

## Adolesanlarda Yeme Bozuklukları

### Eating Disorders in Adolescence

Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA<sup>1</sup>, Nursan ÇINAR<sup>2</sup>, Sevin ALTINKAYNAK<sup>2</sup>

#### ÖZET

Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler gibi birçok faktörün bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı giderek artmakta ve başlangıç yaşı giderek düşmektedir. Yeme bozuklukları gelecekteki obezite, depresyon, intihar girişimleri, anksiyete bozuklukları ve mortalite oranında artışı işaret etmesi nedeniyle günümüzde oldukça önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Sağlık profesyonellerinin, yeme bozukluklarının erken tanınmasında tedavi ve rehabilitasyon sürecinde anahtar rolleri vardır. Bu nedenle, günümüzde yeme bozukluklarının terminolojik olarak sınıflandırılmasına, uygun tedavi protokollerinin oluşturulmasına ve özellikle aile temelli davranış değişikliği yaklaşımlarına yönelik toplumsal bilinçlenmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, Yeme Bozukluğu, Tedavi ve Bakım.

#### ABSTRACT

The incidence of eating disorders resulting from a combination of many factors such as biological, psychological and social factors in society is gradually increasing, and its age of onset gradually decreasing. Today, eating disorders have become a very important health problem since they indicate the increase in the ratios of obesity, depression, suicide attempts, anxiety disorders and mortality in the future. Healthcare professionals have key roles in the early diagnosis, treatment and rehabilitation process of eating disorders. Therefore, the terminological classification of eating disorders, the formation of appropriate treatment protocols and especially social awareness for family-based behavior change approaches are needed nowadays.

**Keywords:** Adolescence, Eating Disorders, Treatment and Care.

<sup>1</sup>Arş. Gör. (Doktora öğrencisi), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
<sup>1</sup>Prof. Dr. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Adolesan dönemi çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan kompleks gelişimsel bir periyot olup fiziksel, psikolojik, hormonal ve sosyal bir çok değişikliğe yol açmaktadır. Bu dönemde büyüme ve gelişme hızındaki artış besin ve enerji ihtiyacını arttırmaktadır. Sonuçta adolesanda yeme bozuklukları sağlıklı büyüme- gelişmeyi yavaşlatır hatta durdurur ve diyetle ilişkili hastalık riskini artırır.<sup>1</sup>

Yeme bozuklukları, yeme veya yeme ile ilgili davranışlarda kalıcı hasar nedeniyle yemek yeme veya emilimdeki değişimler ile karakterize, fiziksel- psikolojik fonksiyonları önemli düzeyde etkileyen psikiyatrik bozukluklardır ve yeme alışkanlıklarında hafif anormal değişikliklerle başlayıp hayatı tehdit eden kronik hastalıklara neden olan geniş bir aralığa sahiptir.<sup>1</sup> En sık kullanılan sınıflamalar International Classification of Disease (ICD 10) ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kriterleridir. DSM-IV tanı kriterine göre yeme bozuklukları 3 temel başlık altında incelenmektedir: 1. Anoreksiya Nervoza (AN), 2. Blumiya Nervoza (BN) ve 3. Atipik yeme bozukluklarıdır (AYB).<sup>2</sup> DSM-5 tanı kriterlerine (2013) göre ise yeme bozuklukları; pika, ruminasyon bozukluğu, kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, blumiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>3,4</sup> DSM-IV'de AYB içinde yer alan Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) tanı geçerliliğini kanıtlayarak DSM-5'de yeme bozuklukları içinde ayrı bir başlık olarak tanımlanmaktadır.

Adolesanlarda yeme bozuklukları prevalansı değişkenlik göstermektedir. DSM-5 tahminlerine göre adolesanlarda yeme bozukluklarının kız çocuklarında %5,7-15,2, erkek çocuklarda ise %2,9-1,2 aralığında olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda obezite ile yeme bozukluklarının ilişkisini inceleyen çalışmalarda; önceden obezite tanısı almış adolesanların daha sonra yeme bozukluğu tedavisi aldığı

vurgulanmaktadır.<sup>5-7</sup> Ülkemizde konu ile ilgili bölgesel çalışmalar mevcut olup geniş kapsamlı çalışma yoktur. Vardar ve Erzengin'in (2011) 2907 öğrenci ile görüşerek yaptıkları bir çalışmada, vakaların %2,33'ünde yeme bozukluğu tespit edilmiştir.<sup>8</sup> Kız öğrenciler ile yapılan bir diğer çalışmada ise bu oran %17,1 olarak bulunmuştur.<sup>9</sup>

