ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yaklaşık olarak %5,4'lük bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,819$).

Son 1 aydır ders çalışma süresi için her iki çalışma arasında fark saptanmamıştır ($p=0,695$).

Son bir aydır diyetle uyum sağlamada ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yaklaşık %2,7 oranında azalma olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,869$).

Şimdiki çalışmada ergenlerin %54,1 (n=20)'i yeni gelişen psikiyatrik belirtilerinin olmadığını belirtmiş olup bu oran ilk çalışmaya kıyasla istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,144$).

4.9. Pandemi Sürecinde İyilik Halinin Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi

Katılımcılara pandemi sürecindeki iyilik durumunun ve ruh sağlığının değerlendirilmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 24'te sunulmaktadır. İlk çalışmaya benzer olarak şimdiki çalışmada da katılımcıların %83,8'i (n=31) "sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu anladığını" belirtmiştir ($p=0,617$).

İlk çalışmada kendisini olduğu gibi kabul etmeye başladığını belirten ergenlerin oranı %62,1 (n=23) iken şimdiki çalışmada bu oran %70,2 (n=26) olarak saptanmıştır ($p<0,001$).

İlk çalışmada ergenlerin %70,2'si (n=26) kendisini daha olgun hissettiğini belirtirken şimdiki çalışmada ise bu oran %89,5'tir (n=33) ($p=0,022$). Ayrıca ilk çalışmada katılımcıların %56,7'si (n=21) fiziksel ortama kıyasla kendisini sanal ortamda daha rahat hissettiğini belirtirken şimdiki çalışmada ise %64,8'i (n=24) daha rahat hissettiğini ($p=0,275$) belirtmiştir. İlk çalışmada %70,2'si (n=26) ailesini daha iyi anladığını belirtirken şimdiki çalışmada ise bu oran %78,3 (n=29) olmuştur. ($p=0,286$). Öte yandan ilk çalışmada %56,7 (n=21) ergen, ailesinin kendisini daha iyi anlamaya başladığını belirtirken şimdiki çalışmada ergenlerin %67,5'i (n=25) ailesinin kendisini daha iyi anlamaya başladığını belirtmiştir ($p=0,450$).

Tablo 24: Pandemi Sürecindeki İyilik Halinin Değerlendirilmesi

İyilik Halinin Değerlendirmesi		T1 n(%)	T2 n(%)	P
1.Sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu fark ettim.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	3 (%8,1) 13 (%35,1) 21 (%56,8)	6 (%16,2) 9 (%24,3) 22 (%59,5)	0,617
2.Kendime güvenim ve gösterdiğim değer arttı.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	13(%35,1) 12(%32,4) 12(%32,4)	12(%32,4) 15(%40,5) 10(%27)	0,866
3.Kendimi olduğum gibi kabul etmeye başladım.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	14(%37,8) 14(%37,8) 9(%24,3)	11(%29,7) 14(%37,8) 12(%32,4)	<0,001 *
4.Sağlıklı olmakla ilgili bazı şeylerin benim elimde olabileceğini fark ettim.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	3(%8,1) 12(%32,4) 22(%59,5)	3(%8,1) 13(%35,1) 21(%56,8)	0,819
5.Ailemi daha iyi anlamaya başladım.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	11(%29,7) 17(%45,9) 9(%24,3)	8(%21,6) 16(%43,2) 13(%35,1)	0,286
6.Ailem beni daha iyi anlamaya başladı.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	16(%43,2) 11(%29,7) 10(%27)	12(%32,4) 15(%40,5) 10(%27)	0,450
7.Hayatımda yeni bir dönemin başladığını hissediyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	8(%21,6) 14(%37,8) 15(%40,5)	8(%21,6) 15(%40,5) 14(%37,8)	0,857
8.Karar verme ve seçme hakkım olduğunu fark ettim.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	11(%29,7) 13(%35,1) 13(%35,1)	7(%18,9) 16(%43,2) 14(%37,8)	0,384
9.Kendimin daha çok olgunlaştığımı düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	11(%29,7) 12(%32,4) 14(%37,8)	4(%10,8) 13(%35,1) 20(%54,1)	0,020*
10.Hayattaki hedeflerim değişti.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	9(%24,3) 19(%51,4) 9(%24,3)	10(%27) 12(%32,4) 15(%40,5)	0,369
11.Yaşadığım toplumla ilgili yapabileceklerim olduğunu fark ettim.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	10(%27) 12(%32,4) 15(%40,5)	11(%29,7) 9(%24,3) 17(%45,9)	0,879
12.Dış görüşüm/kilom daha az aklıma geliyor.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	17(%45,9) 10(%27) 10(%27)	20(%54,1) 7(%18,9) 10(%27)	0,564
13.Kilomu daha az takip ediyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	16(%43,2) 6(%16,2) 15(%40,5)	16(%43,2) 6(%16,2) 15(%40,5)	>0.999
14.Eskiden kilomu denetlemek için yaptıklarımı artık yapmıyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	13(%35,1) 11(%29,7) 13(%35,1)	13(%35,1) 6(%16,2) 18(%48,6)	0,336
15.Zamanımı güzel geçirdiğimi düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	15(%40,5) 16(%43,2) 6(%16,2)	19(%51,4) 13(%35,1) 5(%13,5)	0,251
16. Fiziksel ortama kıyasla sanal ortamda kendimi daha rahat hissediyorum.	Hiç katılmıyorum Biraz katılıyorum Tamamen katılıyorum	16(%43,2) 13(35,1) 8(%21,6)	13(%35,1) 14(%37,8) 10(%27)	0,275

4.10. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri Puanlarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ilk ve şimdiki çalışmadaki Maudsley Obsesif kompulsif soru listesi (MOKSL), Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) ve Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanterine (ÇDSKE) verdiği puanlar ve ortalamaları Tablo 25’te sunulmuştur.

İlk çalışmada BDÖ kesim puanına göre 20 (%54,1) kişide depresyon saptanmışken şimdiki çalışmada katılımcıların 18 (%48,6)’inde depresyon tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,180$).

İlk ve şimdiki çalışmalarda MOKSL puanının değerleri arasında fark tespit edilmemiştir ($p=0,536$).

Katılımcıların ilk ve şimdiki çalışmadaki depresyon puanları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0,883$).

Durumluk kaygı puanı ise kronik dönemde istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir ($p=0,011$).

Hastaların BDÖ puanları ile tanı anındaki, ilk çalışmadaki ve şimdiki çalışmadaki yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki her üç yaş için de saptanmamıştır (p değerleri sırasıyla; $p=0,301$, $p=0,952$, $p=0,973$).

Aynı zamanda üç dönemdeki yaş değişkeninin durumluk kaygı puan ortalamalarına etkisi değerlendirildiğinde de anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p değerleri sırasıyla; $p= 0,357$, $p=0,649$, $p=0,670$).

İzlemi devam eden ergenlerin depresyon puan ortanca değeri 29 (7-38) olup izlemde olmayan ergenlerin depresyon puna ortanca değeri 14 (6-26)’tür. Ayrıca izlemi devam eden ergenlerin anksiyete puanı ortanca değeri 43 (31-48) iken izlemde olmayan ergenlerin anksiyete puanı ortanca değeri ise 42,5 (34-45,5)’tir. İzlemde olan ve olmayan ergenlerin depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,240$, $p=0,737$).

Tablo 25: Ölçek Puanlarının Erken ve Geç Dönemde değerlendirilmesi

Anketlere verilen puanların karşılaştırılması		T1	T2
Maudsley *	Median (Min-maks)	11 (2-29)	14 (0-31)
	1.-3.çeyrek	9-18	10-19
BDÖ **	Median (Min-maks)	18 (2-53)	15 (0-51)
	1.-3.çeyrek	9-25	6-34
ÇDSKE ***	Median (Min-maks)	38 (21-55)	43 (26-53)
	1.-3.çeyrek	30-43	33-47

*p=0,536, **p=0,883, ***p=0,011, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇDSKE: Çocuklarda Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, min: minimum, maks: maksimum

4.11. Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Ergenlere pandemi sürecinin yemek yeme davranışına etkisi sorulduğunda ilk çalışmada %43,2'si (n=16) iyiye gittiğini, %35,1'i (n=13) değişmediğini, %21,6'sı (n=8) ise kötüleştiğini belirtmiş olup şimdiki çalışmada ise %37,8'i (n=14) iyiye gittiğini, %24,3'ü (n=9) kötüleştiğini, %37,8'i (n=14) pandemi öncesine göre değişmediğini belirtmiştir. Erken dönem ile geç dönemde pandeminin yemek yeme davranışına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,549$).

Pandemi sürecinin YB belirtilerine etkisi sorulduğunda ilk çalışmada %16,2'si (n=6) kötüleştiğini, %32,4'ü (n=12) iyiye gittiğini, %51,4'ü (n=19) değişiklik olmadığını belirtirken şimdiki çalışmada ise %18,9'u (n=7) kötüleştiğini, %37,8 (n=14) iyiye gittiğini, %43,2'si (n=16) değişiklik olmadığını belirtmiştir ($p=0,835$). Pandemi sürecinin YB belirtilerine olan etkisinin değerlendirilmesine yönelik sorulara verilen yanıtlar Tablo 26'da sunulmuştur.

İzlemde olmanın yeme davranışı ve YB belirtilerine etkisine bakıldığında ise şimdiki çalışmada da klinik izlemi devam eden 25 hastaya ait değerlendirmede, ilk çalışmadan şimdiki çalışmaya yeme davranışında kötüleşme bildirenlerin oranı

%20'den %32'ye artış gösterse de istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,180).

İzlemde olan bu ergenlerin YB belirtilerindeki değişikliğe bakıldığında ise YB belirtilerinde kötüleşme olduğunu bildiren ergenlerin oranı %20'den %28'e yükselse de istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,157).

İzlemde olan ergenlerin yemek yeme davranışında ve YB belirtilerindeki değişikliğin erken ve geç dönemde değerlendirilmesi Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 26: Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Yemek Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Yeme Davranışı ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkinin Değerlendirilmesi	Kategoriler	T1 n(%)	T2 n(%)	p
Yemek yeme davranışına etki	Kötüleşti	8 (%21,6)	9(%24,3)	0,549
	Düzelmeye başladı /iyiye gitti	16(%43,2)	14 (%37,8)	
	Değişmedi	13(%35,1)	14 (%37,8)	
YB belirtilerinde değişiklik	Kötüleşti	6 (%16,2)	7 (%18,9)	0,835
	Düzelmeye başladı /iyiye gitti	12(%32,4)	14 (%37,8)	
	Değişmedi	19 (%51,4)	16 (%43,2)	

YB: yeme bozukluğu, n:sayı

Tablo 27: İzlemde Olan Ergenlerin Erken ve Geç Dönemde Yemek Yeme Davranışına ve Yeme Bozukluğu Belirtilerinin Değerlendirilmesi

Yeme Davranışı ve Yeme Bozukluğu Belirtilerine Etkinin Değerlendirilmesi	Kategoriler	T1 n(%)	T2 n(%)	p
Yemek yeme davranışına etki	Kötüleşti	5 (%20)	8(%32)	0,180
	Düzelmeye başladı /iyiye gitti	9(%36)	11 (%44)	
	Değişmedi	11(%44)	6 (%24)	
YB belirtilerinde değişiklik	Kötüleşti	5 (%20)	7 (%28)	0,157
	Düzelmeye başladı /iyiye gitti	12(%48)	9 (%36)	
	Değişmedi	8(%32)	9 (%36)	

YB: yeme bozukluğu, n:sayı

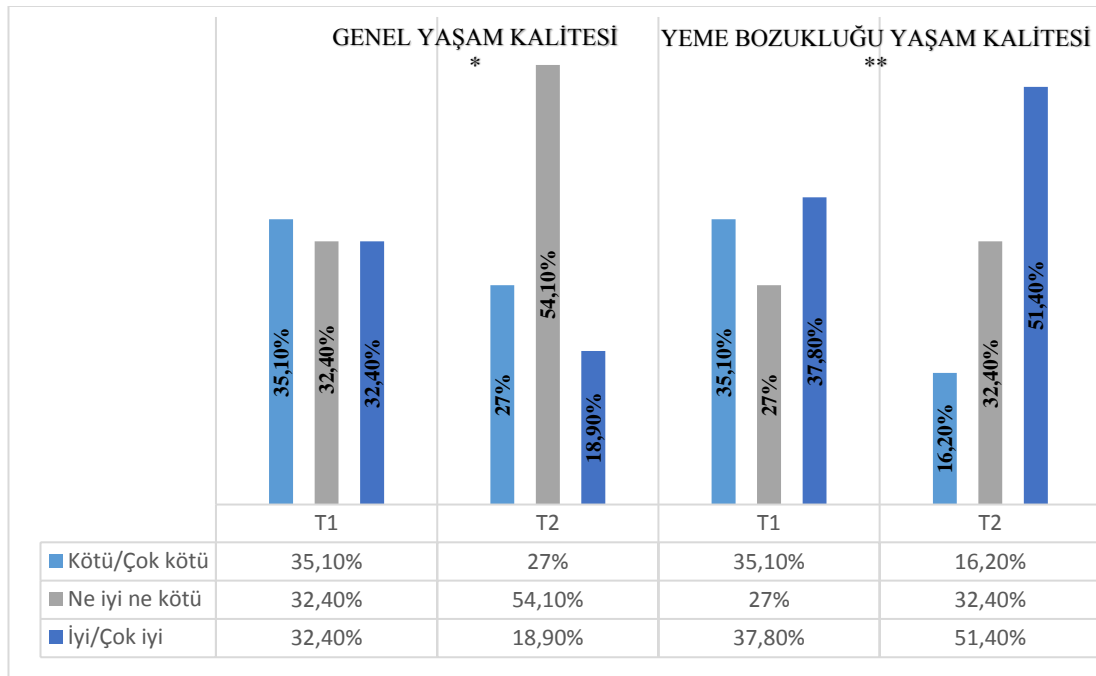
4.12. Pandemi sürecinde Erken ve Geç Dönemde Genel Sağlık Yaşam Kalitesi ve Yeme Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ilk ve şimdiki çalışmalardaki genel ve yeme bozukluğu ilişkili yaşam kalitesi değerlendirmesi Şekil 2’de sunulmuştur.

İlk ve şimdiki çalışma arasında genel yaşam kalitesi değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,255$).

Yeme bozukluğu yaşam kalitesine verilen yanıtlara bakıldığında ise ilk ve şimdiki çalışmada yeme bozukluğu yaşam kalitesi değerlendirmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,134$).

İlk çalışmada genel yaşam kalitesi puan ortalaması $3,00\pm 1,20$ iken şimdiki çalışmada $3,00 \pm 0,97$; ilk çalışmada yeme bozukluğu yaşam kalitesi puan ortalaması $3,00 \pm 1,18$ iken şimdiki çalışmada $4,00\pm 1,09$ olarak bulunmuştur. Genel ve yeme bozukluğu ilişkili yaşam kaliteleri akut ve kronik dönemde karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,603$ ve $p=0,056$).



Şekil 2: Pandemi Sürecinde Erken ve Geç Dönemde Genel ve Yeme Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

* $p=0,255$, ** $p=0,134$

4.13. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Puanlarının Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ); global skoru kesim noktasına göre ilk çalışmada katılımcıların 17 (%45,9)'sinde yeme davranışında bozulma varken şimdiki çalışmada ise katılımcıların 14 (%37,8)'ünde yeme davranışında bozulma olup ilk ve şimdiki çalışmalar arasında fark tespit edilmemiştir ($p>0,999$).

Katılımcıların YBDÖ'ye verdiği toplam puanların ilk ve şimdiki çalışmalar arasında karşılaştırması Tablo 28'de sunulmuştur.

İlk ve şimdiki çalışmalar karşılaştırıldığında; YBDÖ alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla kısıtlama alt ölçek puanı için $p=0,829$, yeme endişe alt ölçek puanı için $p=0,961$, beden endişe alt ölçek puanı $p=0,509$, kilo endişe alt ölçek puanı için $p=0,350$, toplam ölçek puanı için $p=0,587$).

YBDÖ'de ergenlerin tıknırcasına yeme ataklarına yönelik sorulara verdikleri puanlar Tablo 29'da sunulmuş olup ilk ve şimdiki çalışmalar için verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 28: YBDÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi

YBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında karşılaştırma	Median (min-maks)		1.çeyrek -3.çeyrek		p
	T1	T2	T1	T2	
Kısıtlama	1 (0-3)	1 (0-6)	0-3	0-2,6	0,829
Yeme endişe	0,8 (0-4,4)	1 (0-4,6)	0,2-2,8	0-2,6	0,961
Beden endişe	2,3 (0-6)	1,8 (0-6)	0,38-5	1,2-4,7	0,509
Kilo endişe	1,8 (0-6)	2 (0-6)	0,4-4,4	1,2-3,8	0,350
Toplam Puan	1,5 (0-5,2)	1,6 (0,1-5,4)	0,1-3,9	0,7-3,4	0,587

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, min: minimum, maks: maksimum

Tablo 29: YBDÖ Tıkınırcasına Yemek Yeme Ataklarına Yönelik Verilen Yanıtlar ve Erken ve Geç Dönemde Karşılaştırılması

YBDÖ Son Dört Haftalık Değerlendirme Sorularına Verilen Yanıtlar	Median (min-maks)		1.-3. çeyrek		p
	T1	T2	T1	T2	T1-T2
Son 28 gün içinde, kaç kere başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	1 (0-24)	0 (0-21)	0-4	0-2	0,158
Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada)?	2 (0-28)	0 (0-20)	0-5	0-5	0,248
Son 28 günün kaç gününde aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	0 (0-28)	0 (0-20)	0-2	0-2	0,686
Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	0 (0-8)	0 (0-25)	0	0	0,261
Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müşhil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	0 (0-5)	0 (0-8)	0	0	0,999
Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	0 (0-25)	0 (0-10)	0-3	0-1,5	0,550

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

4.14. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı İle İlişkisi Olan Durumların Değerlendirmesi

4.14.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Evanteri Puanlarının İlişkisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların YBDÖ toplam puanının MOKSL, ÇDSKE, BDÖ puanları ve pandemi sürecindeki iyilik hali ile ilişkisi Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 30: Katılımcıların YBDÖ Toplam Puanı ile MOKSL, BDÖ ve ÇDSKE Puanlarının ve Pandemi Sürecindeki İyilik Halinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

		YBDÖ	MOKSL	BDÖ	ÇDSKE	Kabullenme
YBDÖ	r	1	,345*	,638**	,656**	-,792**
MOKSL	r		1	,484***	,399****	-,303
BDÖ	r			1	,881**	-,730**
ÇDSKE	r				1	-,697**
Kabulleme	r					1

* $p=0,037$, ** $p<0,001$, *** $p=0,002$, **** $p=0,014$ YBDÖ: yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeği, MOSKL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, ÇDSKE: Çocuklar için durumluk sürekli kaygı envanteri, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, Kabullenme: “Kendimi olduğum gibi kabul etmeye başladım” sorusuna yanıtlar

Tabloda verilen Spearman korelasyon analizine göre katılımcıların YBDÖ toplam puanları ile MOKSL puanları ($r=0,345$, $p=0,037$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki, BDÖ puanları ($r=0,638$, $p<0,001$) ve durumluk kaygı puanları arasında ($r=0,656$, $p<0,001$) pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki vardır.

Kendini olduğu gibi kabul etme durumu ile YBDÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,792$, $p<0,001$).

Aynı zamanda katılımcıların MOKSL ve BDÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,484$, $p=0,002$), BDÖ ve durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0,881$, $p<0,001$) ve MOSKL ve ÇDSKE puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=0,399$, $p=0,014$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

Kendini olduğu gibi kabul etme durumu ile sırasıyla BDÖ puanları ile negatif yönde yüksek düzeyde ($r=-0,730$, $p<0,001$) ve kaygı puanları arasında ($r=0,697$, $p<0,001$) negatif yönde orta düzeyde korelasyon tespit edilmiştir.

4.14.2. Pandemi Döneminde Yeni Gelişen Psikiyatrik Belirti, Diyete Uyum ve Aile İçi Çatışma Durumlarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

YBDÖ toplam puanı ile COVID-19 döneminde yeni psikiyatrik bulgu gelişmesi arasında pozitif yönde zayıf kuvvette anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,354$, $p=0,031$).

YBDÖ toplam puanı ile son 1 aydır diyete uyum arasında negatif yönde orta kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,450$, $p=0,005$).

YBDÖ toplam puanı ile son 1 aydır aile ile olan çatışma arasında pozitif yönde orta kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,457$, $p=0,004$).

Son bir aydır aile ile çatışma ile diyete uyum sağlama arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,350$, $p=0,004$).

4.14.3. Ekran Süresi ve Uyku Kalitesinin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Son 1 aydaki ekranı süresi ile YBDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,481$, $p=0,03$). Son 1 aydaki ekranı süresi 1-6 saat olanların YBDÖ toplam puanı ortancası 0,88 (0,10-4,85) iken maruz kalma süresi 7 saat ve üzeri olanların YBDÖ toplam puan ortancası 3,23 (0,14-5,40) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,003$).

YBDÖ toplam puanı ile uyku kalitesinde azalma olması arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,399$, $p=0,014$). Kendisini dinlenmiş hissetmeyen, uykusunu alamadan uyanan katılımcıların YBDÖ toplam puanı ortanca değeri 3,46 (0,10- 5,40) iken kendisini dinlenmiş hisseden uykusunu alabilen bireylerin ise YBDÖ toplam puan ortancası 1,04 (0,14-4,85) olarak bulunmuştur. Kendini dinlenmiş hissetmeyen, uykuyu alamayanların YBDÖ toplam puanı ortancası, kendini dinlenmiş hisseden, uykusunu alanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,016$).

Ayrıca kendini dinlenmemiş hissedenden ve uykusunu alamayanların oranı ekran maruziyeti 7 saat ve üzeri olanlarda (%47,1), ekran maruziyeti 1-6 saat olanlara göre (%15) anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,033$).

4.14.4. YBDÖ Toplam Puanı ile Yaşam Kalitesi, Yaş ve İzlem Durumunun İlişkisinin Değerlendirilmesi

Genel yaşam kalitesinde iyilik hali ile YB yaşam kalitesi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,425$, $p=0,009$).

YBDÖ toplam puanı ile genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde orta kuvvette anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,554$, $p<0,001$).

YB tanı yaşı ile YBDÖ toplam puanı arasında anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,357$, $p<0,001$).

Şimdiki çalışmada izlemde olan ergenlerin YBDÖ toplam puan ortanca değeri 1,7 (0,3-3,6) olup izlemde olmayan ergenlerin YBDÖ toplam puanı ortancası 1,2(0,8-2,9)'dur. İzlemde olup olmamanın YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p=0,761$).

4.15. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanını Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin pandemi sürecinde geç dönemde YBDÖ toplam puanını yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişkenle anlamlı derecede ilişkili olan BDÖ puanı, MOKSL puanı ve ÇDSKE puanı ayrı ayrı modellere koyulmuştur. ÇDSKE puanına ilk çalışma sırasındaki BKİ değeri ve son bir aydır aile ile olan çatışma durumu değişkenleri eklenerek de analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin YBDÖ toplam puanını yordamasına yönelik yapılan regresyon analizinde; $p<0,05$ olduğu için anlamlıdır.

Model 1'de BDÖ puanının YBDÖ toplam puanını yordayıcı etkisine bakıldığında modelin açıklama gücü olarak ifade edilen düzeltilmiş (Adj.) R^2 değeri 0,41 olarak hesaplanmış olup YBDÖ toplam puanının %41,1'ini açıklamaktadır ($p<0,001$). İlk çalışmada ise depresyon puanının YBDÖ toplam puanını açıklayıcılık gücü %53,7 iken bu oran şimdiki çalışmada %41,1'e gerilemiştir.

Model 2’de MOKSL puanlarının YBDÖ toplam puanını açıklayıcı gücüne bakıldığında Adj. R² 0,16 olarak hesaplanmış bu da YBDÖ puanının %16,7’sini açıklamaktadır (p=0,012).

Model 3’te ÇDSKE puanının YBDÖ toplam puanını yordayıcı etkisine bakıldığı zaman modelin açıklama gücü olarak ifade edilen düzeltilmiş (Adj.) R² değeri 0,39 olarak hesaplanmış olup bu değer YBDÖ toplam puanının %39’unu açıklamaktadır (p<0,001).

Model 4’te buna katılımcıların ilk çalışma sırasındaki BKİ değerleri eklendiğinde bu oran %49,9’a çıkmakta, son bir ayda aile ile çatışma durumu değişkeni eklendiğinde bu oran %58,4’e çıkmaktadır. Pandemi sürecinde kronik dönemde YB davranışını yordayan modeller Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31: Pandeminin Geç Döneminde YBDÖ Toplam Puanını Yordayıcı Değişkenler

Tablo 31.a: BDÖ Yordayıcı Gücü

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
BDÖ	0.06	0.64	4.94	<0.001	0.039 / 0.093

Doğrusal regresyona analizi Bağımlı değişken: YBDÖ toplam puanı, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 31.b: MOKSL Yordayıcı Gücü

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
MOKSL	0.098	0.408	2.64	0.012	0.023 / 0.173

Doğrusal regresyona analizi Bağımlı değişken: YBDÖ toplam puanı, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Tablo 31.c: ÇDSKE Yordayıcı Gücü

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
ÇDKSE	0.12	0.63	4.80	<0.001	0.072/ 0.17

Doğrusal regresyona analizi, Bağımlı değişken: YBDÖ toplam puanı, ÇDSKE: Çocuklar için durumluk sürekli kaygı envanteri

Tablo 31.d: ÇDSKE, İlk Çalışmadaki BKİ değeri ve Aile İçi Çatışma Durumunun Yordayıcı Gücü

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
ÇDKSE	0.09	0.02	3.98	<0.001	0.045/ 0.139
İlk çalışmadaki BKİ	0.19	0.05	3.57	0.001	0.082/0.299
Son bir aydır aile ile çatışma	0.41	0.14	2.82	0.008	0.115/0.706

Doğrusal regresyona analizi, Bağımlı değişken: YBDÖ toplam puanı, ÇDSKE: Çocuklar için durumluk sürekli kaygı envanteri, BKİ: Beden kitle indeksi

5. TARTIŞMA

COVID-19 tüm dünyayı önemli derecede etkilemiş bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra psikososyal sağlık üzerinde de büyük etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalardan elde edilen ilk veriler, karantina sürecinde pek çok sağlık kuruluşunun verdiği hizmetlerde kısıtlamalar olması nedeniyle yeme bozukluğu (YB) hastalarının tedavilerinin aksadığını ayrıca bu dönemde sağlık konusunda endişelerin olması sebebiyle enfeksiyonun yayılmasını önlemek adına alınan sosyal izolasyon kurallarının, artan sosyal medya maruziyetinin, karantina sırasındaki stres ve aile içi bireylerin uyumsuz duygusal tepkilerinin pandemi sürecinde YB'li ergenlerde kilo vermeyi amaçlayan kısıtlayıcı davranışları arttığını ve pandemi sürecinde YB nedeni ile kliniklere başvuru sayısının pandemi öncesine göre daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (109, 113, 114). Ayrıca yapılan bir çalışma, pandemi döneminde yeni tanı alan YB hastalarının yaklaşık yarısının hastalıklarının tetikleyicisinin pandemi olduğunu ortaya koymuştur (143). Bunun yanı sıra literatürde COVID-19 pandemisinin YB prevalansını arttırdığını gösteren farklı çalışmalar da mevcuttur (116).

YB'nin pandemi sürecinin erken dönem etkileri nedeniyle daha kötü seyredeceğine ilişkin öngörü pek çok raporda sunulmuştur (119, 144). COVID-19'un YB olan bireylerde geç dönem etkileri ise tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda yeni veriler bildirilmekle birlikte daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu bağlamda Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından pandeminin erken aşamasında (Mayıs 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında) kısıtlamaların YB tanısı konulmuş ve özellikle yaş grubu nedeniyle daha savunmasız olan ergenler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve YB tutumunu öngören faktörlerin belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapılmıştır (8). Bu çalışmada, beklenilenin aksine kısıtlamaların YB üzerine olumsuz etkisi gösterilememiş olup katılımcıların yaklaşık yarısı YB semptomatolojisinde iyileşme olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda bu çalışma, depresyonun YB davranışı için en yüksek prediktif değere sahip olduğunu ortaya koymuş ve pandemi sürecinde YB olan hastaların depresyon açısından ek olarak değerlendirilmesinin önemini vurgulamıştır.

Şimdiki çalışma ise COVID-19 pandemisinin YB tanısı olan ergenler üzerine uzun vadeli etkilerini ortaya koymak amacıyla aynı hastalarla ilk çalışmadan tam bir yıl sonra yapılmıştır. Bu değerlendirme kapsamında erken ve geç dönem arasında anksiyete, depresyon belirtileri ve yeme tutumu açısından farklılık olup olmadığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız literatürdeki çoğu çalışmanın aksine, ilk çalışmaya benzer olarak ergenlerin %37,8’inde YB seyrinin düzelmeye başladığı/iyiye gittiğini, %37,8’inde değişiklik göstermediğini, %83,5’inin sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu anladığını, %89,5’inin kendisini daha olgun hissettiğini ve bu durumun ilk çalışmaya kıyasla belirgin artış gösterdiğini, ergenlerin sağlık hizmeti almaya engel teşkil edecek durumların ilk çalışmaya göre belirgin azaldığını belirttiğini, tele sağlık hizmetlerinin yüz yüze muayeneye göre daha etkili bulunduğunu, katılımcıların %43,2’sinin uyku kalitesinin daha kötü olduğunu belirttiğini, ilk çalışmaya kıyasla okula gidememenin zorluğunun belirgin artış gösterdiğini, ergenlerin %54,1’inin yeni gelişen psikiyatrik belirtisi olmadığını, %62,2’sinin ailesi ile çatışma yaşamadığını, yarısından fazlasının YB yaşam kalitesinin iyileştiğini ve bu durumun istatistiksel olarak sınırdan anlamlı olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bu çalışma ile ergenlerin YB ölçek toplam puanlarında, depresyon ve obsesyon puanlarında fark saptanmazken geç dönemde anksiyete puanlarının belirgin olarak artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın en önemli çıktılarından biri de ilk çalışmada YB değerlendirme ölçeği (YBDÖ) toplam puanının en önemli yordayıcısı olan depresyonun yordayıcılık gücünün %53,7’den %41,1’e gerilemesi ve anksiyetenin yeme bozukluğu seyrini açıklayıcılık gücünün %39 olduğunu ortaya koymuş olmasıdır.

5.1. Tanımlayıcı Değişkenler ve Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Literatüre bakıldığında YB’lerin psikiyatrik hastalıklar içerisinde belirgin cinsiyet farklılığına sahip olduğu, kızlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir. Klinik çalışmalarda kadın/erkek oranının 10’a 1 olduğu düşünülürse çalışmamızdaki kadın cinsiyet baskınlığı (%94,6, n=35) literatür ile uyumludur (51). Katılımcıların tanı yaşları ortalaması $15,6 \pm 1,6$ yıl olup ilk çalışmada $16,52 \pm 1,68$ yıl, şimdiki çalışmada ise $17,9 \pm 1,68$ yıldır. Yapılan çalışmalarda YB’lerin en sık 14 ila

19 yaşları arasında ortaya çıktığı ve son yıllardaki çalışmalarda YB insidansının kızlar için 15-19 yaşları arasında en yüksek olduğunun gösterildiği düşünülürse hastaların tanı yaşlarının da literatürü desteklediğini görülmektedir (11, 13).