Yeme bozukluklarının görülme sıklığının yıllar içindeki artışı, başlangıç yaşının düşmesi, ciddi hastalık riski veya ölümcül olabilmesi nedeniyle konu ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Yeme bozukluklarında ruhsal duygulanma, kişilik bozuklukları, alkol- madde kullanımı ve intihar gibi ek ruhsal bozuklukların varlığı siktir.<sup>10,11</sup> Touchette ve arkadaşlarının (2011) 833 adolesan üzerinde yaptıkları prevalans çalışmalarında, subklinik tipte AN'nin %3,5, kilo endişesinin (kısıtlayıcı tip) %13,3, subklinik tipte BN'nin %3,8 ve subklinik tipte tıkanırcasına yeme bozukluğunun ise %10,8 olduğu, özellikle subklinik tipte AN tanısı alanların, herhangi bir yeme bozukluğu tanısı almamış olanlar ile karşılaştırıldığında, daha yüksek oranda majör depresyon ve anksiyete belirtilerinin gözlemlendiği saptanmıştır.<sup>12</sup>

### Etiyoloji ve Tanı Kriterleri

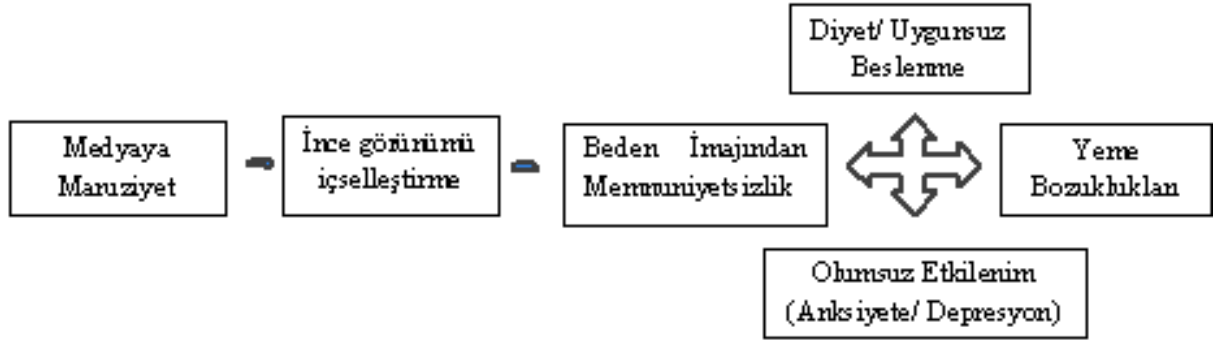
Adolesan dönemi fiziksel görünümün önem kazandığı ve vücutla ilgili duyguların değişiklik gösterdiği bir periodtur. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bilişsel, biyolojik ve psikolojik yatkınlığın, aile içi iletişimin ve sosyal koşulların etkileşiminin yeme bozukluklarındaki risk faktörleri olduğunu göstermektedir.<sup>13-15</sup> Bireysel farklılıklar göz önüne alınarak hangi faktörün öncelikli olduğunu belirlemek tedavi açısından oldukça önemlidir.<sup>1,16,17</sup>

Aile, gıda tüketimi, vücut ağırlığı ve beslenme tutumları açısından çocuklarına görsel ve davranışsal olarak önemli bir rol modelidir. Yapılan çalışmalarda da çocuğun görüntüsüne aşırı önem veren ve kilo kontrolü konusunda özellikle eleştirel

ifadelerde bulunan ailelerin çocuklarında anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu, vücutsal tatminsizliğin giderek artarak çok sık diyet yapma ve bulimiya nevroza tipinde davranışların geliştiği belirlenmiştir.<sup>18,19</sup>

Sosyokültürel baskı da yeme bozukluklarının veya vücut tatminsizliklerinin gelişmesinde farklı ve büyük bir etkiye sahiptir. Aynı zamanda

sosyal medya, aile ve arkadaş çevresi de eklendiğinde gelişme dönemindeki çocuk/adolesan üzerindeki baskı daha da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, özellikle akran gruplarının diyet konusunda baskı veya görüntüye dayalı ayrımcılık yaparak çocuğun beden imajını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür.<sup>13,20</sup>



Şekil 1. Medya ve Yeme Bozuklukları İlişkisi<sup>13,20</sup>

### 1. Anoreksiya Nervozu

Anoreksiya nevroza gençlerde yaygın görülen kronik hastalıklar arasında üçüncü sırada yer alır. 1874 yılında tıp literatürüne giren AN zayıf bir bedene sahip olma isteği ve şişmanlık konusunda aşırı korkunun hastayı kilo vermek amacıyla çeşitli özgün davranışlara (besin alımının aşırı kısıtlanması, kendini kusturma, aşırı egzersiz, laksatif- diüretik kullanma gibi) yönelten yeme bozukluğu tablosudur. Kızlarda erkeklerden 10 kat fazladır.<sup>4</sup> Genellikle bireyin vücut ağırlığı ve biçimi bozulmuştur. Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler önemli rol oynar.

### 2. Bulimiya Nervozu

Bulimiya nevroza (BN), beden ağırlığını kontrol etmeyi amaçlayan davranış biçimlerini kapsayan bir tablodur. Hasta kontrol edemediği aşırı yeme ataklarından sonra kilo almayı engellemek için isteyerek kusma, laksatif, diüretik, lavman ve aşırı egzersiz gibi yöntemleri kullanır.<sup>4</sup> Bu davranışlarda bulunma sıklığı bu bozukluğun şiddetini belirler. Bireyin özsaygısı, vücut şekli ve ağırlığı ile orantılı olarak değişir.

### 3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Bireyin belirli bir zaman diliminde (örneğin 2 saatte bir) ve aynı koşullarda birçok kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını kontrol edemediği ve tekrar edici aşırı miktarda yemek yeme davranışının varlığı ile ilişkili yeme bozukluğudur.<sup>3</sup> TYB'nin temel özelliği, tıkanırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için, hastanın kendini kusmaya zorlaması, laksatif veya idrar söktürücü ilaçlar kullanması veya aşırı egzersiz ile metabolizmayı hızlandırması gibi tedbirlerin alınmamasıdır.<sup>21</sup>

Özellikle son yıllarda yeme bozuklukları ile obezitenin birbiri ile ilişkisi vurgulanmakta olup, Amerikan Diyetisyenler Derneği ve Adolesan Sağlığı Derneği gibi kuruluşların erken dönem yeme bozukluklarının tanınması konusunda hekimlerin desteklenmesini, bütün kilo takiplerinin yeme bozuklukları açısından değerlendirilmesi gerektiğini ve özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu ile obezite

arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedirler.<sup>4,22-25</sup>

#### 4. Başka Türü Adlandırılmayan (Atipik) Yeme Bozuklukları

Bu bozukluk türü bireyde sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya bozulmaya neden olan, ancak diğer beslenme bozukluğu tanı kriterlerine uymayan bir beslenme ve yeme bozukluğudur. “Başka türü adlandırılmayan” tanısını alabilmesi için: Kilonun normal değerlerde olması dışında AN'nın bütün semptomlarını taşıyor olması; tıkanırmasına yeme davranışı veya uygunsuz telafi edici davranışların olmaması/ sıklığının 3 ay içinde haftada 1 den az olması dışında BN'nın bütün kriterlerini taşıyor olması; tıkanırmasına yeme davranışı sıklığının 3 ay içinde haftada 1 den az olması dışında TYB'nin bütün kriterlerini taşıyor olması gibi diğer yeme bozukluklarının içine girmeyen bir tabloda olması gereklidir.<sup>3,4</sup>

#### Tedavi ve Bakım

**Tablo 1.** Adolesanlarda yeme bozukluklarında malnutrisyon derecesi<sup>27</sup>

Parametreler	Hafif	Orta	Ağır
% BKİ	%80-%90	%70-%79	<%70
BKİ Z skoru	-1 den -1,9'a	-2 den -2,9'a	-3 veya daha büyük
Kilo Kaybı	>%10 kilo kaybı	>%15 kilo kaybı	>%20 kilo kaybı (1 yılda) veya >%10 kilo kaybı (6 ayda)

Yukarıdaki sınıflamaya ilişkin 1 veya daha fazla özelliğin olması hafif-orta-ağır malnutrisyonu gösterir.