En yaygın olan tanı Anoreksiya Nervoza-Kısıtlayıcı tip (“Restricting Type” AN-RT) (%67,5, n=25) idi. Epidemiyolojik çalışmalarda AN için yaşam boyu yaygınlık %2,2 (59), Bulumiya Nervoza (BN) için %1,3 (64), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için %5,6 (77) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda literatürde pandemi döneminde yapılan pek çok çalışmada olduğu gibi en sık tanı AN idi. Bu bağlamda COVID-19 ve YB ilişkisini inceleyen çoğu çalışmada pandemi döneminde AN ve atipik AN sayılarında artış olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamız da bu açıdan literatürle uyumludur (115).

Literatürdeki pek çok çalışmada AN seyrinde pandeminin olumsuz etkileri gösterilmiş olsa da olumsuz etkilerin AN hastalarında daha az olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (145, 146). Bir çalışmada AN hastalarına kıyasla BN hastalarında pandeminin daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (145). Başka bir çalışmada da karantinanın olumlu ya da olumsuz etkilerinin YB alt tipine bağlı olduğu belirtilmiştir. AN hastalarının belirtilerinde diğer alt tiplere kıyasla çalışmamıza benzer olarak pandemi sürecinde kısmen iyileşme olduğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, (“Other Specified Feeding or Eating Disorders”) OSFED’ in ise olumsuz yanıt verdiği bulunmuştur (146). Bizim çalışmamızda alt grup sayılarının yetersizliği nedeniyle hastaların tanılarına göre pandemiden ne derece etkilendikleri incelenmemiş olsa da AN tanılı hasta sayısının baskın olması çalışmamızda pandemi sürecinde YB belirtilerinde iyileşme gözlemlenmiş olmasının bir açıklaması olabilir.

Mevcut pandemi sürecinin getirdiği sosyal kısıtlamalar, karantina koşulları, okula devam etmeme, devam eden belirsizlik, artan sosyal medya maruziyeti gibi meydana gelen değişiklikler, AN hastalarında kontrol kaybına neden olarak beden algısında bozulmaya ve yeme endişesinde artışa neden olabilir (147, 148). Ek olarak bu duruma pandemi sürecindeki gıda güvencesizliği ve diyeteye uygun yemek sağlanmasında sorunlar da eşlik edebilir. Ayrıca bu süreçte hastaların tele-sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşaması da AN hastalarında pandeminin olumsuz

etkilerinin ortaya çıkmasına neden olabilirken hastaların tele-sağlık hizmetlerinde faydalanmaları, diyetlerine uyum sağlamaları, aile içi çatışmanın olmaması ve pandemi öncesinde de hastalıklarının kontrol altında olması olumsuz gidişatın önüne geçmiş olabilir.

YB hastalarının beslenme rehabilitasyonu ile hedef ağırlıklarına ulaşmaları amaçlanmaktadır. Ergenlerin tedavideki hedef ağırlık aralığının belirlenmesinde; boy, vücut ağırlığı (VA) ve beden kitle indeksi (BKİ) eğrilerine göre büyüme izlemi ve menstrüel durum kullanılmaktadır (12). Bu değerlendirmelere bakılarak o birey için sağlıklı bir ağırlık aralığı ve büyüme eğrisi belirlenir. Ayrıca yapılan çalışmalarda BKİ ile hastalığın şiddeti arasında bir ilişki olduğu, tanı anındaki BKİ'nin prognozda önemli olduğu gösterilmiştir (149). Bizim çalışmamızda da tanı anındaki BKİ değerinin YB seyrinde etkili olduğunu tespit edilmiş olup katılımcıların tanı anındaki BKİ değerine göre pandemi öncesi ve pandeminin erken dönemindeki BKİ değerlerinde anlamlı artış saptanmıştır. Erken ve geç dönemde ise BKİ değerleri arasında farklılık yoktur. Hastaların tanı anına kıyasla pandeminin erken ve geç dönemindeki vücut ağırlıkları ve BKİ değerlerindeki artış, iyi bir beslenme rehabilitasyonunun ve klinik izlemin devam etmesinin yanı sıra evde belirli yemek saatlerinin olması, bu saatlerde ve tüketilen yiyeceklerin içeriğinde aile denetiminin artması gibi katı bir yeme ortamı sayesinde ergenlerin yemek yeme düzenine uyum sağlanmasına ve beslenme rehabilitasyonuna katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamıza benzer tasarımda yapılmış bir çalışmada, COVID-19 pandemisi öncesi, pandeminin erken dönemi ve geç döneminde hastaların YB belirtileri incelenmiştir (150). Bu çalışmada katılımcıların geç dönemdeki BKİ değerleri pandemi öncesi döneme göre belirgin yüksek saptanmıştır. Bu durum pandeminin YB seyrine olumlu etkisiyle ilişkilendirilmiştir. Yine aynı çalışmada çalışmamıza benzer olarak katılımcıların %42'si YB semptomlarında iyileşme olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmadaki hastaların %60,4'ünün (n=26) klinik olarak izlemi devam etmekte olup izlemde olan hastaların, izlemde olmayanlara göre daha yüksek oranda YB klinik semptomlarında iyileşme bildirdikleri tespit edilmiştir. Castellini ve arkadaşlarının yaptığı başka bir boylamsal çalışmada da AN hastalarının BKİ değerleri pandemi öncesi, kısıtlamaların olduğu dönem ve açılma dönemlerinde karşılaştırılmış olup her kontrolde BKİ değerlerinin artış gösterdiği bulunmuştur. Yine bu sonuç pandemi

dönemindeki yakın izleme dayandırılmıştır (151). Bizim çalışmamızda ise Machado ve Castellini ve arkadaşlarının çalışmalarına benzer oranda katılımcıların %67,6'sının (n=25) klinik izlemi aktif olarak devam etmekte olup ilk çalışmada ise hastaların %86,5'inin (n=32) düzenli izlemi bulunmaktaydı. Şaşırtıcı bir şekilde biz izlemde olan ergenlerle izlemi olmayanlar arasında YBDÖ toplam puanı, anksiyete puanı ve depresyon puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bakıldığında çalışmamızda izlemde çıkan ergenlerin ortalama takip süresi $27,7 \pm 16,8$ ay iken izlemde çıktıkları dönemde %58,3'ünün remisyonda olduğu tespit edilmiştir. Hastaların nispeten uzun bir takip süresine sahip olması ve büyük çoğunluğunun remisyonda iken izlemde çıkmış olması izlemi devam edenlere göre YB seyrinde kötüleşme olmamasını açıklayabilir. Yapılan çalışmalarda AN olan hastalarda daha uzun takip süresinin artan iyileşme oranlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (152). YB'ler, önemli psikiyatrik komorbiditeler olup yüksek nüks ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Etkili tedavinin sağlanması bu hastalar için son derece önemlidir.

Ayrıca bizim çalışmamızda Machado ve Castellini arkadaşlarının çalışmasının aksine pandemi öncesi dönem ile pandeminin erken ve geç dönemlerindeki BKİ değerleri arasında fark tespit edilmemiş olup farklılığın tanı anındaki BKİ değerlerinden kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışmamızdaki tanı anından itibaren BKİ ve VA'daki artış, hastaların pandemi süresince de klinik olarak takiplerinin devam etmesiyle de açıklanabilir. Pandemi öncesi dönem ile pandeminin erken ve geç dönemlerindeki BKİ değerleri arasında fark tespit edilememesi ise tanı anından itibaren izlemde kalmanın etkisinin, pandeminin etkisinden daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

Pandemi öncesindeki dönemde hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı kliniğinde ve Ergen Sağlığı kliniğinde tele-tıp yöntemi kullanılmazken pandemiyle birlikte bu klinikte belirli hastalar görüntülü görüşmeler ve telefon görüşmesi ile takip edilmeye başlanmıştır. Ergen Sağlığı kliniğinde ise hastalar kısıtlama süresince telefon ile aranmış olup medikal stabil olmadığı düşünülen hastalar ayaktan takip edilmeye devam etmiştir.

Çalışmamızdaki izlem oranlarının yüksek olması kliniğimizde sadece Mart ile Haziran 2020 tarihleri arasında kısa bir süreliğine yüz yüze hasta kabulünün olmayıp

Haziran 2020 itibariyle tekrar yüz yüze muayeneye başlanması ve aradaki bu süreçte de tele-tıp yöntemi ile hasta takibinin yapılmış olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda, ergenlerin tanı anındaki ek psikiyatrik tanılarına bakıldığı zaman 1 (%2,7)'i anksiyete bozukluğu, 3 (%8,1)'ü depresyon, 4 (%10,8)'ü obsesif kompulsif bozukluk ve 1 (%2,7)'i dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu nedeni ile takipli idi. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, YB'lerde en az bir komorbid hastalığın görülme oranının %45 ila % 97 arasında değiştiği, en yaygın eşlik eden bulguların duygu durum bozukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar, depresyon olduğu gösterilmiştir (64-66). Hasta grubumuz değerlendirildiğinde %24,3 oranında eşlik eden ek psikiyatrik bulguların literatürdekinden daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda hastaların %8,1'i, depresyon tanısı ile izlense de ilk çalışmadakine benzer şekilde ve literatürdeki orana benzer olarak BDÖ kesim puanına göre 18 (%48,6)'inde depresyon tespit edilmiştir (T1: %54,1 n=20).

Depresyon ile YB ilişkisine bakıldığı zaman bir meta analizde, YB'nin depresyon için bir risk faktörü olduğu ve ayrıca depresyonun da yeme patolojileri için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiş olup çalışmamız bu bulguları desteklemektedir (153). Ayrıca artan yaşın, YB ve depresyon için de risk faktörü olduğu belirtilmiş olmasına rağmen çalışmamızda ilginç olarak yaş faktörü ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır.

5.2. Katılımcıların ve Aile Üyelerinin COVID-19 Hastalık ve Hastane Yatış Durumlarının ve Pandemi Sürecini Değerlendirmeye İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Değerlendirmesi

Bakıldığında ailede gelir kaybı nedeniyle yeterli yiyeceğe ulaşma kaygısı olan bireylerin oranı %10,8 olarak saptanmış olup çalışmamıza benzer şekilde Termorshuizen ve arkadaşlarının yaptığı çevrim içi anketçalışmasında da (154), Hollanda'dan katılan bireylerde istihdam kaybı oranı %6 iken katılımcıların yeterli yiyeceğe ulaşma kaygısı düşük bulunmuştur. Pandeminin insan hayatı üzerindeki pek çok etkisinin yanında sınırların kapanması ve karantina gibi hükümetler tarafından alınan önlemler nedeniyle gıda tedarik zincirlerinin bozulması sonucu gıda

güvensizliğine yol açtığı ortaya konmuştur (155). Türkiye’den 211 hanenin dâhil edildiği kesitsel bir çalışmada, pandemi sürecinde hanelerin %21.8’inde açlık eşiğinde olmayan gıda güvensizliği yaşandığı ve pandemi sırasında hanelerin yarısından fazlasında aylık gelir kaybı yaşandığı gösterilmiştir (156).

İlk çalışmada ergenlere gıda güvencesizliğini değerlendirmek adına sorular sorulmamış olsa da erken dönemde karantina nedeniyle alışveriş için evden dışarı çıkma konusunda kısıtlamalar olmasının, pek çok kurumda üretimin azalmasının, gıda tedarik zincirinde aksaklıklar olmasının ve pek çok kişinin işten ayrılmak zorunda kalmasının gıda güvencesizliğine yol açacağını düşünmek olasıdır. Pandeminin geç evresinde ise pandemi öncesi döneme kıyasla gıda fiyatlarındaki olan artışlar ve yaşanan ekonomik zorluklar neden olabilir. Bizim çalışmamızda da yeterli yiyeceğe ulaşma kaygısının düşük olmasının nedeni çalışma popülasyonunda istihdam kaybının az olmasına, bu nedenle ekonomik zorlukların fazla yaşanmamış olmasına ve mevcut çalışma sırasında karantina koşullarının olmaması nedeniyle market alışverişlerinde kısıtlamalar olmamasına, gıda üretiminin ve tedarikinin pandemi öncesi dönemdeki duruma dönmesine bağlanabilir.

Yapılan çalışmalarda, evde fazla yiyecek depolanmasının ve market alışverişi yapılması konusundaki kısıtlamaların yeme davranışı üzerinde etkisi olabileceği, bir yandan öğün atlanması ya da kalori kısıtlamasını teşvik edebileceği gibi diğer yandan da gıda güvensizliği nedeniyle evde gıda depolanmasının artması ve yiyecek erişiminin artması nedeniyle aşırı yemeyi tetikleyebileceği gösterilmiştir (157, 158). Bizim çalışmamızda da evde yiyecek depolanması nedeniyle fazla yemek yeme kaygısı olduğunu belirtenlerin oranı %32,4 olup katılımcıların %13,5’i yiyecek alımını kısıtladığını belirtmiştir. Çalışmamızda fazla yemek yeme kaygısının az olması aile içi denetimin olmasına, ergenlerin büyük çoğunluğunun tanısının AN-RT olmasına ve ergenlerin güçlü başa çıkma stratejileri geliştirmiş olmalarına bağlı olabilir.

5.3. Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Sağlık Hizmetine Ulaşma Durumu ve Tele-Sağlık Hizmeti Değerlendirmelerinin Yorumlanması

Ergenlere pandemi sürecinde sağlık hizmetine erişim durumu sorulduğu zaman %73’ü hiç sorun yaşamadığını belirtmiştir. Bu oran ilk çalışmaya göre belirgin artış

göstermiştir (T1: %45,9). Bu süreçte çalışmaya katılmayı kabul eden bu hastalar, pandemi öncesi dönemde tanı almış olan ve pandeminin erken sürecinde kısıtlamaların olduğu dönemde de gerek görüntülü ile gerekse de telefon görüşmesi ile yakın takip edilen hastalardı. İlk çalışmadan bu yana 12 (%32,4) ergen kendi isteği ile tedavi almayı bırakmış olsa da bu çalışmanın yapıldığı pandeminin geç döneminde hastalarla tekrar yüz yüze muayenelere başlamıştır. Bu nedenlerle hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerinin artmış olması muhtemeldir.

Pek çok çalışmada, pandemi döneminde YB olan hastaların izleminde pandemi nedeniyle oluşan aksaklığın YB seyrine olan olumsuz etkisinin üzerinde durulmuş ve bu dönemde YB olan bu bireylerin tele-tıp yöntemiyle izlenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (145). Bu dönemde YB olan ergenlerin hastane yatış ihtiyaçlarında azalma olmayacağını öne süren bir çalışmada, pandemi sürecinde uyarlanmış yatarak tedavi programlarının devam etmesi gerektiği savunulmuştur (111).

Hastanede yatış oranlarına bakıldığında ise pandemi öncesi dönemde 7 (%18,9) hastanın YB nedeniyle yatışı olmuşken kısıtlamaların olduğu pandeminin erken döneminde hem YB nedeniyle hem de COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hiçbir ergenin yatışı olmamıştır. Bu çalışmanın yapıldığı geç dönemde ise 2 (%5,4) ergenin YB nedeniyle hastane yatışı olmuştur. Bu çalışmada YB semptomatolojisinin daha iyi olduğu gösterilmiş olsa da yatış oranı ilk çalışmaya kıyasla daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni ilk çalışmanın olduğu pandeminin erken döneminde hastanemizin pandemi hastanesi olması sebebiyle servislere hasta kabulünün azaltılması ve YB nedeniyle yatış endikasyonu olan hastaların sevk edilmesine bağlı olabilir. Yine bu çalışmanın yapıldığı geç dönemde yüz yüze muayene sıklığının ve yatarak hasta tedavi izleminin pandemi öncesi dönemdeki hastane şartlarına dönmüş olmasının da etkisi olmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada da karantina sırasında daha az hasta yatışı mevcut hastalıkları nedeniyle hastaların COVID-19'a yakalanma kaygıları nedeniyle hastane başvurusunun azalmasıyla ilişkili olarak yorumlanmıştır. Karantina sonrası dönemde de daha fazla yatış olması ise karantina döneminin hastalıklarında alevlenmeye sebebiyet vermesine bağlanmıştır (130). Bizim çalışmamızda ise ergenlerin %27,8'i COVID-19'a yakalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmetine erişim sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Bu durumun ilk çalışmada değerlendirilmemiş olması çalışmanın kısıtlılıklarından olsa da tahminimiz geç dönemde COVID-19'a

yakalanma endişesinin geç dönemde azalmasının da şimdiki çalışmadaki hastane yatış oranını arttırdığı yönündedir.