- ✓ Ayaktan tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda, hastaneye yatış kriterleri değerlendirilmelidir (Tablo 2).
- ✓ Yeme bozukluklarını erken tanıma ve müdahale çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Özellikle birinci basamakta hizmet veren sağlık kuruluşlarında yeme bozuklukları ile ilgili tanı kriterleri ve yaklaşım iyi bilinmeli, konuya gereken hassasiyet gösterilmelidir.<sup>24,28</sup>
- ✓ Etkili bir tedavi için multidisipliner ekip çalışması gereklidir. Farklı konularda uzman olan kişiler (hekim, psikiyatrist, diyetisyen, hemşire) adolesanın fiziksel özelliklerini, duyu durumunu, aile ve okul sorunlarını birlikte değerlendirmelidir. Sosyal danışman eğer

- ✓ Hastalarda ilk değerlendirme sonraki klinik seyri etkileyeceğinden çok önemlidir. İlk değerlendirme; beslenme ve psikolojik durumu değerlendirme, akut komplikasyonları gözleme ve malnutrisyonun derecesini belirlemeyi içermelidir. Adolesanın anormal yeme davranışları (diyet, açlık, aşırı düzeyde egzersiz, kusma, laksatif/diüretik kullanımı, reçeteli/reçetesiz zayıflama ilaçlarının aşırı tüketimi) incelenmeli ve ağırlık değişimleri (kayıplar, dönemsel dalgalanmalar, tekrar kilo alma), uzama ve cinsel gelişimi kontrol edilmelidir.<sup>23</sup>
- ✓ Özellikle malnutrisyonun derecesini belirlemede, kilo ve boy ölçülerek beden kitle indeksi (BKİ) vücut tartısı (kg)/boy(m<sup>2</sup>) hesaplanmalı ve büyüme eğrilerine göre değerlendirme yapılmalıdır. BKİ, Z skoru ve kilo kaybının yüzdesinin hesaplanması ile malnutrisyon derecesi hesaplanmalıdır (Tablo 1).<sup>26</sup>

çocuğun ihmal/ istismarı söz konusuysa bu konuda özel destek ve gereğinde kanuni güçlerin kullanılmasını isteyebilir.<sup>16,27,29</sup>

- ✓ Temel bir tedavi yaklaşımı henüz benimsenmemiştir. Değişik psikoterapi yöntemleri, aile terapisi, ilaç ve gerekli durumlarda hastane tedavisi hastanın özgün durumu dikkate alınarak devreye sokulmalıdır. Tedavinin amacı normal, sağlıklı, bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosu elde etmek, anormal yeme davranışlarını denetlemek ve tekrarlamayı önlemek olmalıdır. Bu çerçevede beslenme ve somatik durumun düzeltilmesine ilişkin medikal girişimler de yer almalıdır.<sup>16,28,29</sup>

**Tablo 2.** Yeme bozukluklarında hastaneye yatış kriterleri<sup>27,28</sup>

- ✓ Yaşa ve cinsiyete göre beklenen vücut ağırlığının %75 veya altında olması
- ✓ Dehidratasyon
- ✓ Elektrolit dengesizlikleri (hipokalemi, hiponatremi ve hipopotasemi)
- ✓ Kardiyak bozukluklar (ciddi bradikardi, uzamış QT aralığı)
- ✓ Fizyolojik parametrelerde bozulma
  - Ciddi bradikardi (gündüz KTA<50/dk; gece KTA<45/dk)
  - Hipotermi (vücut sıcaklığı <35,6 °C)
  - Kan basıncında düşme (KB: 20/10 mm/Hg)
- ✓ Büyüme ve gelişmede gecikme
- ✓ Ayaktan tedavide sonuç alınamayan hastalar
- ✓ Yemeyi reddetme, kontrol edilemeyen yeme davranışı ve kusmalar,
- ✓ Malnutrisyona bağlı tıbbi tedaviye ihtiyaç duyulması
- ✓ Yatarak tedaviyi gerektiren belirgin depresyon veya diğer majör psikiyatrik sorunların varlığı