Bölümümüzde pandemi öncesi ve pandemi geç döneminde YB tanısı alan bireylerin sayısındaki değişimi ve hastane yatış oranlarını incelemek adına yaptığımız bir değerlendirmede, literatürdeki pek çok çalışmayı destekler şekilde pandeminin geç döneminde YB tanısı alan ergen oranının anlamlı derecede artış gösterdiğini, YB nedeniyle hastane yatış oranının ise şimdiki çalışmaya benzer olarak en çok pandemi öncesi dönemde olduğu, pandeminin geç döneminde ise yatış gereken ergenlerin çoğunluğunun tanısının AN olduğu gösterilmiştir.

YB'ler tedavisi zor hastalıklardır. COVID-19 salgınının psikososyal ve fiziksel sağlık üzerine etkileri düşünüldüğü zaman düzenli klinik takip gerektiren bu hastalıkları tedavi etmek muhtemelen daha da zor hale gelmiştir. Bu dönemde aileyle uyumlu olan ergenlerde, tedaviye aile katılımının da sağlanmış olmasının başarılı bir yanıt ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (159). AN'li ergenlerle yapılan bir çalışmada, COVID-19 dönemi için özel olarak tasarlanmış bir tedavi programı önerilmiştir (108).

Tele-tıp kullanımının olumsuz yönleri olarak gizlilik ilkesinin sağlanmasındaki zorluklar ve hastaların vital bulgularının ve laboratuvar tetkiklerinin değerlendirilememesi gibi durumlar gösterilse de bu dönemde tele-tıp sistemi ile pek çok hastanın takibi sağlanabilmiştir (112). Kaliforniya'da ergen ve genç yetişkinlerin takip edildiği bir merkezde COVID-19 salgını ile birlikte tele-tıp kullanım oranı 1 ay içerisinde %97'ye çıkmıştır (123). Farklı merkezlerden bildirilen çalışmalarda ise bu süreçte tele-tıp kullanımını tam olarak sağlayamayan merkezler olduğu kadar (145) tele-tıp kullanımının yaygın olduğu pek çok merkez de bulunmaktadır (124). Hastanemizde de pandemi öncesi dönemde tele-tıp kullanımı yokken pandemiyle birlikte gerekli görülen seçili hastalarla tele-tıp aracılığıyla görüşme yapılmıştır. Pandemi sonrasında ise daha çok yüz yüze muayane tercih edilmekle birlikte seçilmiş ve talep eden hastalarla video aracılığıyla görüşmeler devam etmektedir.

Ruh sağlığı sorunu olan bireylerde yüz yüze muayene ile tele-tıp müdahalesi karşılaştırıldığı zaman bu müdahalelerin etkinliği arasında fark bulunmamıştır (160). Bu nedenlerle aslında pandemiden önceki dönemlerde de psikiyatristler ve

psikoterapistler tarafından tele-tıp yöntemi pandemi dönemindeki kadar yaygın olmasa da kullanılmaktaydı.

Guarin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 14 hastanın ve 10 aile üyesinin yanıtladığı anket cevaplarına göre çalışmamıza benzer olarak hastaların %90'ı, aile üyelerinin ise %100'ü tele-sağlık hizmetlerini yeterli bulduğunu ve uyum sağladığını ifade etmiştir (161). Bizim çalışmamızda da ergenlerin %73'ü tele-sağlık hizmetlerinin daha etkili olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Belki de psikiyatrik ve medikal izlemin son derece önemli olduğu YB hastalarının tercihlerine göre pandemi sonrası dönemde de psikiyatrik izlem tele-tıp aracılığıyla devam ettirilebilir. Ancak YB hastalarının medikal açıdan izleminin, vital ve laboratuvar bulgularının değerlendirmesinin yapılabilmesi için yüz yüze muayene gereklidir.

Ergenlerde YB izlemindeki kanıta dayalı tedaviler yüz yüze görüşmelere dayandırılmış olup tele-sağlık ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar şu an için bulunmamaktadır (6). Bulgularımız pandemi döneminde sağlık hizmeti alınmasında katılımcıların büyük oranda sorun yaşamadığını ortaya sermekle birlikte Singapur'dan yapılmış tedavi seanslarındaki %50'lik azalma gösteren çalışmanın ve de pandemi döneminde yüz yüze psikoterapinin %56 oranında azaldığını ve tele-tıp yöntemiyle hastaların sadece %22'sinin takip edilebildiğini belirten Almanya'dan bildirilen çalışmanın aksinedir (124, 145). Bu süreçte aslında önemli olan tedavinin bireye göre şekillendirilmesi olup pandemi sürecinde de hastaların COVID-19 bulaşı açısından sıkı önlemler alınarak ayakta ya da yatırılarak tedavilerine devam edilmelidir. Tele-tıp ile YB izleminde gizlilik ilkesinin sağlanmasındaki ve uygun yazılımın belirlenmesindeki zorluklar ve kilo, vital bulgu ve laboratuvar ölçümlerinin yapılamaması gibi kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öte yandan katılımcılara ev ortamında ulaşım için ek vakit ayırmadan COVID-19 bulaşını arttırmadan izolasyon kurallarına uygun olarak tedavinin sürekliliğini sağlama olanağını sunması ve aile bireyleriyle görüşülerek aile temelli tedavinin devamına katkıda bulunması gibi avantajları da bulunmaktadır. Ergenlerin sağlık gereksinimlerine özgü tele-tıp izlemi için uygulama kılavuzlarının oluşturulması bir gerekliliktir. Çalışmamızdaki YB seyirindeki olumlu sonucun esasında hastaların tıbbi izlemlerinin büyük oranda kesintiye uğramamasının bir sonucu olduğunu düşünmekteyiz.

5.4. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Verilen Yanıtlar

Global hareket davranışı yönergeleri, ergenler ve okul çağındaki çocuklar için haftada en az üç kez günde 60 dakika orta-şiddetli fiziksel aktiviteyi, eğlence amaçlı hareketsiz ekran süresinin 2 saat ile kısıtlanmasını ve her gün 9-11 saat kaliteli uykuyu önermektedir (162). Okulların kapanması, sosyal mesafe, karantina koşulları gibi durumlar birleştiğinde, pandeminin çocukların ve ergenlerin yaşam tarzını ve fiziksel aktivitelerini etkilediği aşikardır.

Çalışmamızda önceki çalışmadan bağımsız olarak ergenlerin uyku düzenini sorguladığımız zaman %24,3'ü uyku düzeni ve kalitesinde değişiklik olmadığını belirtirken yaklaşık yarısı uyku kalitesinin daha kötüye gittiğini ve yine yaklaşık yarısı uykuya dalmadan önce telefonla daha çok vakit geçirmeye başladığını ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında ön kanıtlar, COVID-19' un yayılmasını azaltmak için gereken sosyal kısıtlamaların hareketsiz davranışları artırdığını ve uyku düzenini bozduğunu göstermektedir (163). Becker ve arkadaşlarının çalışmasında bu süreçte sağlıkla ilgili kaygıların ve belirsizlik içerisinde olunmasının ergenlerde stresi artırarak uyku bozukluklarına yol açabileceği ayrıca sıklıkla evde kalındığı için güneş ışığına yetersiz maruz kalınmasının sirkadiyen uyku ritmini bozabileceği öne sürülmüştür (164). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olarak bu süreçte uyku düzeninin olumsuz etkilendiğini ve uyku düzenindeki bozuklukların pandeminin geç döneminde de devam etmekte olduğunu göstermektedir. Bu durum muhtemelen çalışmalarda da bahsedildiği gibi artan stres faktörleri nedeniyle uyku davranışlarının etkilenmiş olması ve uyku zamanlamasının bozulmasından kaynaklanmaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalarda, çocukların okul dönemlerinde ve okulun tatil olduğu günlerde uyku düzenleri değerlendirilmiş ve tatil günlerinde sabahları erken kalkmaları gerekmediği için daha geç yatıp daha geç uyandıklarını görülmüştür (162). Bizim çalışmamızda da daha ileri saatte yatağa gidip daha geç uyumaya başladığını belirtenlerin oranı %37,8 olup bu durum okulların o dönemde yüz yüze eğitime ara vermiş olması nedeniyle daha esnek yatma ve uyanma saatleri benimsenmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda ekran maruziyet süresinin de uyku kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Uyarıcı mavi ışığa maruziyetin melatonin

salgılanmasını etkileyerek uyku düzenini bozduğu bilinen bir gerçek olduğu için bu sonuç şaşırtıcı değildir (164).

COVID-19 dönemiyle ilişkili kaygı, uyku bozukluklarına yol açabileceği gibi pandemi şartlarındaki yetersiz uyku da çocuklar ve ergenlerde artan anksiyeteye veya ruh hali değişimlerine neden olabilir (163). Çalışmamızda uyku kalitesindeki bozulmanın YB seyrinde olumsuz etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. YB ile uyku bozuklukları arasında ilişki olduğu iyi bilinen bir gerçektir (165). Bu hastalarda görülen en yaygın uyku bozukluğu; uykuyu başlatma, uykuyu sürdürme veya en az 3 ay boyunca istenenden daha erken uyanma dâhil olmak üzere genel uyku kalitesinden memnuniyetsizliği içeren uykusuzluktur. Bu önemli uyku bozuklukları muhtemelen AN hastalarında gözlenen yetersiz beslenmeyle bağlantılıdır (165). Yapılan çalışmalarda AN'li kadınlar, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nde sağlıklı kontrollere göre daha fazla uyku bozukluğu ve daha kötü genel uyku bildirmişlerdir (166). YB'lerin tedavisinde uykusuzluğun tedavisinin daha aktif bir şekilde hedeflenmesi Lombardo ve arkadaşları (167) tarafından belirtilmiştir. Çalışmamızda Kim ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak uyku bozukluğu daha fazla olan YB hastalarında daha kötü bir YB ölçek puanı tespit etmiştir (168).

5.5. Pandemi Sürecinin Erken ve Geç Dönemde Okul, Aile ve Arkadaş İlişkileri Üzerine Etkisinin ve Son Bir Aylık Sürecin Değerlendirilmesi

COVID-19 hayatın her alanını olduğu gibi eğitimi de önemli ölçüde etkilemiştir. Salgın karşısında ülkelerin eğitime yönelik uyguladığı ortak politika okulların kapatılması yönünde olmuştur. Bu sebeple yaklaşık 1,5 milyar öğrencinin eğitimi sekteye uğramıştır. Türkiye'de açıklanan vakalar sonucunda 12 Mart 2020'de okulların kapanması kararı alınmıştır. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü ("United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization", UNESCO) verilerine göre Türkiye'de okullar 16 Mart 2020-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında COVID-19 nedeniyle 130 gün boyunca kapalıydı ve uzaktan eğitimle eğitim-öğretime devam edilmiştir. 1 Haziran 2021'den itibaren ilkokul ve anasınıflarında haftada iki gün, 7 Haziran 2021'den itibaren ise tüm ortaokul ve liselerde haftada iki gün yüz yüze eğitime geçileceği bildirilmiştir (169). Dolayısıyla çalışmanın verilerinin

toplandığı dönemde henüz yüz yüze eğitim başlamamış olup ergenler okula gitmiyordu..

Okulların kapanması, COVID-19 pandemisi sırasında çocukları ve ergenleri etkileyebilecek büyük bir değişikliktir. Okulların kapalı olması, çocukların ruh sağlığı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilere sahip olabilir. Yapılan çalışmalarda okulların kapanmasının, gençlerde artan kaygı ve yalnızlığa, çocuklarda ise stres, üzüntü, hayal kırıklığı, disiplinsizlik ve hiperaktiviteye neden olduğu gösterilmiştir. Okulların kapanma süresi uzadıkça günlük fiziksel aktivitenin süresinin azaldığı buna bağlı olarak da çocukluk çağı obezite prevalansında öngörülen artışın da daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Özellikle ruh sağlığı bozuklukları açısından daha yüksek risk altındaki çocukların ve ergenlerin okulların kapalı olduğu bu süreçte desteklemeye ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir (170).

Öte yandan okulların kapanmasının olumlu etkileri de olabilir. Okullar YB olan ergenler için akran zorbalığı, okul derslerine odaklanma ve performans sergileme, sosyal baskılar ve topluluk önünde yemek yeme gibi pek çok zorluğu beraberinde getirebilir. Okulların kapalı kalmasıyla bu stres etmenlerinin ortadan kalkmış olması YB semptomatolojisindeki iyileşmeye katkı sağlamış olabilir.

Ergenlere okula gidememenin zorluğu sorulduğu zaman %37,8'i çok/çok fazla oranda zor olduğunu belirtmiş olup bu durum ilk çalışmaya göre belirgin artış göstermişti (T1:%5,4). Bunun nedeni ilk çalışmadan bu yana okulların kapalı kalmaya devam etmesi sebebiyle olabilir. Bunun yanı sıra okulların kapalı kalmaya devam etmesi ergenler için pek çok sosyal aktiviteden ve destekten, eğlenceli uğraşlardan uzak kalmaya sebebiyet vermesi nedeniyle artan anksiyeteye sebep olmuş olabilir. Literatüre bakıldığında pandemi gibi ruhsal sağlığı etkileyecek bir dönemde sosyal mesafe ve okulların kapanmasının ve hastalık önleme önlemlerinin çocuklarda ve ergenlerde artan yalnızlıkla sonuçlanabileceği gösterilmiştir (171).

Aile içi ilişkilerin ergenlerin davranışlarında ve yeme alışkanlıklarında ne kadar önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Ebeveynler ve çocuklar arasındaki aile ilişkileri, çocukların kilosunu ve yeme alışkanlıkları dâhil olmak üzere günlük yaşamın çeşitli yönleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Özellikle YB ile ilgili olarak aile üyeleri arasındaki ilişkilerin, YB'lerin ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynadığı

ve bu bireylerde aile içi çatışmanın yüksek olduğu gösterilmiştir (172-174). Çalışmamızda aile içi çatışmaya bakıldığı zaman literatürdekinden farklı olarak ilk çalışmadakine benzer şekilde (T1:%70,3, n=26) katılımcıların %62,2 (n=23)'si aile üyeleri ile hiç çatışma yaşamadığını belirtmiştir. Bu durum, bu süreçte aileyle daha fazla vakit geçirmeye, aile bireylerinin birbirine daha çok destek olmasına ve birbirini daha iyi anlamasına, aile içi bağlılığın önemli olmasına ve aile temelli tedavinin bir parçası olarak ebeveynlerin pandemi sürecinde tele-tıp aracılığıyla tedaviye daha çok ortak olmasına dayandırılabilir.