**Önleme programları;** Özellikle diyetler, görsel memnuniyetsizlik, sosyal medya kullanımı, depresif semptomlar, mükemmeliyetçilik, uyku düzensizlikleri, sosyal problemler ve duygusal sorunlarla baş etmede yetersizlik gibi risk faktörlerinin yeme davranışlarında bozulma ve sağlıksız kilo kaybını/alımını arttırdığı gözlemlenmiştir.<sup>15,30,31</sup> Günümüzde, yeme bozukluklarını engellemeye ilişkin, sıklıkla okul tabanlı önleme programları oluşturulmuştur. Bu programlarda hem sağlıklı yeme davranışları geliştirilmekte, hem de sağlıklı kilo kaybı/ kazanımı amaçlanmaktadır. Literatür incelendiğinde, adolesanlarda obeziteyi ve yeme bozukluklarını engelleme programları olumlu yeme davranışları geliştirmiş ve diyet/ egzersize yönelik faaliyetlerle aşırı kilonun sağlıklı bir şekilde verilmesi sağlanmıştır.<sup>31-35</sup>

- ✓ Ergenlik öncesi dönemdeki stratejiler arasında; çocuklarının yemek yeme özellikleri ve ebeveynlerin yeme alışkanlıklarının çocukları etkileyebileceği konusunda ebeveynleri eğitmek; öğretmenleri ve ebeveynleri çocuğun aile içerisindeki çatışmalara tepki olarak yeme problemleri geliştirebileceği konusunda uyarmak; çocuklara sağlıklı yemek ve egzersiz alışkanlıklarını kazandırmak, kendi vücutlarını kabullenme konusunda yardımcı olmak, görünümlerini beğenmeyen çocukları kişisel

yeterliliklerini arttıracak ilgi alanları bulma konusunda cesaretlendirme sayılmaktadır.<sup>16</sup> Literatürde, 4746 adolesan üzerinde yapılan bir çalışmada (2004), aileleri ile birlikte daha çok vakit geçiren ve haftada 3-4 kere birlikte aile yemeği yiyen adolesanların kilo kontrolü ile ilişkili endişeleri/ davranışları %8,8 iken, haftada 1-2 kere aile yemeği yiyenlerde bu oranın %18,8 olduğu ve aşırı düzeyde kilo kontrolüne yönelik davranışlar sergiledikleri gözlemlenmiştir.<sup>36</sup>

- ✓ Her ne kadar sosyal medya, kültürel farklılıklar, akran ilişkisi gibi kavramlar çocukların üzerinde yeme tutumları ile ilgili değişikliklere sebep olsa da ailelerin çocukları ile direkt iletişime geçebiliyor olması yeme bozukluklarının tanınmasında ailelerin tutumunun bilinmesinin gerekliliğini ön plana çıkartmaktadır. Özellikle hangi aile tutumlarının olumlu veya risk faktörlerini arttırıcı etken olduğunun bilinmesi gelecekte yapılacak önleme programları için önem taşımaktadır.<sup>18</sup> Ailelere veya akran gruplarına uygulanan davranış değişikliğine odaklı büyük ve sosyoekonomik yapıda desteklenen programlar, gelecekte yeme bozukluklarının azaltılmasında önemli fayda sağlayabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Adolesanlarda yaygın görülmesinin yanı sıra ölümcül olabilmesi nedeni ile yeme bozukluklarında erken tanı, tedavi ve yönetim hayat kurtarıcıdır. Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi ve

sağaltımı, bu alanda çalışan disiplinlerin işbirliğini gerektirir. Multidisipliner yaklaşım, ailenin tedaviye uyumu, işbirliği ve sorunun yönetimi başarıyı arttıracaktır.

### KAYNAKLAR

1. Arıca, S.G., Arıca, V., Arı, M., Özer, C. (2011). Adolesanda yeme bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5):1-10.
2. Golden, N.H., Attia, E. (2011). Psychopharmacology of eating disorders in children and adolescents. *Pediatric clinics of North America*, 58(1):121-38.
3. Köroğlu, E. (2015). Yeme bozuklukları. Köroğlu E, Klinik Psikiatri. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın: 363-371.
4. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association: 329-354.
5. Eddy, K.T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D.B., Brown, T.A., Ludwig, D.S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour research and therapy*, 45(10):2360-71.
6. Sim, L.A., Lebow, J., Billings, M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*, 132(4):1026-30.
7. Lebow, J., Sim, L.A., Kransdorf, L.N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 56(1):19-24.
8. Vardar, E., Erzen, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışmada. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4):1-8.
9. Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 47(2):123-6.
10. Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review* 2007;15(4):253-74.
11. O'Brien, K.M., Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23(1):57-74.
12. Touchette, E., Henegar, A., Godart, N.T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R.E. et al. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry research*, 185(1):185-92.
13. Haines, J., Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6):770-82.
14. Krug, I., Villarejo, C., Jiménez-Murcia, S., Perpina, C., Vilarasa, N., Granero, R., et al. (2013). Eating-related environmental factors in underweight eating disorders and obesity: are there common vulnerabilities during childhood and early adolescence?. *European Eating Disorders Review*, 21(3):202-08.
15. Neumark-Sztainer, D.R., Wall, M.M., Haines, J.I., Story, M.T., Sherwood, N.E., van den Berg, P.A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American journal of preventive medicine*, 33(5):359-69.
16. Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(20):21-7
17. Rancourt, D., McCullough, M.B. (2015). Overlap in eating disorders and obesity in adolescence. *Current diabetes reports*, 15(10):1-9.
18. Rodgers, R., Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, 17(2):137-51.
19. Keery, H., Eisenberg, M.E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal of psychosomatic research*, 61(1): 105-11.
20. Helfert, S., Warschburger, P. (2011) A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8(2):101-9.
21. Turan, Ş., Poyraz, C.A., Özdemir, A. (2015). Tıkıncasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4):419-35.
22. Ozier, A.D., Henry, B.W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.*, 111(8):1236-41.
23. Golden, N.H., Katzman, D.K., Sawyer, S.M., Ornstein, R.M., Rome, E.S., Garber, E.K., et al. (2015). Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *JAH.*, 56(2):121-5.
24. Rosen, D.S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics.*, 126(6):1240-53.
25. Daniels, S.R., Hassink, S.G., Abrams, S.A., Corkins, M.R., de Ferranti, S.D., Golden, N.H., et al. (2015). The role of the pediatrician in primary prevention of obesity. *Pediatrics*, 136(1):275-92.
26. Mehta, N.M., Corkins, M.R., Lyman, B., Malone, A., Goday, P.S., Carney, L.N., et al. (2013). Defining pediatric malnutrition: A paradigm shift toward etiology-related definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 37(4):460-81.
27. Golden, N.H., Katzman, D.K., Sawyer, S.M., Ornstein, R.M., Rome, E.S., Garber, A.K., et al. (2015). Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(4):370-75.
28. Öyekçin, D.G., Şahin, E.M. (2011). Yeme bozukluklarına yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1):29-35.
29. Küey Güldal, A. (2008). Yeme bozuklukları. Ercan O, Alikayıfoğlu M, editör. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II. 1. Baskı. İstanbul: Hünkar Ofset; 81-3.
30. Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. (2007). Personal, behavioral, and environmental risk and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*, 15(11): 2748-60.
31. Wilksch, S.M., Wade, T.D. (2013). Life Smart: A pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. *Journal of pediatric psychology*, 38(9):1021-9.
32. Stice, E., Marti, C.N., Spoor, S., Presnell, K., Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2):329-40.
33. Stice, E., Butryn, M.L., Rohde, P., Shaw, H., Marti, C.N. (2013). An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behaviour research and therapy*, 51(12):862-71.
34. Davies, M.A., Terhorst, L., Zhang, P., Nakonechny, A.J., Nowalk, M.P. (2015). Pilot Study of a computer-based parental questionnaire and visual profile of obesity risk in healthy preschoolers. *Journal of pediatric nursing*, 30(6):45-52.
35. Austin, S.B., Field, A.E., Wiecha, J., Peterson, K.E., Gortmaker, S.L. (2005). The impact of a school-based obesity

prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 159(3): 225-30.

36. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., Fulkerson, J.A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. Journal of adolescent health, 35(5):350-9.