Aile içi çatışma ile diyetle uyum arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyetle uyumu arttırması nedeniyle de daha iyi bir beslenme rehabilitasyonu sağlaması sayesinde aile içi çatışmanın az olmasının YB'nin daha iyi seyretmesine katkısı ortaya konulmaktadır. Aile temelli tedavinin YB izleminde önemli olduğu bilinen bir gerçek olmakla birlikte, olumlu aile içi ilişkilerin de YB seyrinde olumlu katkısı beklenen bir sonuçtur (175). Yine çalışmamıza benzer olarak Termorshuizen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (154) katılımcıların yaklaşık yarısı, aile üyeleriyle artan bağlılığın kendilerini rahat hissetmelerini sağlayarak iyileşmeleri için motivasyon kaynağı olduğunu belirtmiştir. Özellikle aile ile birlikte yemek yemenin iyileşme üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmıştır. Biz çalışmamızda, ergenlere aile içi ilişkilerin olumlu yanlarının neler olduğunu sormamış olsak da benzer cevapları alacağımızı düşünmekteyiz. Çalışmamızdan farklı olarak İtalya'dan bildirilen bir çalışmada, BN olan hastalarda pandemi sürecinde aile içi çatışmanın artmış olduğu, bu durumun YB seyrindeki kötü gidişatla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (151). Bizim çalışmamızda ise aile içi çatışma yaşamadığını bildiren hastaların %71,7'sinin tanısı AN olup %4,3'ünün tanısı BN idi. Çalışmalardaki farklı sonuçlar bireylerin bu süreçteki deneyimlerinin farklılık göstermesinden ve YB tiplerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan bir çalışmada YB olan bireylerde bu dönemdeki en önemli başa çıkma stratejilerinin eğlenceli aktivitelere vakit ayırmak ve sosyal ilişkiler kurmak olduğu gösterilmiştir (145). Başka bir çalışmada ise pandemi öncesi dönemde YB tanısı almış ergenlere ve ebeveynlerine pandemi sürecindeki zorluklar ve pandeminin olumlu yanlarını anlamak adına sorular sorulmuştur. Bu dönemin iyileştirilmiş aile ilişkilerini,

daha az stresli olmayı ve öz bakım için daha fazla zamana sahip olmayı içeren olumlu sonuçları olduğu belirtilmiştir (120).

Her ne kadar bu çalışmada ergenlerin hobilerine ayırdığı süre ilk çalışmaya göre belirgin olarak azalmış olarak saptansa da (T1: %16,2, T2:% 8,1) çalışmamızda katılımcıların genel olarak verdiği olumlu yanıtlar farklı başa çıkma stratejileri geliştirdiklerini düşündürmektedir.

5.6. Pandemi Sürecinde İyilik Halinin Erken ve Geç Dönemde Değerlendirilmesi

İlk çalışmaya benzer olarak katılımcıların %83,8'i sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu ifade ederken (T1:%91,9), %89,2'si daha çok olgunlaştığını (T1:%70,2), %70,2'si kendisini olduğu gibi kabul etmeye başladığını (T1:62,1) belirtmiştir. Bu durum ergenlik döneminin gelişimsel özelliklerinin yanı sıra pandeminin bu ergenlere farklı bir bakış açısı kazandırmasına, sağlıkla ilgili farkındalığın artmış olmasına ve bu nedenle de YB belirtilerini kontrol altına almak için daha istekli olmalarına bağlanabilir. On sekiz çalışmanın dâhil edildiği bir meta analizde; başkalarıyla olumlu ilişkiler, kendini olduğu gibi kabul etme, kişisel bakım, etkili davranışçı bilişsel tedavi uygulamaları ve iyileştirilmiş beden algısının YB iyileşmesinde güçlü belirleyiciler olduğu ortaya konulmuştur (176). Bu bağlamda çalışmamızdaki ergenlerin YB belirtilerinde bildirdikleri olumlu sonuç, ilk çalışmaya benzer olarak COVID-19 dönemindeki iyilik hali ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu iyilik halinin daha düşük anksiyete, obsesyon ve depresyon ölçek puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Yayımlanan bir derlemede, YB hastalarının ve ebeveynlerinin bir yıllık süreçteki değerlendirmelerinde; bu kişilerin tedaviye erişim zorluğu, gıda güvencesizliği, aile içi çatışma, COVID-19 ile ilişkili belirsizlik nedeniyle artan kaygı düzeylerinin yanı sıra çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak aile ile daha çok vakit geçirme, sağlıklı olmanın değeri anlama, çeşitli başa çıkma stratejileri geliştirme, evde daha çok vakit geçirmeyle birlikte daha düzenli yemek yeme davranışı geliştirme gibi olumlu yönleri olduğu da belirtilmiştir (129).

5.7. Pandeminin Erken ve Geç Döneminde, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri Puanlarının Değerlendirmesi

Geçmişte yaşanan pek çok salgın dönemi göz önüne alındığı zaman depresyon, enfekte olma korkusu, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, uykusuzluk, öfke kontrolü gibi olumsuz durumlarda artış olduğu saptanmıştır (146). COVID-19 salgınına yanıt olarak pandeminin ve karantinanın psikolojik etkilerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmalar, genel popülasyonda depresyon, anksiyete, stres, enfekte olma korkusunda olumsuzluklar bildirmiştir ve pandemi öncesinde ruh sağlığı problemi yaşayan bireylerin bu dönemde ilgili semptomatolojilerinde artış olabileceği öne sürölmüştür (119). COVID-19 salgınının özellikle çocuklar ve YB olan savunmasız bireylerde risk faktörlerini kötüleştirebileceği öne sürölmüştür. YB hastaları, COVID-19 ile enfekte olma korkusu, tedavilerdeki aksaklıklar konusunda daha fazla endişe bildirmiştir (119). Bu durumu ele almak için acil önlem olarak bu popülasyonda pandemi sırasında tele-tıp kullanılmaya başlanması önerilmiştir (146). 12-18 yaşları arasındaki 8079 Çinli ergenle yapılan bir anket çalışmasında, COVID-19 salgını sırasında depresyon (%43), anksiyete (%37) ve depresyon ve anksiyete birlikteliğinin (%31) yüksek prevalansta olduğu bildirilmiştir. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre de AN'li ergen hastaların yaklaşık dörtte birine anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir (64). Kadın cinsiyet ve artan yaş bu semptomlar için en yüksek risk faktörü olarak tespit edilmiştir (177). Bizim alışmamızda da literatürle uyumlu olarak ergenlerin %48,6'sında depresyon, %2,7 anksiyete, %10,8 obsesyon tespit edilmiştir. Pandeminin erken dönemiyle karşılaştırıldığında obsesyon ve depresyon puan ortalamalarında belirgin bir artış saptanmazken anksiyete puanlarının belirgin artış gösterdiği ortaya konmuştur.

Depresyon ve kaygı, YB olmayan gençlerde de en sık görölen ruh sağlığı sorunlarından'dır. Karantina nedeniyle evden çıkamamak ve sosyal izolasyon nedeniyle pandemi sırasında depresyon ve anksiyetenin artacağı öne sürölmüştür. Özellikle COVID-19 pandemisi sırasındaki belirsizlik, günlük rutinlerdeki aksaklıklar, aile üyelerinin ve önem verilen kişilerin sağlığıyla ilgili endişeler, muhtemelen gençlerde yaygın kaygı artışıyla ilişkilidir. Yapılan bir meta analizde

(178), pandemi dönemindeki depresyon ve anksiyete prevalansı sırasıyla %25.2 ve %20.5 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da sosyal izolasyon kuralları, rutin aktivitelerdeki değişiklikler, virüs bulaşma korkusu, devam eden pandemiye bağlı olan belirsizlikler anksiyetede artışın nedenleri olabilir.

Çalışmamızda, durumluk kaygı ölçeği ortanca puanları pandeminin erken dönemine göre geç dönemde belirgin artış göstermiştir. Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları Cascino ve arkadaşlarının retrospektif olarak gerçekleştirdiği bir çalışma ile benzerlik göstermektedir (179). Bu çalışmada çoğunluğu AN tanısına sahip bireylerden oluşan örnekleme, YB hastalarında pandeminin başlamasından önceki 2 haftada akut karantina kurallarının uygulandığı dönemde ve kısıtlamaların esneklik göstermeye başladığı geç dönemde YB semptomatolojisi ve eşlik eden psikopatolojiler değerlendirilmiştir. Anksiyetenin zamanla en belirgin artış gösteren durum olduğu ortaya konmuş olup tıknırcasına yeme ve çıkartıcı tip davranışların açılma döneminde pandemi öncesi dönemdeki seviyesine indiği görülmüştür. Anksiyetede bu artışın sebebi sosyal izolasyon kuralları, rutin aktivitelerdeki değişiklikler, virüs bulaşma korkusu gibi nedenlere bağlanmıştır. Norveç'ten yapılan başka bir çalışmada da (180) çalışmamızı destekler şekilde ergenlerde pandemi öncesi ve sırasındaki psikopatoloji değerlendirildiği zaman anksiyete ve depresyonda belirgin artış saptanmıştır. Benzer şekilde Monteleone ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da (127) pandemi öncesi, kısıtlamaların olduğu akut dönem ve açılma döneminde YB semptomatolojisi ve psikopatoloji incelenmiş, bu çalışmada da bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte anksiyetede belirgin artış saptanırken YB semptomlarında kısmi iyileşme olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları doğrultusunda uzun vadede bu hastaların gelişebilecek anksiyete gibi psikopatolojik durumlar açısından yakın izlenmesi önemlidir.

5.8. Pandeminin Erken ve Geç Döneminin Yeme Bozukluğu Belirtilerine, Genel Yaşam Kalitesine ve Yeme Bozukluğu İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda ilk çalışmaya benzer olarak YB semptomlarında kötüleşme bildirenlerin oranı %18,9 olup (T1:%16,2), %37,8'i iyiye gittiğini (T1:%32,4), %43,2'si değişiklik olmadığını bildirmiştir (T1:51,4). Bu da erken ve geç dönem arasında hastaların YB semptomlarının değişmediğini gösterebilir. Yine ilk çalışmaya benzer olarak bu çalışmada yeni gelişen psikiyatrik belirtilerim oldu diyenlerin oranı %13,5 iken (T1:10,8), %54,1'i psikiyatrik belirti olmadığını bildirmiştir (T1:73,4). Bu durum ergenlerin aile içi çatışmasının artmamış olmasıyla bu süreçte güçlü başa çıkma stratejileri geliştirmiş ve hastane izlemlerinin büyük oranda devam etmiş olmasıyla ilişkili olabilir. Schlegl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, pandemi öncesi dönemde yatarak tedavi gören 159 AN hastası çevrim içi anket ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da katılımcıların %65,5'i yeni gelişen psikiyatrik semptomu olmadığını bildirirken yaklaşık yarısı yaşam kalitesinin ve YB semptomatolojisinin kötüleştiğini bildirmiştir. Bu çalışmada video konferans ya da telefon aracılığı ile terapi alma oranı %26 gibi düşük bir oranda kalmıştır. YB semptomatolojisinde olumsuz gidişat söz konusu iken yeni gelişen semptomların az olması günlük rutinler, eğlenceli aktivitelere ayrılan zaman, sorumluluk almaya başlama, yemekler ve yiyeceklerle ilgili olarak daha fazla esneklik kazanma gibi katılımcılar tarafından bildirilen başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir(181).

YB'lerde yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların çoğu, yaşam kalitesinde bozulma olduğunu gösterse de (182) çalışmamızda akut dönemdekine benzer olarak ergenlerin %51,4'ünün YB yaşam kalitesinin iyi olduğunu bildirdiğini ve yeme bozukluğu ilişkili yaşam kalitesinde ilk çalışmaya kıyasla sınırdan artış olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, bu süreçte ergenlerin aile ortamında daha düzenli bir yeme programı oluşturmaları, yemek yeme konusunda aile denetiminin artmış olması nedeniyle diyetlerine daha uygun içerikli besinlerle beslenmeleri ve YB açısından klinik takiplerinin devam etmesiyle ilişkili olabilir. Geç dönemdeki genel sağlık yaşam kalitesine bakıldığında ise katılımcıların yarısından fazlası erken döneme göre değişiklik olmadığını belirtmiştir. Yeme bozukluğu, yaşam kalitesinde artışın genel

sağlık yaşam kalitesinden daha olumlu seyretmesi; devam etmekte olan COVID-19 pandemisi ve bununla ilişkili enfeksiyona yakalanma durumu, anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı problemleri nedeniyle genel sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesindeki iyileşmenin YB semptomatolojisini de azalttığı gösterilmiş olup çalışmamızda bu durumu desteklemektedir. Çalışmamızda YBDÖ toplam puanı ile genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde orta kuvvette anlamlı ilişki saptanmıştır. Bir derlemede YB olan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığı zaman YB'nin şiddetinin en önemli yordayıcı faktör olduğu ortaya konmuştur (183). Başka bir çalışmada da daha fazla tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışlar sergileyen YB'si olan ergenlerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (184) Bizim çalışmamızda da YB semptomatolojisinin kötüleşmemesinin, tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışlarda artış olmamasının da YB ilişkili yaşam kalitesinin olumlu seyrinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

5.9. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Puanlarının Pandeminin Erken ve Geç Döneminde Değerlendirilmesi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), global skoru kesim noktasına göre ilk çalışmada katılımcıların 17 (%45,9)'sinde yeme davranışında bozulma varken bu çalışmada ise katılımcıların 14 (%37,8)'ünde yeme davranışında bozulma vardır. Pandeminin ilerleyen döneminde YBDÖ puanlarında artış saptanmamıştır. Ayrıca tıknırcasına yeme ataklarında ve kısıtlama davranışlarında da artış tespit edilmemiştir. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar olmakla birlikte, YB davranışlarının kötüleştiğini gösteren çalışmalar da vardır. Aslında sağlıklı bireylerde bile daha öncesinde yapılan çalışmalar stresli yaşam koşullarında tıknırcasına yeme ataklarının arttığını ve düzensiz beslenme alışkanlıkları olduğunu, artan sağlıksız gıda tüketimi, artan yemek atıştırma davranışı ve yemek yeme üzerindeki kontrolün azalması gibi sağlıksız beslenme davranışları olduğunu göstermiştir (185, 186).

Phillipou ve arkadaşlarının çalışmasında (187), çalışmamızın aksine yaş ortalaması 30,4 olan öz geçmişinde YB öyküsü olan, bu açıdan klinik izlemleri devam etmeyen bireylerle yapılan çevrim içi anket çalışmasında, YBDÖ alt ölçekler puanlarında kısıtlama, tıknırcasına yeme ve egzersiz yapma gibi davranışlarda artış bulmuş olup bu durum artan anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada YB hastalarının yakın izlenmesinin önemi de vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da Phillipou ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak anksiyete gibi ruh sağlığı problemleri artış göstermiş olmasına rağmen ergenler tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarında artış bildirmemiştir. Phillipou ve arkadaşlarının daha yüksek tıknırcasına yeme atağının bulunmasının nedenleri; o çalışmaya katılan bireylerin erişkin yaş grubunda olması, eşlik eden depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik komorbidite oranlarının daha yüksek olması, anketi yanıtlayan bireylerin çalışma sırasında aktif klinik izleminin olmaması, yine bizim çalışmamızdaki ergenlerin aile denetimi altında olmaları nedeniyle katı bir ortamda gıda tüketimi konusunda daha fazla kontrolün olması ve tıknırcasına yemeyi tetikleyici gıdalara erişimin daha az olması ve bizim çalışmamızdaki ergenlerin daha fazla başa çıkma stratejisi geliştirmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan bir çalışmada, pandemi sürecinde YB'lerin seyrini etkileyen faktörlere bakıldığı zaman daha az kendi kendine başa çıkma stratejisi geliştirmiş olmanın olumsuz prognozla ilişkili olduğu bulunmuştur (188).

Yapılan çalışmalarda YB başlangıç yaşının daha küçük olmasının bu durumun seyrinde olumsuz etkisi olduğu, daha küçük yaşta tanı alan hastaların prognozunun daha kötü olduğu dikkati çekmektedir (55).Ergenlik dönemi başlangıçlı AN hastalarının 30 yıl boyunca gözlemlendiği bir çalışmada da AN'de tanı yaşının daha ileri olması olumlu sonuç ile ilişkilendirilmiştir (189). Çalışmamız literatürdeki bu bilgilerin aksine tanı yaşındaki artışın YB seyrinde daha olumsuz etkiye yol açtığını ortaya koymuştur. Bu durumun nedenleri; örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği gibi hastaların izlem süresinin kısa olmasından da kaynaklanabilmektedir. Ayrıca hastanemizin üçüncü basamak bir hastane olması nedeniyle kliniği ağır olan vakaların başvurusundan ve çalışmamızda değerlendirilmemiş olsa da daha ileri yaşlardaki ergenlerde tedavi uyumunun daha kötü olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.10. Yeme Bozukluğu Davranışını Yordayan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Pandemi sürecinin kronik evresinde YBDÖ toplam puanını yordayan değişkenlere bakıldığı zaman depresyonun YB davranışının %41,1'ini, obsesyonun YB davranışının % 16,7'sini, anksiyetenin ise YB davranışının %39'unu yordadığı bulunmuştur. Anksiyeteye ilk çalışma sırasındaki BKİ değeri eklendiğinde yordayıcı gücün %49,9'a yükseldiği ve son 1 ay içerisinde aile ile çatışma düzeyi eklendiğinde ise yordayıcı gücün %58,4'e yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. İlk çalışmada ise depresyonun YB seyrinin %53,7'sini öngördüğü, diyetle uyum davranışları eklendiğinde yordayıcı gücün %71,2'e yükseldiği ve bu duruma karantinede kalma durumu eklendiğinde yordayıcı gücün %78,1'e yükseldiği görülmüştür.

Erken dönemde depresyon YB davranışını yordayan en önemli faktörken geç dönemde yordayıcılık gücünün düştüğü, anksiyetenin ise yordayıcılık gücünün geç dönemde belirgin artış gösterdiği dikkati çekmektedir. Anksiyete ve YB arasındaki ilişki pek çok çalışmayla ortaya konmuştur ancak pandeminin uzun dönem etkileri konusunda kısıtlı bilgi vardır. Bu çalışmanın bulguları pandeminin geç döneminde YB hastalarının depresyon açısından olduğu kadar anksiyete açısından da özellikle değerlendirilmesinin önemli olduğunu ve anksiyetenin düzensiz yeme davranışının önemli göstergelerinden biri olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Yine bu çalışmayla literatürdeki pek çok çalışma ile uyumlu olarak YB hastalarının BKİ değerlerinin hastalığın seyrinde önemli olduğunu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışma, evde çok daha fazla vakit geçirilmesi gereken, aile üyeleri ile daha yakın ilişkiler kurulan bu dönemde, aile içi dinamiklerin hastalığın seyrindeki rolünü de ortaya koymaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak pek çok çalışmada YB olan bireylerde aile dinamiklerinin önemi vurgulanmıştır. Aile içi ilişkiler, YB'ye karşı dayanıklılıkta önemli olup COVID-19 pandemisi sırasında aile desteğinin önemi ortaya konulmuştur (154). Çalışmamız ile pandemi sürecinde aile üyelerinin tedaviye dâhil olmasının önemini de vurgulamaktadır.

Bu çalışmanın yapıldığı dönemde kısıtlamalar kaldırılmış olsa da pandemi sürecinin etkisi azalmış olmasına rağmen devam etmektedir. Ayrıca ilerleyen yıllarda tekrar farklı bir bulaşıcı hastalık ile karşılaşılıp karantina koşullarının uygulanması ve

sosyal izolasyonun sağlanması gerekli olabilir. Bu bağlamda pandemi döneminden bağımsız olarak YB hastaları gibi öncesinde ruh sağlığı problemleri olan ergenlerin ve akranları ile karşılaştırıldığında daha fazla depresyon, anksiyete, sosyal yalnızlık, azalan aile içi destek bilidiren ve daha fazla ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan ergenler için de (cinsiyet kimliği nedeniyle dışlananlar, mülteci sığınmacı, gözaltındaki ergenler gibi kırılgan gruplar (190-192) pandemi koşullarının oluşturduğu risk etmenlerinin varlığı düşünüldüğünde yakın takip edilmesinin, eşlik edebilecek anksiyete ve diğer ruh sağlığı sorunları açısından ek tarama yapılmasının ve aile içi ilişkilere özen gösterilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

5.11. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma, pandeminin başlangıcında (Mayıs 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında) pandeminin erken aşamasında kısıtlamaların YB tanısı konulmuş olan ergenler üzerindeki etkisini değerlendirmek ve YB tutumunu öngören faktörleri belirlenmek amacıyla yapılan çalışmanın devamı olarak pandemi sürecinin uzun vadeli etkilerini değerlendirmek için ilk çalışmadan tam bir yıl sonra ilk çalışmadaki ergenlerle yapılmıştır. Bu değerlendirme kapsamında, erken ve geç dönem arasında anksiyete, depresyon belirtileri ve yeme tutumu açısından farklılık olup olmadığının araştırılması, farklılık saptanması durumunda ilişkili etmenlerin belirlenmesi ve COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi ve endişenin YB seyrine etkilerinin incelenmesi planlanmıştır.

Bu çalışma, boylamsal bir çalışma olması ve pandeminin ergen YB'lerdeki uzun vadedeki etkilerinin değerlendiren az sayıdaki çalışmadan biri olması nedeniyle değerlidir. Bu çalışma erken dönemde olduğu gibi geç dönemde de depresyonun YB kliniği üzerinde en önemli yordayıcı etmen olduğunu, anksiyetin ise geç dönemde belirgin artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışmamızda, ilk çalışmanın verileri ile karşılaştırma yapıldığı gibi ek olarak ergenlerden pandemi dönemindeki uyku düzeni değişiklikleri ve tele-tıp yönteminin etkinliğini de değerlendirilmeleri istenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarının devam etmekte olan pandemi sürecinde ve benzer kısıtlamaları içeren koşullar altında YB olan ergenlerin yönetiminde klinisyenlere yol göstereceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmanın önemli yanlarından birisi de pandemi döneminde yapılan pek çok çalışmada YB tanısı alan birey sayısında artış ve YB

seyrinde kötüleşme olduğunu gösterse de pandemi öncesinde ve sırasında devam eden klinik izleme bu hastaların YB seyrinin olumsuz etkilenmediğinin gösterilmesidir.

Mevcut çalışmanın en önemli kısıtlılığı, sınırlı örneklem büyüklüğü ve kesitsel olmasıdır. Aynı zamanda çalışma verileri toplanırken ergenlerin %64,8'i anket formlarını çevrim içi yanıtlamış olup bu ergenlerle yüz yüze görüşülememiştir. Yüz yüze görüşülemeyen ergenlerle ilgili en önemli kısıtlılık, vücut ağırlığı ve BKİ değeri gibi verilerin ailelerin beyanlarına dayanmasıdır. Bunun yanı sıra çalışmaya katılan ergenlerin bir kısmının pandemi öncesi ve şimdiki vücut ağırlığı ve BKİ değerlerine ulaşamamıştır. Ayrıca çalışmada ergenlerin uyku kalitesini değerlendirmek için ölçek kullanılmamış olup araştırmacılar tarafından hazırlanan sorulara ergenlerin kendi verdikleri öznel cevaplar temel alınmıştır, sunulmuştur. Aynı zamanda ilk çalışmada uyku değerlendirilmediği için karşılaştırma yapılamamıştır. Bunun yanı sıra çalışmada YB seyrinde, YB alt tiplerine göre analiz yapılmamıştır. Ek olarak bir anket çalışması olması ve hastaların öznel değerlendirmesine dayanması ve bu çalışmaya dâhil edilen hastaların çoğunluğunun izlem altında olması nedeniyle pandemi sürecindeki takipsiz YB hastalarının seyrini yansıtmamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Pandeminin geç döneminde yapılan bu çalışmaya, pandeminin erken döneminde yapılan ilk çalışmaya katılan 38 ergenden 37'si (%97,3) katılmıştır. En sık tanı AN-RT olup (%67,5, n=25) katılımcıların çoğunluğu kızdır (%94,6, n=35). Ergenlerin %10,8'i COVID-19 enfeksiyonu geçirmişken hiç birinin COVID-19 nedeniyle hastane yatışı gerekmemiştir.
- ✓ İlk çalışmada ergenlerin %86,5'inin (n=32) klinik izlemi devam ederken şimdiki çalışma sırasında bu oran %67,6 (n=25) olarak bulunmuştur.
- ✓ İlk ve şimdiki çalışmada AN tanılı hastaların BKİ değerleri arasında ve pandemi öncesindeki BKİ değerleri arasında fark saptanmazken her üç dönemdeki BKİ değeri ile tanı anındaki BKİ ortalamasına göre anlamlı olarak yüksektir. Bu sonuçla pandemi öncesinde izlemde olup tedavi almanın etkisinin, pandeminin etkisinden daha önemli olduğu ortaya koyulmuştur.
- ✓ Katılımcılar ilk çalışmadan farklı olarak sağlık hizmetlerine erişimlerinin belirgin şekilde arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca %73'ü tele-sağlık hizmetinin yüz-yüze muayeneden daha etkili olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Ergenlerin %43,2'si bu süreçte uyku kalitesinin bozulduğunu ifade etmiş olup uyku kalitesinin bozulmasının YB davranışını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. YB olan ergenlerin izleminde uyku problemlerinin de ele alınması gereklidir.
- ✓ Ergenlerin %62,2'si pandeminin geç döneminde aile içi çatışma yaşamadığını ifade etmiştir. Bu durumun çalışmamızın olumlu sonucunda önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.
- ✓ Ergenlerin %37,8'i okula gidememenin çok fazla oranda zor olduğunu belirtmiştir. Bu durum ilk çalışmaya göre belirgin artış göstermiştir (T1:%5,4). Bunun nedeni ilk çalışmadan bu yana okulların kapalı kalmaya devam etmesi olabilir. Bunun yanı sıra okulların kapalı kalmaya devam etmesi, ergenler için pek çok sosyal aktiviteden ve destekten, eğlenceli uğraşlardan uzak kalmaya sebebiyet vermesi nedeniyle artan anksiyeteye

katkı sağlamış olabilir. Bu süreçte ergenlerin bu yönden de desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

- ✓ Katılımcıların YBDÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları ilk çalışmaya göre artış göstermemiştir. Ayrıca katılımcıların %54,1'i yeni gelişen psikiyatrik belirtilerinin olmadığını, %51,4'ü YB yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu, %83,8'i ise bu süreçte sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu anladığını belirtmiştir.
- ✓ Ergenlerin %48,6'sında depresyon tespit edilmiştir. Obsesyon puan ortalamalarında bir önceki çalışmaya göre belirgin bir artış saptanmazken anksiyete puanlarının zaman içerisinde belirgin artış gösterdiği ortaya konulmuştur. (anksiyete %2,7, obsesyon %10,8)
- ✓ Pandemi sürecinde YBDÖ toplam puanını yordayan değişkenlere bakıldığı zaman ilk çalışmada YB davranışını yordayan en önemli faktör depresyon iken geç dönemde de en önemli yordayıcı faktör depresyon olup yordayıcılık gücü azalmış ve anksiyete önem kazanmıştır.
- ✓ Çalışmamızın sonucunda, YB belirtilerinin pandeminin hem erken hem de geç döneminde kötüye gitmediği bulunmuştur.. Pandemi sürecinde YB olan bireylerin uzun vadede anksiyete açısından ek olarak değerlendirilmesinin gerektiğini ve pandemi öncesi izlem altında olunmasının ve pandemi sırasında yakın klinik izlemin bu bireylerde koruyucu olduğu gösterilmiştir.

7. KAYNAKÇA

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911.
2. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361(9355):407-16.
3. Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci*. 2020;50(Si-1):571-7.
4. Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-51. 2020.
5. HASUDER COVID-19 pandemisine Türkiye'de hazırlık ve yanıt: 28. gün değerlendirmesi 12 nisan 2020 [Available from: <https://korona.hasuder.org.tr/pandeminin-28-gun-degerlendirmesi/>].
6. Waller G, Pugh M, Mulken S, Moore E, Mountford VA, Carter J, et al. Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *Int J Eat Disord*. 2020;53(7):1132-41.
7. Fowers A, Wan W. A third of Americans now show signs of clinical anxiety or depression, Census Bureau finds amid coronavirus pandemic. *Washington Post*. 2020;26.
8. Akgül S, Akdemir D, Nalbant K, Derman O, Ersöz Alan B, Tüzün Z, et al. The effects of the COVID-19 lockdown on adolescents with an eating disorder and identifying factors predicting disordered eating behaviour. *Early Interv Psychiatry*. 2021.
9. Wood S, Marchant A, Allsopp M, Wilkinson K, Bethel J, Jones H, et al. Epidemiology of eating disorders in primary care in children and young people: a Clinical Practice Research Datalink study in England. *BMJ Open*. 2019;9(8):e026691.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
11. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24(1):177-96.

12. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *J Adolesc Health*. 2015;56(4):370-5.
13. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013;3(5).
14. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
15. Uzun O, Güleç N, Ozşahin A, Doruk A, Ozdemir B, Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):123-6.
16. Gorrell S, Murray SB. Eating Disorders in Males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):641-51.
17. Sonnevile KR, Horton NJ, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Solmi F, et al. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatr*. 2013;167(2):149-55.
18. Rome ES, Strandjord SE. Eating Disorders. *Pediatr Rev*. 2016;37(8):323-36.
19. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Quaranta M, Koch SV, et al. Eating Disorders, Autoimmune, and Autoinflammatory Disease. *Pediatrics*. 2017;140(6).
20. Zganjer V, Zganjer M, Cizmić A, Pajid A, Zupancić B. Suicide attempt by swallowing sponge or pica disorder: a case report. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2011;54(2):91-3.
21. Liu YH, Pesch MH, Lumeng JC, Stein MT. Pica in a Four-Year-Old Girl with Global Developmental Delay. *J Dev Behav Pediatr*. 2015;36(9):758-60.
22. Murray HB, Thomas JJ, Hinz A, Munsch S, Hilbert A. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *Int J Eat Disord*. 2018;51(8):994-8.
23. Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their

- associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(11):1499-508.
24. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int J Eat Disord*. 2015;48(2):238-48.
 25. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):277-83.
 26. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Pica: symptom or eating disorder? A historical assessment. *Br J Psychiatry*. 1992;160:341-54.
 27. Matson JL, Hattier MA, Belva B, Matson ML. Pica in persons with developmental disabilities: approaches to treatment. *Res Dev Disabil*. 2013;34(9):2564-71.
 28. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol*. 2015;27(1):84-93.
 29. Raha B, Sarma S, Thilakan P, Punnoose ZM. Rumination Disorder: An Unexplained Case of Recurrent Vomiting. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(3):361-3.
 30. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(4).
 31. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ. Rumination syndrome in children and adolescents: a school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:163.
 32. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M. A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. *J Pediatr*. 2016;179:139-43.e1.
 33. Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Correction to: Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(11):1509.

34. Vachhani H, Ribeiro BS, Schey R. Rumination Syndrome: Recognition and Treatment. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2020.
35. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):95-103.
36. Kızıllkan M. Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması, Tanı Kriterleri ve Epidemiyolojisi. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2017;38(3):125-38.
37. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):45-57.
38. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2018;51(2):170-3.
39. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):49-52.
40. Dovey TM. Avoidant/restrictive food intake disorder: An eating disorder on a spectrum with food neophobia. *Food Neophobia: Elsevier*; 2018. p. 329-49.
41. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014;2(1):21.
42. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):464-70.
43. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(7):779-85.
44. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord*. 2017;5:21.
45. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food

- intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *J Eat Disord.* 2018;6:7.
46. Schorr M, Drabkin A, Rothman MS, Meenaghan E, Lashen GT, Mascolo M, et al. Bone mineral density and estimated hip strength in men with anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2019;90(6):789-97.
 47. Richard E.Kreipe TBS. Eating disorders. In: M.Kliegman R, editor. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 21 ed 2019. p. 587-96.
 48. Sönmez AÖ. Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2017;9(3):301-16.
 49. World Health Organization. Regional Office for E. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2005 2005.
 50. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing.* 2019;49(10):24-30.
 51. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):523-35.
 52. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(2):79-89.
 53. Tunçtürk M. Ergenlerde Anoreksiya Nervoza. *Türkiye Klinikleri Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları.* 2020:26-32.
 54. Erzegovesi S, Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectr.* 2016;21(4):304-9.
 55. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients.* 2019;11(8).
 56. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):845-50.

57. Holland J, Hall N, Yeates DG, Goldacre M. Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): database studies. *J R Soc Med.* 2016;109(2):59-66.
58. Calzo JP, Austin SB, Micali N. Sexual orientation disparities in eating disorder symptoms among adolescent boys and girls in the UK. *European child & adolescent psychiatry.* 2018;27(11):1483-90.
59. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry.* 2007;164(8):1259-65.
60. Hammerle F, Huss M, Ernst V, Bürger A. Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open.* 2016;6(5):e010843.
61. Holland LA, Bodell LP, Keel PK. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21(5):405-10.
62. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics.* 2014;134(3):582-92.
63. Hebebrand J, Exner C, Hebebrand K, Holtkamp C, Casper RC, Remschmidt H, et al. Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiol Behav.* 2003;79(1):25-37.
64. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):714-23.
65. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med.* 2006;68(3):454-62.
66. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(5):603-12.
67. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017;47(4):85-94.

68. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):406-14.
69. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med.* 2009;39(5):823-31.
70. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):587-97.
71. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol.* 2017;126(1):38-51.
72. Pope HG, Jr., Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiatry.* 1992;149(4):455-63.
73. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):21-32.
74. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):549-55.
75. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):33-43.
76. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:17-30.
77. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord.* 2015;3:19.
78. Düzçeker Y. Yeme Bozukluklarının Klinik Değerlendirmesi. *Katkı Pediatri Dergisi Yeme Bozuklukları.* 2017;38(3):139-60.
79. Pediatrics AAo, Adolescence Co, Obstetricians ACo, Gynecologists, Care CoAH. Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Pediatrics.* 2006;118(5):2245-50.
80. Kanbur N. Ergenlerde Psikososyal Görüşme (HEEADSSS). In: Cengiz Yakıcı HK, editor. *Çocuklarda Anamnezden Tanıya*2016. p. 100-6.

81. Richard E.Kreipe TBS. Eating Disorders. In: Robert M. Kliegman BMDS, Joseph St. Geme, Nina F Schor, editor. Nelson Textbook of Pediatrics. 12019. p. 587-96.
82. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):438-43.
83. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37 Suppl:S52-9; discussion S87-9.
84. Kreipe RE, Golden NH, Katzman DK, Fisher M, Rees J, Tonkin RS, et al. Eating disorders in adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1995;16(6):476-9.
85. Akgül S. Yeme bozukluğu izleminde medikal tedavi ortamları. *Yeme Bozuklukları Katkı Pediatri Dergisi*. 2017:197.
86. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):121-5.
87. WS. A. *The Oxford Handbook of Eating Disorders*2010.
88. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*. 1995;16(6):420-37.
89. Kafantaris V, Leigh E, Hertz S, Berest A, Schebendach J, Sterling WM, et al. A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(3):207-12.
90. Hagman J, Gralla J, Sigel E, Ellert S, Dodge M, Gardner R, et al. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(9):915-24.
91. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016;101(12):1168-75.
92. Crook MA, Hally V, Panteli JV. The importance of the refeeding syndrome. *Nutrition*. 2001;17(7-8):632-7.

93. Kraft MD, Btaiche IF, Sacks GS. Review of the refeeding syndrome. *Nutr Clin Pract.* 2005;20(6):625-33.
94. O'Connor G, Nicholls D. Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review. *Nutrition in Clinical Practice.* 2013;28(3):358-64.
95. Brown CA, Sabel AL, Gaudiani JL, Mehler PS. Predictors of hypophosphatemia during refeeding of patients with severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):898-904.
96. KIZILKAN MP, AKGÜL S, DERMAN O, KANBUR N. Yatırılarak izlenen anoreksiya nervozalı ergenlerde yeniden beslenme döneminde hipofosfatemi gelişme riski. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.*14(2):136-42.
97. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *Bmj.* 2008;336(7659):1495-8.
98. O'Connor G, Nicholls D. Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review. *Nutr Clin Pract.* 2013;28(3):358-64.
99. Katzman DK, Garber AK, Kohn M, Golden NH. Refeeding hypophosphatemia in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine.* 2014;55(3):455.
100. Bargiacchi A, Clarke J, Paulsen A, Leger J. Refeeding in anorexia nervosa. *Eur J Pediatr.* 2019;178(3):413-22.
101. Habas K, Nganwuchu C, Shahzad F, Gopalan R, Haque M, Rahman S, et al. Resolution of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2020;18(12):1201-11.
102. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-20.
103. Yeşilbağ K, Aytoğu G. Coronavirus host divergence and novel coronavirus (Sars-CoV-2) outbreak. *Clinical and Experimental Ocular Trauma and Infection.* 2020;2(1):6-14.
104. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus

- disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate Medical Journal*. 2020;96(1142):753-8.
105. [Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>].
 106. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):883-92.
 107. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277:55-64.
 108. Walsh O, McNicholas F. Assessment and management of anorexia nervosa during COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020;37(3):187-91.
 109. Solmi F, Downs JL, Nicholls DE. COVID-19 and eating disorders in young people. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2021;5(5):316-8.
 110. Krass P, Dalton E, Doupnik SK, Esposito J. US Pediatric Emergency Department Visits for Mental Health Conditions During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2021;4(4):e218533-e.
 111. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villaseñor Á, Yáñez S, Muñoz R, et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*. 2020;28(6):864-70.
 112. Otto AK, Jary JM, Sturza J, Miller CA, Prohaska N, Bravender T, et al. Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2021;148(4).
 113. Schwartz MD, Costello KL. Eating Disorder in Teens During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*. 2021;68(5):1022.
 114. Haripersad YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards K, et al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood*. 2021;106(3):e15-e.
 115. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia

- Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Network Open*. 2021;4(12):e2137395-e.
116. Kurisu K, Matsuoka M, Sato K, Hattori A, Yamanaka Y, Nohara N, et al. Increased prevalence of eating disorders in Japan since the start of the COVID-19 pandemic. *Eat Weight Disord*. 2021:1-5.
 117. Goldberg L, Ziv A, Vardi Y, Hadas S, Zuabi T, Yeshareem L, et al. The effect of COVID-19 pandemic on hospitalizations and disease characteristics of adolescents with anorexia nervosa. *Eur J Pediatr*. 2022:1-5.
 118. Czepczor-Bernat K, Swami V, Modrzejewska A, Modrzejewska J. COVID-19-Related Stress and Anxiety, Body Mass Index, Eating Disorder Symptomatology, and Body Image in Women from Poland: A Cluster Analysis Approach. *Nutrients*. 2021;13(4).
 119. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(3):239-45.
 120. Zeiler M, Wittek T, Kahlenberg L, Gröbner EM, Nitsch M, Wagner G, et al. Impact of COVID-19 Confinement on Adolescent Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative Interview Study Involving Adolescents and Parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
 121. Wootton R. Telemedicine. *Bmj*. 2001;323(7312):557-60.
 122. Burke BL, Hall R, Dehnel PJ, Alexander JJ, Bell DM, Bunik M, et al. Telemedicine: pediatric applications. *Pediatrics*. 2015;136(1):e293-e308.
 123. Barney A, Buckelew S, Mesheriakova V, Raymond-Flesch M. The COVID-19 Pandemic and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and Opportunities for Innovation. *J Adolesc Health*. 2020;67(2):164-71.
 124. Davis C, Ng KC, Oh JY, Baeg A, Rajasegaran K, Chew CSE. Caring for Children and Adolescents With Eating Disorders in the Current Coronavirus 19 Pandemic: A Singapore Perspective. *J Adolesc Health*. 2020;67(1):131-4.
 125. Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*. 2020:1-10.

126. Couturier J, Pellegrini D, Miller C, Bhatnagar N, Boachie A, Bourret K, et al. The COVID-19 pandemic and eating disorders in children, adolescents, and emerging adults: virtual care recommendations from the Canadian consensus panel during COVID-19 and beyond. *J Eat Disord.* 2021;9(1):46.
127. Monteleone AM, Marciello F, Cascino G, Abbate-Daga G, Anselmetti S, Baiano M, et al. The impact of COVID-19 lockdown and of the following "re-opening" period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms. *J Affect Disord.* 2021;285:77-83.
128. Keedy C. Sharp Rise in Children Waiting for Treatment in London for Eating Disorders. *ITV News.* 2021 2021 [Available from: <https://www.itv.com/news/london/2021-05-13/sharp-rise-in-children-waiting-for-treatment-in-london-for-eating-disorders>].
129. Parsons H, Murphy B, Malone D, Holme I. Review of Ireland's First Year of the COVID-19 Pandemic Impact on People Affected by Eating Disorders: 'Behind Every Screen There Was a Family Supporting a Person with an Eating Disorder'. *J Clin Med.* 2021;10(15).
130. Matthews A, Kramer RA, Peterson CM, Mitan L. Higher admission and rapid readmission rates among medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa during COVID-19. *Eat Behav.* 2021;43:101573.
131. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review.* 2011;19(6):509-11.
132. Erol N, Savaşır I. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi. XXIV Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, GATA Basımevi. 1988:107-14.
133. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi.* 1988;6:118-22.
134. Özusta HŞ. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1995;10(34):32-44.

135. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International journal of eating disorders*. 1994;16(4):363-70.
136. Mond JM, Owen C, Hay P, Rodgers B, Beumont P. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*. 2005;14(1):171-8.
137. Lavender JM, De Young KP, Anderson DA. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate men. *Eating behaviors*. 2010;11(2):119-21.
138. Luce KH, Crowther JH, Pole M. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(3):273-6.
139. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389-95.
140. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
141. Prevention B-JS. 1. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Children: Preliminary Manual.(Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1973). 2. Rigoli F, Ewbank M, Dalglish T and. *Psychol Bull*. 1995;118(3):328-57.
142. COVID-19 Pandemi Sürecinin Ergenlerde Yeme Bozukluğuna Bir Yıllık Etkisinin Değerlendirmesi Anket Soruları [Available from: https://docs.google.com/forms/d/1MtjhyFrhX5Isc9lIDuRWVZ9UNVUtr5fMSiGjEsmdfTs/viewform?edit_requested=true].
143. Spettigue W, Obeid N, Erbach M, Feder S, Finner N, Harrison ME, et al. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9(1):1-8.
144. Robertson M, Duffy F, Newman E, Prieto Bravo C, Ates HH, Sharpe H. Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. *Appetite*. 2021;159:105062.
145. Schlegl S, Meule A, Favreau M, Voderholzer U. Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of former inpatients. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(6):847-54.
146. Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach G, Steward T, Etxandi M, Baenas I, et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of

- confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28(6):871-83.
147. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy.* 1999;37(1):1-13.
 148. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image.* 2016;17:100-10.
 149. Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(4):421-46.
 150. Machado PPP, Pinto-Bastos A, Ramos R, Rodrigues TF, Louro E, Gonçalves S, et al. Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. *J Eat Disord.* 2020;8(1):57.
 151. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int J Eat Disord.* 2020;53(11):1855-62.
 152. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2017;51(2):205-18.
 153. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord.* 2016;49(5):439-54.
 154. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermid CM, et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders.* 2020;53(11):1780-90.
 155. Erokhin V, Gao T. Impacts of COVID-19 on Trade and Economic Aspects of Food Security: Evidence from 45 Developing Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16).
 156. Bulucu Büyüksoy GD, Çatiker A, Özdil K. Food Insecurity and Affecting Factors in Households With Children During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021:1-6.

157. Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. Springer; 2020. p. 1-3.
158. Weissman RS, Bauer S, Thomas JJ. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. Wiley Online Library; 2020. p. 639-46.
159. Yaffa S, Adi E-L, Itai P, Marit J-M, Doron G, Daniel S. Treatment of eating disorders in adolescents during the COVID-19 pandemic: a case series. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9(1):1-11.
160. Castro A, Gili M, Ricci-Cabello I, Roca M, Gilbody S, Perez-Ara MÁ, et al. Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2020;260:514-26.
161. Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J, Castro SM, Ospina MM, Villanueva Betancourth C, Amórtegui JP, et al. Feasibility and Acceptability of Comprehensive Virtual Treatment in Eating Disorders: Perspectives from Patients, Parents and Therapists During the COVID-19 Pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021.
162. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Pate RR, Turner-McGrievy GM, Kaczynski AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):100.
163. Bates LC, Zieff G, Stanford K, Moore JB, Kerr ZY, Hanson ED, et al. COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hour Day in Children and Adolescents: Physical Activity, Sedentary Behavior, and Sleep. *Children (Basel)*. 2020;7(9).
164. Becker SP, Gregory AM. Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(7):757-9.
165. Langlet B, Vestermark F, Stolt J, Zandian M, Södersten P, Bergh C. Physical activity and sleep during the first week of anorexia nervosa inpatient care. *PLoS One*. 2021;16(11):e0260077.
166. Allison KC, Spaeth A, Hopkins CM. Sleep and eating disorders. *Current psychiatry reports*. 2016;18(10):1-8.

167. Lombardo C, Battagliese G, Venezia C, Salvemini V. Persistence of poor sleep predicts the severity of the clinical condition after 6 months of standard treatment in patients with eating disorders. *Eating behaviors*. 2015;18:16-9.
168. Kim KR, Jung Y-C, Shin M-Y, Namkoong K, Kim J-K, Lee J-H. Sleep disturbance in women with eating disorder: prevalence and clinical characteristics. *Psychiatry Research*. 2010;176(1):88-90.
169. [Available from: <https://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/10820-tusiad-erg-covid-19-etkisinde-turkiye-de-egitim>.
170. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. The Impact of COVID-19 School Closure on Child and Adolescent Health: A Rapid Systematic Review. *Children*. 2021;8(5):415.
171. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(11):1218-39. e3.
172. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behav Sci (Basel)*. 2020;10(4).
173. Palazzoli MS. Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 1985;4(3):12-6.
174. Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing--circularity--neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process*. 1980;19(1):3-12.
175. Hobfoll SE, Spielberger CD. Family stress: Integrating theory and measurement. *Journal of family psychology*. 1992;6(2):99.
176. de Vos JA, LaMarre A, Radstaak M, Bijkerk CA, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *J Eat Disord*. 2017;5:34.
177. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*. 2020;29(6):749-58.

178. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142-50.
179. Cascino G, Marciello F, Abbate-Daga G, Balestrieri M, Bertelli S, Carpiniello B, et al. How Is the History of Early Traumatic Exposure Associated With the Psychopathological Outcomes of COVID-19 Related Lockdown and Subsequent Re-opening in People With Eating Disorders? *Frontiers in Psychiatry.* 2021;12.
180. Hafstad GS, Sætren SS, Wentzel-Larsen T, Augusti EM. Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak - A prospective population-based study of teenagers in Norway. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;5:100093.
181. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020;53(11):1791-800.
182. de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res.* 2005;14(6):1511-22.
183. Bamford B, Sly R. Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association.* 2010;18(2):147-53.
184. Jenkins PE, Hoste RR, Doyle AC, Eddy K, Crosby RD, Hill L, et al. Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *J Psychosom Res.* 2014;76(1):1-5.
185. Loth K, van den Berg P, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from Project EAT. *J Adolesc Health.* 2008;43(5):514-6.
186. Frayn M, Fojtu C, Juarascio A. COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Curr Psychol.* 2021;40(12):6249-58.
187. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the

- COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord.* 2020;53(7):1158-65.
188. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28(6):855-63.
189. Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry.* 2020;216(2):97-104.
190. Baams L, De Luca SM, Brownson C. Use of mental health services among college students by sexual orientation. *LGBT health.* 2018;5(7):421-30.
191. Solmaz F, Karataş H, Kandemir H, Solmaz A. Depression, loneliness and factors influencing in Syrian refugee children. *Int J Clin Pract.* 2021;75(5):e14039.
192. Hedrick K, Borschmann R. Addressing self-harm among detained asylum seekers in Australia during the COVID-19 pandemic. *Aust N Z J Public Health.* 2021;45(1):80.

8. EKLER

Ek 1: Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki sorulara uygun cevapları soruların yanlarındaki boşluklara yazınız lütfen.

1. Adınızın ve Soyadınızın İlk Harflerini Yazınız Lütfen:.....

2. Cinsiyetnizi belirtiniz lütfen.....

3. Kaç yaşındasınız?.....

4. Okula gidiyor musunuz?: Evet: Kaçınıcı sınıfa gidiyorsunuz?.....

Hayır: Kaç yıldır gitmiyorsunuz?.....

Kaçınıcı sınıf terk ?.....

5. Ailenizde kaç kişi bulunmaktadır?: Anne baba

Anne, baba ve kardeş

Geniş aile

Ek 2: Hastalarla İlgili Tıbbi Kayıtlardan Elde Edilecek Veri Formu

- 1.DSM-5 Tanısı:
 - 2.Yeme Bozukluğu Tanısı Aldığı Yaş:
 - 3.Tanı Anındaki Beden Ağırlığı (VA):
 - 4.Tanı Anındaki Boyu:
 - 5.Tanı Anındaki BKİ:
 - 6.Tanı Anında Tükettiği Kalori:
 - 7.Hastanın minimum BKİ ve VA:
 - 8.Hastanın maksimum BKİ ve VA:
 - 9.Pandemi başlangıcı (Mart 2020) VA: BKİ:
 - 10.Şu andaki VA: BKİ:
 - 11.Hastanede yatması gerekip gerekmediği: EVET: HAYIR (Mart 2020 öncesi):
 - 12.Hastanede yatması gerekip gerekmediği: EVET: HAYIR (Mart 2020 ve sonrası):
 - 13.Kusması olup olmadığı: EVET:(sıklık) (en son tarih) HAYIR:
 14. Egzersiz durumu: EVET: (sıklık) (en son tarih): HAYIR:
 - 15.İlaç kötüye kullanım durumu: HAYIR
EVET: Laksatif: Diüretik: Tiroid ilacı:
(en son kullandığı tarih): (en son kullandığı tarih): (en son kullandığı tarih):
 - 16.Son muayene tarihi: Ergen Sağlığı Ünitesi:
 - 17.Son muayenede tükettiği kalori:
 - 18.Pandemi öncesi kontrol sıklığı: Ergen Sağlığı:
 - 19.Pandemi başlangıcı kontrol sıklığı (1 Mayıs 2020- 1 Haziran 2020) Ergen Sağlığı:
 - 20.Son teletıp muayene tarihi: Ergen sağlığı
 - 21.Pandemi süresince teletıp muayene sıklığı: Ergen Sağlığı:
 - 22.Pandemi süresince yüz yüze muayene sıklığı: Ergen Sağlığı:
- PSİKİYATRİK VERİLER**
- 1.İlk Muayene Tarihi:
 - 2.Tanısı:
 - 3.Kullandığı İlaçlar:
 - 4.Son Muayene Tarihi:
 - 5.Pandemi Öncesi Kontrol Sıklığı:
 6. Pandemi başlangıcı kontrol sıklığı (1 Mayıs 2020- 1 Haziran 2020):
 7. Son teletıp muayene tarihi:
 8. Pandemi süresince teletıp muayene sıklığı:
 9. Pandemi süresince yüz yüze muayene sıklığı:

Ek 3: COVID-19 Pandemi Sürecinin Ergenlerde Yeme Bozukluğuna Etkisini Değerlendirme Anketi

Aşağıdaki soruların altında boş bırakılan kısımlara uygun cevapları yazınız lütfen.

1.Pandemi süresince COVID-19 tanısı aldın mı? Evet: Hayır:

2. COVID-19 tanısı aldıysan tedavi amaçlı hastanede yatman gerekti mi? Evet: Hayır:

3.Pandemi süresince aile üyelerinden herhangi biri COVID-19 tanısı aldı mı? Evet: Hayır:

4.Tanı alan olduysa bu nedenle tedavi amacıyla hastanede yatması gereken oldu mu ?
Evet: Hayır:

5. COVID-19 nedeniyle aile üyelerinden vefat eden oldu mu? Evet: Hayır:

6.COVID-19 Pandemi sürecinde aile üyelerinden işini kaybeden oldu mu? Evet Hayır

(Bu soruya cevabınız evetse 7.soruya geçiniz lütfen)

7.COVID-19 pandemi sürecinde işini kaybeden olduysa yakınlık derecesi nedir?
(Örneğin; anne,baba,kardeş gibi..).....

7.Son 1 ay içerisinde günde ortalama ne kadar süre ders çalıştın?.....

a)çalışmadım (0-1 saat)

b)1-3 saat çalıştım

c)4-6 saat geçirdim

d)7-9 saat çalıştım

e)10 saat ve daha fazla çalıştım

8.Son 1 ay içerisinde günde ortalama ne kadar süre ekranı olan teknolojik aletlerle
(telefon, televizyon, bilgisayar gibi...) zaman geçirdin?

a)Geçirmedim (0-1 saat)

b)1-3 saat geçirdim

c)4-6 saat geçirdim

d)7-9 saat geçirdim

e)10 saat ve daha fazla geçirdim

9.Son 1 ay içerisinde günde ortalama ne kadar süre hobilerinle zaman geçirdin?

a)Geçirmedim (0-1 saat)

b)1-3 saat geçirdim

c)4-6 saat geçirdim

d)7-9 saat geçirdim

e)10 saat ve daha fazla vakit geçirdim

10.COVID-19 Pandemisi sırasında yeni gelişen psikiyatrik belirtilerin oldu mu?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

11.Sıklıkla evde olmak senin için ne kadar zor?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

12.Okula gidememek senin için ne kadar zor?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

13.Arkadaşlarını görememek senin için ne kadar zor?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

14.Ne sıklıkta arkadaşlarıyla iletişim kuruyorsun?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

15.Arkadaşlarıyla nasıl iletişim kuruyorsun?

1.Telefonla konuşma 2.Telefonla mesajlaşma 3.Görüntülü görüşme 4.E-posta 5.Diğer (açıklayınız):.....

16.Pandeminin başlangıcına göre arkadaşlarıyla iletişimin arttı mı?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

17.COVID-19 Pandemisi yemek yeme davranışını nasıl etkiledi?

1.Kötüleşti 2.Değişmedi/Etkilemedi 3.Düzelmeye başladı/İyiye gitti

18.COVID-19 Pandemisi yeme bozukluğu ile ilişkili diğer belirtileri nasıl etkiledi?

1.Kötüleşti 2.Değişmedi/Etkilemedi 3.Düzelmeye başladı/İyiye gitti

19.COVID-19 Pandemisi başladığından beri yeme bozukluğu belirtilerinde değişiklik oldu mu?

1.Kötüleşti 2.Değişmedi/Etkilemedi 3.Düzelmeye başladı/İyiye gitti

20.Pandemi sürecini düşünerek aşağıdakilerden bir ya da birkaçını işaretleyiniz lütfen.

a)pandemi sürecinde düzenli market alışverişi yapamama gibi nedenlerden dolayı yeterli yiyeceğe ulaşamama konusunda kaygılarım oldu.

b)pandemi sürecinde ailemin gelir kaybı nedeniyle yeterli yiyeceğe erişememe konusunda kaygılarım oldu.

c)mevcut yeme planım ve yeme tarzıma uygun yiyeceklere erişim konusunda kaygılarım oldu.

d)sosyal izolasyon nedeniyle kendimi yalnız hissettiğim için yeme bozukluğumda artış olduğunu düşünüyorum.

e)sıklıkla evde kalmış olmanın yeme bozukluğumu tetiklediğini düşünüyorum.

f)yasaklar nedeniyle evde yiyecek depolanması nedeniyle, fazla yeme kaygım oldu.

g)pandemi sürecinde yiyecek alımımı kısıtladım.

h)pandemi sürecinde daha fazla kendimi kusturma, egzersiz yapma ve laksatif kullanımı gibi davranışlarda bulundum.

21.COVID-19 Pandemisi sağlık hizmeti almaya engel oldu mu?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

22.COVID-19 Pandemisi sağlık hizmeti almaya engel olduysa nasıl engel oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1.Evden çıkma yasağı nedeniyle sağlık hizmeti alamadım.

2.Hastalık buluşması riski nedeniyle sağlık hizmeti alamadım.

3.Hastaneden randevu almak zorlaştığı için sağlık hizmeti alamadım.

4.Sağlık hizmeti almamda engel olmadı, çünkü telefon ya da çevrim içi olarak sağlık hizmeti aldım.

5.Diğer: (açıklayınız)

23.COVID-19 Pandemisi sırasında telefon ile tıbbi yardım aldın mı? Evet: Hayır:

(Bu soruya cevabınız evetse 24. Soruya geçiniz)

24.Telefonla tıbbi yardım alma ile yüz yüze hastane ortamındaki karşılaştığında aşağıdakilerden bir ya da birkaçını işaretleyiniz lütfen

a)Telefonla tıbbi değerlendirme yüz yüze olan kadar etkiliydi.

b)Yüz yüze tıbbi yardım aldığımda kendimi daha iyi hissediyorum.

c)Telefondan tıbbi yardım almanın hastalığımı açısından daha etkili olduğunu düşünüyorum.

d)Telefondan tıbbi yardım almanın yetersiz olduğunu düşünüyorum.

25.Son 1 aydır ailenle beslenme konusunda tartışman/çatışman ne düzeyde oldu?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

26.Son 1 aydır diyetine ne düzeyde uyum sağlayabiliyorsun?

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Çok 5.Çok Fazla

27.COVID-19 Pandemisi süresince uyku düzeninle ilgili olarak aşağıdakilerden bir ya da birkaçını işaretleyiniz lütfen

- a)Bu süreçte gece daha geç saatte yatağa gidip daha geç uyumaya başladım.
- b)Bu süreçte uyku kalitemin daha kötüye gittiğini düşünüyorum.
- c)Gündüzleri daha geç uyanmaya başladım.
- d)Gece uykuya dalmadan önce telefonla daha çok vakit geçirmeye başladım.
- e)Sabah uyandığında kendimi dinlenmiş hissetmiyorum, uykumu alamadan uyanıyorum.
- f)Bu süreçte uyku düzenimde ve kalitesinde değişiklik olmadığını düşünüyorum.

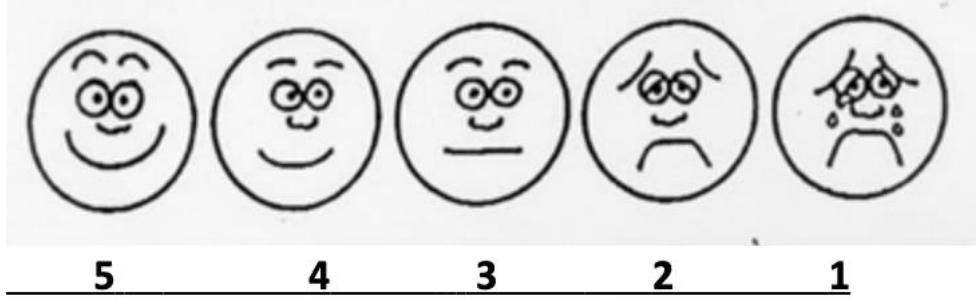
Ek 4: COVID-19 Döneminde İyilik Durumunun Değerlendirilmesi

Aşağıdaki sorular COVID-19 salgını sırasındaki ruhsal durumunuzu değerlendirmek için hazırlanmıştır. Lütfen size en uygun gelen durumu işaretleyiniz.

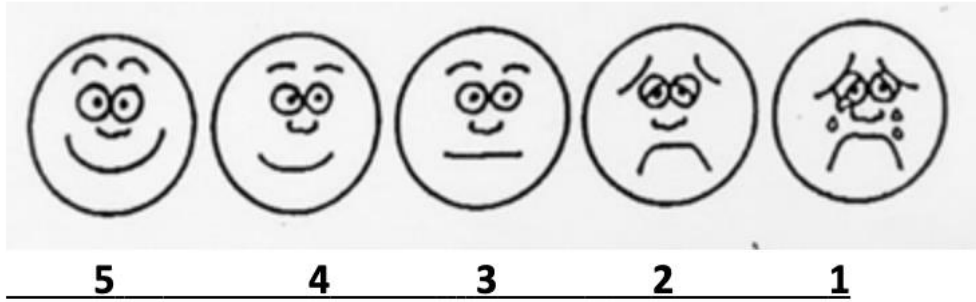
	Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Covid döneminde...			
1.Sağlıklı olmanın ne kadar değerli olduğunu fark ettim.			
2.Kendime güvenim ve kendime gösterdiğim değer arttı.			
3.Kendimi olduğum gibi kabul etmeye başladım.			
4.Sağlıklı olmakla ilgili bazı şeylerin benim elimde olabileceğini fark ettim.			
5. Ailemi daha iyi anlamaya başladım.			
6. Ailem beni daha iyi anlamaya başladı.			
7.Hayatımda yeni bir dönemin başladığını hissediyorum.			
8.Karar verme ve seçme hakkım olduğunu fark ettim.			
9.Kendimin daha çok olgunlaştığımı düşünüyorum.			
10.Hayattaki hedeflerim değişti.			
11.Yaşadığım toplumla ilgili yapabileceklerim olduğunu fark ettim.			
12.Dış görüşünüm/kilom daha az aklıma geliyor.			
13.Kilomu daha az takip ediyorum.			
14.Eskiden kilomu denetlemek için yaptıklarımı artık yapmıyorum.			
15.Zamanımı güzel geçirdiğimi düşünüyorum.			
16. Fiziksel ortama kıyasla sanal ortamda kendimi daha rahat hissediyorum.			

Ek 5: Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

1. Son bir ay içindeki yaşam kalitenizi değerlendiriniz.



2. Son bir ay içindeki yeme bozukluğunun sağlığını ve sağlık ilişkili



Ek 6: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan **sayıyı** yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini **(28 gün)** unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 - 12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre <i>(uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için)</i> hiçbir şey yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 - 12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmeniz, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?</u>	0	1	2	3	4	5	6
8-	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmeniz, ilgilendiğiniz konulara (örn. işinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?</u>	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	Sayı
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere , başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada)?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere kendinizi kaybedercesine ya da saplantılı biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için tıknırcasına yeme teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç birinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç bir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli Ölçüde			
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Ek 7: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Aşağıda bazı cümleler yazılıdır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz. Geçen 28 günü düşünerek doğru ve yanlış olarak işaretlemeni istiyoruz.

		DOĞRU	YANLIŞ
1	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2	Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7	Değişmez kurallarım vardır.		
8	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10	Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.		
12	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13	Çok fazla sabun kullanırım.		
14	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17	Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19	Pis tuvaletlere giremem.		
20	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21	Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.		
25	Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım.		

26	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28	Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34	Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35	Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

Ek 8: Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1) 0. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzgün hissediyorum.
 2. Her zaman üzüntülüym ve bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıym ki artık dayanamıyorum.

- 2) 0. Gelecek hakkında umutsuz değilim.
 1. Gelecek hakkında umutsuzum.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6) 0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
 1. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
 2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7) 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8) 0. Başkalarından daha kötü bir durumda olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi suçlarım.
 3. Her aksilik karşısında kendimi suçluyorum.
- 9) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat böyle bir şeyi yapamam.
 2. Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
 3. Şimdilerde her an için sinirli ve tedirginim.
- 12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Eskisine göre başkalarıyla daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak ve görüşmek istemiyorum.
- 13) 0. Rahat ve kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum, erteliyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiç çalışamıyorum.
- 16) 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 2. Eskisine göre 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
2. Artık, neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. Son zamanlarda istemediğim halde iki kilodan fazla kilo verdim.
2. Beş kilodan fazla kilo verdim.
3. Yedi buçuk kilodan fazla kilo kaybettim.
- 20) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
2. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

Ek 9: Çocuklar İçin Durumluk Anksiyete Envanteri

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissetmiyorum
2. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden	<input type="checkbox"/> çok eminim	<input type="checkbox"/> eminim	<input type="checkbox"/> emin değilim
14. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissetmiyorum
15. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni	<input type="checkbox"/> çok rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda	<input type="checkbox"/> her şeyi çok karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> her şeyi karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> hiçbir şeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissetmiyorum