

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ'NİN YETİŞKİNLER ÜZERİNDE GEÇERLİK,
GÜVENİRLİK VE NORM ÇALIŞMASI**

**GÜLÇİN BAKTIROĞLU
2502100085**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. H. ÖZLEM SERTEL BERK**

İSTANBUL, 2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



DOKTORA
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : GÜLÇİN BAKTIROĞLU Numarası : 2502100085
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI Danışmanı : DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi : 08.07.2019 Saati : 09:00
Tez Başlığı : "YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN YETİŞKİNLER ÜZERİNDE GEÇERLİK, GÜVENİRLİK VE NORM ÇALIŞMASI"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.BAŞAK YÜCEL		Kabul
DOÇ.DR.SEMA KARAKELLE		Kabul
DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK		Kabul
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞENUR AKTAŞ		
DR.ÖĞR.ÜYESİ ELİF ERGÜNEY OKUMUŞ		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.SEVİM CESUR		
DOÇ.DR.B.ZEYNEP OKTUĞ		Kabul

ÖZ

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN YETİŞKİNLER ÜZERİNDE GEÇERLİK, GÜVENİRLİK VE NORM ÇALIŞMASI

Gülçin Baktıroğlu

Yeme bozukluklarının yıllar içerisinde görülme oranlarında görülen artış bu hastalık grubunun doğru değerlendirilmesinin önemini arttırmaktadır. Alanyazında bu bozuklukların değerlendirilmesi için kullanılan ölçüm araçlarının oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın temel amacı; Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin yetişkinler üzerinde güvenirlik ve geçerliğini yaparak Türk toplumu için normatif verileri ortaya koymaktır. Ayrıca yeme bozukluğu belirtilerinin benlik saygısı ve beden imgesi değişkenleri ile ilişkileri incelenmiştir. Çalışmaya toplum örneklemine dahil 370 kadın, 346 erkek toplam 716 kişi katılmıştır. Katılımcılara demografik bilgi formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kadınlar İçin Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği tüm katılımcılara uygulanırken, Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği uygulamadaki zorluklar nedeniyle 199 katılımcıya uygulanmıştır.

Çalışma sonucunda; ölçeğin orijinalinden farklı olarak üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu faktörler; “Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler”, “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” ve “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” olarak adlandırılmıştır. Güvenirlik çalışmasında ise bu faktör boyutlarının iç tutarlılık cronbach alfa ve test-tekrar test katsayıları sırasıyla “Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler” alt ölçeği için .92 ve .78, “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” alt ölçeği için .85 ve .61 ve “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” alt ölçeği için ise .75 ile .66 olarak saptanmıştır.

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Türk toplumunda uygulanabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Ayrıca toplum örneklemini için

normatif veriler ortaya konmuştur. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanları ile benlik saygısı ve beden imgesi değişkenlerinin ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Güvenirlilik ve Geçerlik, Beden imgesi, Beden Memnuniyetsizliği, Benlik Saygısı



ABSTRACT

VALIDITY, RELIABILITY AND NORM STUDY OF EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE IN ADULTS

Gülçin Baktıroğlu

The increase in the prevalence of eating disorders over the years increases the importance of accurate evaluation of this disease group. In the literature, it is seen that the measurement tools used for the evaluation of these disorders are very limited. The main aim of this study was to make reliability and validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) developed by Fairburn and Beglin (1994) in adults and to establish normative data for the Turkish population. In addition, the relationship between eating disorder symptoms and self-esteem and body image variables were investigated. Three hundred seventy female and 346 male, total 716 participants were included in the study. The demographic information form, Eating Disorder Examination Questionnaire, Coopersmith Self-Esteem Inventory and Photographic Figure Rating Scale for Women were applied to the participants. While the Eating Disorder Rating Scale and the Coopersmith Self-Esteem Inventory were applied to all participants, Photographic Figure Rating Scale was applied to 199 participants due to difficulties in the practice.

As a result of the study, unlike the original scale, a three-factor structure emerged. These factors are named as “Emotions and Thoughts about Body Shape and Weight”, “Restricted Eating Motivation and Behavior” and “Loss of Functionality and Control”. In the reliability study, the internal consistency cronbach alpha and test-retest coefficients of these factor dimensions were found as 0.92 and 0.78 for Emotions and Thoughts about Body Shape and Weight subscale, 0.85 and 0.61 for the Restricted Eating Motivation and Behavior subscale, and 0.75 and 0.66 for Loss of Functionality and Control subscale, respectively. The Eating Disorder Examination Questionnaire was found to be a valid and reliable scale applicable in the Turkish population. In addition, normative data were obtained in general

population. Eating Disorder Examination Questionnaire total and subscale scores and self-esteem and body image variables were found to be related.

Key Words: Eating Disorders, Validity and Reliability, Body Image, Body Dissatisfaction, Self-Esteem



ÖNSÖZ

Öncelikle uzun ve meşakkatli bir çalışmanın ürünü olan bu tezin ortaya çıkmasında bana her aşamasında müşfik ve yol gösterici olan, bilgi ve deneyimini paylaşarak destek veren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, tüm doktora eğitimim süresince kendisinden çok şey öğrendiğim hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK'e;

Doktora sürecim ve öncesinde tanımaktan onur duyduğum, bana ve tezime yaptığı katkıları ve motive edici yaklaşımıyla yolumu aydınlatan, desteğini esirgemeyen değerli hocam, aynı zamanda tez komite üyem olan Prof. Dr. Başak YÜCEL'e;

Lisans eğitimimden beri tanıdığım, her zaman iyimser ve yapıcı tavrıyla tezime de önemli katkıları olan, bu süreçte birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için şanslı hissettiğim diğer tez komite üyem olan kıymetli hocam Doç. Dr. Sema KARAKELLE'ye;

Hayatımın her döneminde ilgi ve sevgilerini hissettiren, her koşulda beni destekleyen ve yanımda olan, benimle birlikte tüm tez sürecine vakıf olmuş, emeklerinin karşılığını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, onlara sahip olduğum için kendimi şanslı addettiğim anne ve babama;

Çalışmaya katılarak bana önemli deneyimler kazandıran, bu çalışmanın ortaya çıkabilmesi için olmazsa olmazlardan olan tüm katılımcılara yürekten teşekkür ederim.

İstanbul, 2019

Gülçin BAKTIROĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Yeme Bozuklukları	3
1.1.1. Anoreksiya Nervoza.....	4
1.1.1.1. Tarihçesi	4
1.1.1.2. Tanı Kriterleri.....	6
1.1.1.3. Epidemiyoloji	10
1.1.1.4. Klinik Görünüm	11
1.1.1.5. Etiyoloji.....	13
1.1.1.6. Prognoz.....	14
1.1.2. Bulimiya Nervoza	16
1.1.2.1. Tarihçesi	16
1.1.2.2. Tanı Kriterleri.....	17
1.1.2.3. Epidemiyoloji	20
1.1.2.4. Klinik Görünüm	21
1.1.2.5. Etiyoloji.....	22
1.1.2.6. Prognoz.....	23
1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	25
1.1.3.1. Tarihçesi	25

1.1.3.2. Tanı Kriterleri.....	26
1.1.3.3. Epidemiyoloji	27
1.1.3.4. Klinik Görünüm	28
1.1.3.5. Etiyoloji.....	30
1.1.3.6. Prognoz.....	31
1.1.4. Yeme Bozukluklarında Beden İmgesi	32
1.1.5. Yeme Bozukluklarında Benlik Saygısı	36
1.1.6. Yeme Bozukluklarının Değerlendirilmesi	39
1.1.7. Ülkemizde Yeme Bozukluklarının Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları.....	41
1.2. Amaç ve Hipotezler.....	41
1.2.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmasına Dair Hipotezler.....	42
1.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmasına Dair Hipotezler.....	44

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar	45
2.2. Veri Toplama Araçları	50
2.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	50
2.2.2. Beden Kitle İndeksi (BKİ)	50
2.2.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ).....	51
2.2.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ).....	51
2.2.5. Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K).....	52
2.2.5. Uygulama	53
2.2.6. İstatistiksel Analiz.....	53

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	56
--	----

3.1.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	56
3.1.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinden Tıkınırcasına Yeme Alt ölçeğinin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	59
3.1.3. Açımlayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	60
3.1.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Orijinal Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	62
3.1.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Tıkınırcasına Yeme Alt ölçeğinin Bu Çalışmada Açımlayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Bulgularının Doğrulayıcı Faktör Analizi	65
3.1.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği Orijinal Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi	67
3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	69
3.2.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Orijinal Faktör Yapısının İç Tutarlılık Güvenirliğine İlişkin Bulgular	69
3.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısı için Test-Tekrar Test Güvenirliği	69
3.2.3. Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeğinin Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısı için Test-Tekrar Test Güvenirliği	70
3.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği , Beden İmgesi ve Beden Kitle İndeksi İle İlişkisi	71
3.3.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ile Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve Beden Kitle İndeksi ile İlişkisi.....	71
3.3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeğinin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör	

Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği ve Beden İmgesi Bozukluğu ile İlişkisi	75
3.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Ayırt Edici Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	77
3.4.1. Beden Memnuniyetsizliği Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları	77
3.4.2. Beden İmgesi Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları.....	81
3.4.3. Beden Kitle İndeksi Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları	85
3.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi.....	90
3.4.4.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisi	90
3.4.4.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Cinsiyet ile İlişkisi	91
3.4.4.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Medeni Durum ile İlişkisi.....	94
3.4.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin İş Durumu ile İlişkisi.....	96
3.4.4.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Kilo Alma Korkusu ile İlişkisi.....	98
3.4.4.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile Yeme Bozukluğu Tanısı İlişkisi.....	99
3.4.4.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Psikiyatrik Özgeçmiş ile İlişkisi.....	100
3.4.4.8. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Kronik Hastalık Tanısı ile İlişkisi.....	102
3.4.4.9. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin İlaç Tüketimi ile İlişkisi.....	105

3.5. Cinsiyet, TÜİK ve Dünya Sağlık Örgütü Yaş Kategorilerine Göre YBDÖ Orijinal ve Türkçe Versiyon Puanlarına Ait Norm Değerleri.....	107
--	-----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (YBDÖ) Geçerlik Çalışması	111
4.1.2 Yapı Geçerliği	111
4.2. İç Tutarlılık Güvenirliği	120
4.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	122
4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Diğer Ölçeklerle İlişkileri	128
4.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin BKI ile İlişkisi.....	134
4.6. Ayırt Edici Geçerlik	135
4.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Sosyodemografik Verilerle İlişkisi	139
4.8. Cinsiyet ve Dünya Sağlık Örgütü Yaş Kategorilerine Göre YBDÖ Orijinal ve Türkçe Versiyonlarına Ait Norm Değerleri	142
SONUÇ.....	148
KAYNAKÇA	149
EKLER.....	175
ÖZGEÇMİŞ.....	191

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1:	DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervoza için tanı ölçütleri.....	7
Tablo 2:	DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervoza alt tipleri	7
Tablo 3:	DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza için tanı ölçütleri	8
Tablo 4:	DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza alt tipleri	9
Tablo 5:	DSM-IV-TR'ye göre Bulimiya Nervoza için tanı ölçütleri	18
Tablo 6:	DSM-5'e göre Bulimiya Nervoza için tanı ölçütleri	19
Tablo 7:	DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri	27
Tablo 8:	Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre TÜİK 2013 Yılı İstanbul İli Frekans Oranları.....	45
Tablo 9:	Yaş grupları ve cinsiyete göre frekans oranları.....	46
Tablo 10:	Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları.....	47
Tablo 11:	Katılımcıların tıbbi değişkenlere göre dağılımları	49
Tablo 12:	YBDÖ maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	58
Tablo 13:	Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları.....	60
Tablo 14:	Düzeltilme sonrası bu çalışmada ortaya çıkan ve orijinal modelin χ^2 /sd, RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, PNFI, CFI, IFI, RFI, GFI, ECVI uyum iyiliği değerleri	65
Tablo 15:	Düzeltilme sonrası bu çalışmada ortaya çıkan ve orijinal modelin χ^2 /sd, RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, PNFI, CFI, IFI, RFI, GFI, ECVI, MODEL AIC uyum iyiliği değerleri	68
Tablo 16:	Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve YBDÖ Orijinal Faktör Yapısı İçin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları	70
Tablo 17:	Bu Çalışmadan Elde Edilen Tıkınırcasına Yeme ve YBDÖ Tıkınırcasına Yeme Orijinal Faktör Yapısı İçin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları.....	70

Tablo 18:	Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısının ve Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve BKİ İle İlişkilerine Dair Korelasyonlar.....	74
Tablo 19:	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Alt Ölçeğinin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve Beden Kitle İndeksi ile İlişkilerine Dair Korelasyonlar.....	76
Tablo 20:	YBDÖ'nin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı, Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği'nin Faktör Yapılarının FRDÖ-K Beden Memnuniyetsizliği Kategorileri Arasındaki Farklılıkları.....	80
Tablo 21:	YBDÖ'nin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı, Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği'nin Faktör Yapılarının FRDÖ-K Beden İmgesi Bozukluğu Kategorileri Arasındaki Farklılıkları	84
Tablo 22:	Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Faktör Yapılarının Ortalama Puanlarının BKİ Gruplarına Göre İncelenmesi	87
Tablo 23:	Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Faktör Yapılarının Ortalama Puanları ile Yaş İlişkisi.....	91
Tablo 24:	Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Faktör Yapılarının Cinsiyet ile İlişkisi ...	93
Tablo 25:	Medeni Durum Kategorilerine Göre Katılımcıların YBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	95
Tablo 26:	İş Durumu Kategorilerine Göre Katılımcıların YBDÖ puanlarının karşılaştırılması	98
Tablo 27:	YBDÖ puanları ile kilo alma korkusu ilişkisi.....	99
Tablo 28:	YBDÖ puanları ile yeme bozukluğu tanısı ilişkisi	99
Tablo 29:	YBDÖ puanları ile psikiyatrik özgeçmiş ilişkisi.....	101
Tablo 30:	YBDÖ Puanları İle Kronik Hastalık Tanısı İlişkisi	104
Tablo 31:	YBDÖ Puanları İle İlaç Tüketimi İlişkisi	106
Tablo 32:	DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri	119

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Düzeltilme sonrası faktör yüklerini içeren yol grafiği	61
Şekil 2:	Düzeltilme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği	62
Şekil 3:	Düzeltilme sonrası faktör yüklerini içeren yol grafiği	63
Şekil 4:	Düzeltilme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği	64
Şekil 5:	Düzeltilme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği	66
Şekil 6:	Düzeltilme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği	67
Şekil 7:	Cinsiyet ve WHO yaş kategorilerinin tıknırcasına yeme alt boyutuna ortak etkisi	109
Şekil 8:	Cinsiyet ve WHO yaş kategorilerinin tıknırcasına yeme toplam boyutuna ortak etkisi	110

KISALTMALAR LİSTESİ

AN	: Anoreksiya Nervoza
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
BTAYB	: Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
CBSÖ	: Coopsmith Benlik Saygısı Ölçeği
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM-IV	:Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, 4.Baskı
DSM-5	:Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, 5.Baskı
FRDÖ-K	: Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TY	: Tıkınırcasına Yeme
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YB	: Yeme Bozukluğu/Bozuklukları
YBDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB) ülkemizde ve dünyada yaygınlaşmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. İnsanoğlu için hayati bir faaliyet olan beslenme davranışı patolojik hale geldiğinde psikiyatrik bozukluklar içerisinde en ölümcülü olma özelliğini taşımaktadır (Agras, 2001; Keel v.d., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2008; Smink, Hoeken ve Hoek, 2012). Yedi milyonun üzerinde kadın ve bir milyonun üzerinde erkek yaşamları boyunca herhangi bir yeme bozukluğu yaşamaktadırlar (Ross, 2007).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-IV-TR) (Köroğlu, 2007b) sınıflandırmalardan; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknircasına yeme bozukluğunun yaşamboyu görülme sıklığı kadınlarda sırasıyla; %0.9, %1.5, %3.5 erkeklerde ise %0.3, %0.5 ve %2'dir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007). Ayrıca anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın genç kadınlardaki ortalama yaygınlığı %0.3 ile %1 arasında değişmektedir (Hoek, 2006). Bu sınıflandırmalardan bir diğeri olan Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'nun ergenlerde yaşam boyu görülme sıklığının %4.78 (Le Grange, Swanson, Cwor ve Merikangas, 2012) ve genç kadınlarda nokta yaygınlığının ise %2.4 olduğu bildirilmektedir (Machado, Machado, Gonçalves ve Hoek, 2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın yenilenmesi ile birlikte (DSM-5) (Köroğlu, 2013) yeme bozuklukları, beslenme ve yeme bozuklukları olarak tanımlanmış ve birtakım yeni sınıflandırmalar oluşmuştur. Bunlar; pika, geri çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tıknircasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğeri bir beslenme ve yeme bozukluğu ile tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğudur. Yüksek mortalite riski, bozukluğun sıklık ve yaygınlığının artışı gibi çok önemli nedenler bu hastalığın detaylı ve doğru değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Literatürde yeme tutumlarındaki bozuklukları değerlendiren pek çok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler arasında en çok tercih edilen ve hastalığı objektif değerlendirdiği bildirilen Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'dir (YBDÖ). Bu ölçek kişinin kendisini bir

anket doldurarak değerlendirdiği bir ölçüm aracıdır. Bu ölçek, klinisyen tarafından gerçekleştirilen hastayla yarı-yapılandırılmış bir görüşme yaparak uygulanan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi (EDE-Eating Disorders Examination) adlı versiyondan geliştirilmiştir (Cooper ve Fairburn, 1987). Uygulamadaki pratiklik açısından Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin diğer versiyona göre avantajlı olduğu düşünülmektedir. Türkiye için ergenler üzerinde standardizasyonu (Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşğör, Yavuz ve Sertel-Berk, 2011) yapılmış olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin yetişkinler üzerinde geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması alanyazında bir gerekliliktir.

Yeme bozukluklarının önemli komponentlerinden birisi beden imgesindeki bozulmadır. Yeme bozuklukları içerisinde bir tanı kriteri de olan beden imgesindeki bozulmanın bu bozuklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Fabian ve Thompson, 1989). Beden imgesi kavramının tanımı ile ilgili olarak literatür incelendiğinde; bu kavramın temel olarak iki bileşenden oluştuğu görülmektedir (Slade ve Brodie, 1994). Bu iki bileşen; bireyin kendi beden şeması ile ilgili algısındaki bozulma olan “beden imgesindeki çarpıtma” ve kişinin kendi bedeni ile ilgili memnuniyetsizliğinin tutumsal ve duygusal kısmını içeren “beden hoşnutsuzluğu” kavramlarıdır. Kişilerin beden algıları ile ilgili problemleri alanyazında beden imgesindeki çarpıtma kavramından ziyade bedenden duyulan hoşnutsuzluk olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun beden imgesi kavramı ile yapılmış olan çalışmaların tek yönlü olmasının sebebi olduğu söylenilebilir. Yeme bozukluklarının literatürü gözden geçirildiğinde benlik saygısı ile yeme bozukluklarının tüm çeşitleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu hastalarının düşük benlik saygıları belirgindir (Silverstone, 1992).

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin yetişkinler üzerinde güvenilirlik ve geçerliliğinin yapılması ve genel toplum örneklemi için normatif verilerin ortaya konmasıdır. İlişkili diğer değişkenler beden imgesi kavramı ve benlik saygısının da çalışma içerisinde incelenmesi hedeflenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları dünyada sıklık ve yaygınlığı artmakta olan ayrıca kronikleşme eğilimi yüksek psikiyatrik rahatsızlıklardır (Herzog ve Eddy, 2007). Başlangıç yaşı genellikle ergenlik dönemine denk gelen bu rahatsızlık çoğunlukla kadınlarda görülmektedir. Nüks ihtimali yüksek olan yeme bozuklukları psikiyatrik hastalıklar içerisinde hayati risk açısından da en tehlikeli bozukluktur. Bozuklukların görülme yaşı gittikçe düşmektedir. Hastalıkla ilgili farkındalık düzeyinin gelişmesi, özellikle Batı toplumlarında ince kadın bedenine sahip olmaya dönük baskılar (Bruch, 1962), tanı koyma ve değerlendirme araçlarının gelişmesi ayrıca tedavi ile ilgili alternatiflerin artması gibi etkenler görülme sıklığının artmasındaki faktörlerdendir (Turnball, Ward, Treasure, Jick ve Derby, 1996).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-IV-TR) (Köroğlu, 2007b). Yeme Bozuklukları üç başlık altında sınıflandırılmaktadır: Anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTAYB). AN kendi içerisinde kısıtlı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi, BN ise çıkartma olan tip ve çıkartma olmayan tip olmak üzere iki tipe ayrılmaktadır. BTAYB ise AN veya BN için tanı ölçütlerini karşılamayan diğer yeme bozukluklarını kapsamaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) (Köroğlu, 2013) ile birlikte yeme bozukluğu başlığı ve tanı kriterleri geliştirilmiştir. Beslenme ve Yeme Bozuklukları olarak yeniden tanımlanan hastalık grubu; Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır.

Hastalığın kronikleşme eğiliminde olması ve hayati risk taşıması tedaviyi önemli bir noktaya taşımaktadır. Tedavinin sağlıklı yürütülmesi ise bu bozuklukların

doğru değerlendirilmesini önemli kılmaktadır.

1.1.1. Anoreksiya Nervosa

Kilo alma korkusu, olması gerekenden çok daha zayıf bir vücuda sahip olma isteği ve beden algısında bozulma ile karakterize bir patoloji olan anoreksiya nervosa, tanımlanmış ilk yeme bozukluğudur.

1.1.1.1. Tarihçesi

Anoreksiya Nervosa terimi tarihte ilk kez 1873 yılında Sir William Gull tarafından kullanılmış, 1874’de yayımlanan çalışmalar ile alanyazına dahil edilmiştir (Gull, 1874). Etimolojik olarak; “anorexia” an- (yoksunluk, eksiklik) ve orexis (iştah) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır (Bell, 1985). Aynı zamanda Kraliçe Viktorya’nın da doktoru olan Gull (Pearce, 2006) bu bozukluğu ilk olarak “Hysteric Apepsia” (Gull, 1868), daha sonra “Anorexia Hysterica” en son olarak da “Anorexia Nervosa” olarak tanımlamış ve “sinirsel iştahsızlık” anlamında kullanmıştır (Gull, 1874). Tarihsel açıdan bakıldığında, istemli açlığın antik çağlara dayandığı görülmektedir. Antik Yunan ve Mısır kültürlerinde özel amaçlara yönelik genellikle 1-3 gün süren perhizlerin olduğu sayısız kayıt mevcuttur. Bununla birlikte uzun süreli iştah kaybı ya da istemli açlığa bağlı halsizlikler veya ölümlere rastlanan vakalar bildirilmemiştir (Bemporad, 1996).

Milattan Sonra 700 ile 1000 yılları arasında yaşadığı tahmin edilen, dönemin Portekiz Kralı’nın Azize Wilgefortis olarak bilinen yedinci kızı, babasının kendisini rızası dışında Sarazen Sicilya Kralı ile evlendirmek istemesi üzerine, bu evliliği ve toplumun kadınlara dair fiziksel-sosyal beklentilerini reddederek, kendisini dünyaya dair hazzardan uzak tutmuş ve çilecilik motivasyonu ile şiddetli bir diyet içerisine girmiştir (Lacey, 1982). Kadınların 13. yüzyılda Katolik Kilise’si tarafından azize olarak kabul edilmeleri ile birlikte dini hayata katılımları artmıştır. Bu durum, kadınların dini inanışları ve dini saflık için kendilerini aç bırakmalarının ve katı oruç tutma davranışı içine girmelerinin önünü açmıştır (Bell, 1985). 1242-1271 yılları arasında yaşayan Prenses Azize Margaret asketik bir hayat sürdürerek, yemek yemek

yerine düzenli olarak dua etmeyi tercih etmiş, uykusuzluk ve aşırı hareketlilik gibi belirtiler göstermiştir (Halmi, 1994). 14. Yüzyıl'da yaşamış Sienalı Azize Catherine (Bell, 1985) ve 16. yüzyılda yaşamış olan İskoç Kraliçesi Mary Stuart'ın da (MacNalty, 1961) benzer belirtiler gösterdiği görülmekte ve bugünkü bilgilerimizle bu hastalığa yakalandıkları düşünülmektedir. 1694'te İngiliz hekim Richard Morton "Fitizyoloji: Ya da Verem Üzerine Bir İnceleme" (Phthisiologia: Or a Treatise of Consumption) adlı yazısında 18 yaşında hastalandıktan sonra ilaç tedavisi ve besin alımını reddederek 3 ay içerisinde ölen kadın hastasından bahsetmiş ve anoreksiya nervoza tablosu ile benzerlik gösteren bu ilk olgunun literatüre girmesini sağlamıştır. Morton bu hastalığı; "nervous consumption" (sinir veremi) olarak adlandırmış ve böylece ilk tıbbi açıklamayı yapmıştır (Morton, 1694).

19. Yüzyıl'ın sonlarına doğru anoreksiya nervoza artık tıbbi bir bozukluk olarak tanınmaya başlamıştır. 1859 yılında Fransız Hekim Louis-Victor Marce Paris'te bir toplantıda birkaç AN vakası sunmuş, hastalığın mide ile ilgili bir sinir bozukluğundan beyin sinir bozukluğuna dönüştüğünü düşünmüştür, 1860 yılında ise bu olgular rapor olarak yayımlanmıştır (Marce, 1860; akt. Silverman, 1997). AN'yi klinik bir patoloji olarak tanımlayan kişi ise 1873 yılında "Archives Generales de Medecine" isimli dergide "De l' Anorexie Histerique" isimli makalesini yayımlayan Charles Lasegue'dır. Lasegue, bu rahatsızlığı "Histerik Anoreksi" olarak adlandırmaktadır. Bu konuda vaka serileri de olan Lasegue, hastalığı histeri ile ilişkilendirmiş, hastalığın ruhsal kökenlerine gönderme yaparak, aile içi faktörlerin önemine dikkat çekmiştir (Lasegue, 1873). Morris Simmonds ise 1914 yılında yayımladığı çalışmasında anoreksiya nervozanın psikolojik etmenlerden ziyade endokrinolojik nedenlerden dolayı ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Simmonds, 1914; akt. Silverman, 1997). Waller ve arkadaşları, 1940 yılında yayınlanan makalelerinde; anoreksiya nervozanın psikosomatik bir entite olduğunu belirterek hastalığın psikodinamik yönüne dikkat çekmişlerdir. Anoreksiya nervozadaki gastrointestinal belirtilerin kişinin bilinçdışı hamilelik düşlemlerinin simgeleştirilmesi olduğunu iddia etmişlerdir. Amenorenin cinselliğin reddinin bir yolu olduğunu eklemişler ve diğer bir belirti olan kabızlığın ise hamile bir karnı sembolize ettiğini ileri

sürmüşlerdir. Aile içi çatışmalar ve anne-çocuk rekabetinin beslenme bozuklukları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Waller, Kaufman ve Deutsch, 1940).

20 yüzyıla gelindiğinde ise yeme bozukluklarıyla ilgili alanyazına büyük katkıları olan 1904-1984 yılları arasında yaşamış Almanya doğumlu Amerikalı hekim Hilde Bruch'un çalışmaları dikkat çekmektedir. Bruch'un, 1960'lardan itibaren AN ve ilişkili patolojiler ile çalışmaya başladığı görülmektedir. Bruch, 1973 yılında yayımlanan "Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within" isimli kitabıyla birlikte bu alana çok önemli katkılar yapmıştır. Anoreksiya nervozada beden imgesi bozukluğundan bahseden ilk kişi Bruch olmuştur. Bruch kendini aç bırakma davranışının bireyin kontrol, yeterlilik ve otonomi duygularını sürdürebilmek için ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Ayrıca bu hastalarda benlik saygısının yetersiz olduğuna da dikkat çekmiştir (Bruch, 1973). Aynı dönemlerde çalışmalarını sürdüren Gerard Russell (1970) ise AN'nin temel psikopatolojisinin şişmanlık korkusu olduğunu vurgulamıştır. Russell bu sendromun kendini sürdüren/tekrarlayan halini engellemek için açlık durumunun düzeltilmesi gereğini ileri sürmüştür (Russell, 1970).

Sonuç olarak; bozulmuş yeme davranışının yeni ortaya çıkmadığı, AN'nin bir sendrom olarak tarih boyunca gözlenmiş ve bildirilmiş olduğu dikkati çekmektedir. Bu alanda çalışam klinisyenler ve teorisyenler AN'nin kaynağı ve nedenleri ile ilgili çeşitli görüşler ortaya sürmüşler ve tüm bu görüşlerle bugünkü değerlendirme ve müdahale yöntemlerine katkıda bulunmuşlardır.

1.1.1.2. Tanı Kriterleri

İlk kez DSM-IV'te (1994) bağımsız bir başlık olarak tanımlanan Yeme Bozuklukları'ndan Anoreksiya Nervoz'a'nın DSM-IV-TR'ye göre tanı ölçütleri şunlardır :

Tablo 1: DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri

A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememe).
B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.
C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.
D. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örn. östrojen uygulanması).

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Alt Tipleri ise şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Tablo 2: DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervosa alt tipleri

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.
Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Rutin klinik uygulamalarda yeme bozukluğu olgularının hemen hemen yarısının “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu” kriterlerini karşıladığı görülmektedir. Bu vakaların anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza özellikleri gösterebilir de, tanılarının farklı düzey ve kombinasyonlarda olmaları bu geniş heterojen hasta grubunun sınıflandırılmasını güçleştirmektedir. Tüm bu kısıtlılıklar anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın tanı kriterlerinin esnetilmesini gerekli kılmaktadır (Fairburn ve Cooper, 2011). Bu gibi etkenlerden ötürü yeme bozukluklarının tanı kriterlerinin gözden geçirilmesi zorunluluk haline gelmiştir ve DSM-5’in alanyazına sunulmasıyla birlikte tanı kriterlerinde birtakım değişikliklerin olduğu dikkati çekmiştir.

DSM-5’in baskısı ile birlikte yeme bozukluklarından Anoreksiya Nervoza’nın tanı ölçütleri şunlar olmuştur:

Tablo 3: DSM-5’e göre Anoreksiya Nervoza için tanı ölçütleri

A. Gereksinimlere göre erke (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.
B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ya da biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

DSM-5'e göre AN'nin alt tipleri ise şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Tablo 4: DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza alt tipleri

Kısıtlayıcı Tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünimleri tanımlar. Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur. Tam Olmayan Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma) ya da C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır. Tam Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı ölçütü uzunca bir süredir karşılanmamaktadır

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Ayrıca DSM-5 ile birlikte bireyin vücut ağırlığının ve beden kitle indeksinin (BKI) değerlendirmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2000) belirlemiş olduğu zayıflık kriterleri esas alınmıştır. Yanı sıra DSM-IV-TR'den farklı olarak menarş sonrası ardışık üç amenore kriteri de kalkmış, bu sayede erkeklere de AN tanısı konabilir hale gelmiştir (Köroğlu, 2013).

1.1.1.3. Epidemiyoloji

Yeme bozukluklarının görülme sıklığının belirlenmesi için yapılan çalışmaların birtakım zorluklarının olduğu görülmektedir. Yeme bozukluklarında görülen birtakım problemlerin genel popülasyonda görülme sıklığının düşük olması, kişilerin hastalıklarını saklama eğiliminde olması ve yardım almayı reddetmesi hastalığın sıklık ve yaygınlığının belirlenmesini zorlaştırmaktadır (Smink, Hoeken ve Hoek, 2012). Schmidt (2005) tarafından gerçekleştirilen bir gözden geçirmede anoreksiya nervozanın genel popülasyonda görülme insidansı bir yıl içerisinde 100.000’de 8 olgu olarak bildirilmektedir. Yine aynı çalışmada anoreksiya nervozanın insidansının geçtiğimiz yüzyılda 1970’lere kadar artış gösterdiği ancak sonrasında sabit kaldığı belirtilmektedir.

Anoreksiya nervozanın prevalans oranları 0 ile 0.9 arasında değişmektedir (Hoek, 2006). Hudson ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmış olan bir çalışmada, anoreksiya nervozanın yaşamboyu prevalansı %0.9 olarak bulunmuştur. Yine 2006 yılında yayımlanan, Avustralya’da 28-39 yaşları arasında yetişkin kadın ikiz katılımcılar üzerinde yürütülmüş bir kohort çalışmasında anoreksiya nervozanın yaşamboyu prevalansı %1.9 olarak bildirilmiştir. Bu makalede, anoreksiya nervozanın tanı kriterlerinden olan amenore dışlandığında ise bu oranın %2.4’e çıktığı ifade edilmektedir (Wade, Bergin, Tiggeman, Bulik ve Fairburn, 2006).

Machado ve arkadaşlarının 2007 yılında Portekiz’de ülke çapında yaptıkları araştırmalarında anoreksiya nervozanın ergen kızlardaki nokta yaygınlığının %0.39 olduğu söylenmektedir (Machado, Machado, Gonçalves ve Hoek, 2007). Kjelsas ve arkadaşları (2004) tarafından 14-15 yaşlarındaki kız ve erkek öğrenciler üzerinde yürütülmüş bir çalışmada ise anoreksiya nervozanın yaşamboyu görülme sıklığı kız öğrencilerde %0.7, erkek öğrencilerde ise %0.2 olarak bulunmuştur (Kjelsas, Bjornstrom ve Gøtestam, 2004). Ülkemizde Erzengin ve Vardar tarafından 2007 lise öğrencisi ile yapılmış olan bir araştırmada anoreksiya nervozanın nokta yaygınlığı %0.034 olarak bulunmuştur (Erzengin ve Vardar, 2011).

1.1.1.4. Klinik Görünüm

Bu psikopatolojinin adlandırılmasında zorluklar mevcuttur. Anoreksiya nervoza; histeri, kilo alma fobisi hatta hezeyana varacak bir saplantı hali olarak tanımlanabilir. En uygun ifadenin aşırı değerlendirilmiş düşünce olabileceği düşünülmektedir. Kişiler genellikle bedenleri ile ilgili bu aşırı düşünceler nedeniyle bunalmış durumdadır ve zayıflarken bile kendilerini şişman hissettiklerinin farkında değildirler. Kilolarını daha da azaltmanın, azaltamıyorlarsa kilo alımını engellemenin çabası içine girmişlerdir. Hatta bazıları kilo almaktansa ölmeyi tercih etmektedir (Beumont, 2002).

Anoreksiya nervozada hastalar aldıkları gıdanın miktarını ve çeşidini şiddetli bir biçimde kısıtladıkları için olmaları gereken ağırlığın altındadırlar. Bu hastalar için kilo kaybı ancak kişi çok düşük bir ağırlığa ulaşırsa anlamlı olmaktadır. Bazı hastalarda ise kilo verme motivasyonu çilecilik, kendine zarar verme isteği ya da rekabete girme gibi psikolojik etmenler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kilo kontrolü ve kendini kusturma davranışı ile birlikte bazı laksatif ve diüretiklerin de kullanımı söz konusu olabilir. Kontrol kaybının olması için alınan gıda miktarının fazla olması da gerekmemektedir. Bu kontrol kaybı ile ortaya çıkan “tıkınma” esnasında alınan yiyecek miktarı aslında fazla değildir bu nedenle “subjektif bir tıkınma” olarak tanımlanabilir. Katı diyetlerine ek olarak düşük vücut ağırlığına katkıda bulunmak için ağır egzersiz programları uygulamaktadırlar (Murphy, Straebl, Cooper ve Fairburn, 2010; Fairburn ve Harrison, 2003).

Kilo alma korkusu ile birlikte beden imgesindeki bozulma anoreksiya nervozada belirleyicidir. Hastaların çoğunlukla içinde bulundukları durumun ciddiyetini algılayamadıkları dikkat çekmektedir. Bu kişilerin öğün planlarının oldukça detaylı olduğu, uzun sürelerde yemek yedikleri, yalnız yemeyi tercih ettikleri, yiyeceklerini bölme, çeşitli şekillerde düzenleme gibi davranışlar içerisinde girdikleri görülmektedir (Yücel, 2009).

Anoreksiya nervozada depresif belirtiler, anksiyete belirtileri gibi semptomlara ek olarak huzursuzluk, konsantrasyon problemleri, duygudurumda

dalgalanma, cinsel isteksizlik ve yeme ile ilgili obsesif uğraşlar sıklıkla hastalığa eşlik eden problemlerdir, disfori ise hastalığın ayrılmaz parçasıdır. Genel olarak bu belirtilerin şiddeti kişi kilo verdikçe artmakta aldıkça ise azalmaktadır. Kişinin kilo alımı arttıkça dış dünyaya dair ilgisi azalmakta ve sosyal bir izolasyon içerisine girmektedir (Beumont, 2002; Fairburn ve Harrison, 2003). Mükemmeliyetçilik, içedönüklük, zayıf akran ilişkileri ve düşük benlik saygısı gibi özellikler AN ile ilişkilidir.

Anoreksiya nervoza hastalarının ağırlıklarındaki düşüklük ile birlikte birtakım fiziksel belirtiler de ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında; uykuda azalma, soğuğa duyarlılık, artmış tokluk hissi ve azalan enerji bulunmaktadır (Pollack ve Forbush, 2013). Amenore, anoreksiya nervozada temel bir klinik özelliktir. Düşük kilolu hastalarda Luteinizan Hormonu (LH), Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) ve östrojen düzeyi azalmaktadır. Puberte öncesi kız çocuklarında olduğu gibi bu hastalarda da yirmidört saatlik Luteinizan Hormonu (LH) salınımında anormallik söz konusudur. Kilo alımı ile birlikte çoğu hastada Luteinizan Hormonu (LH) normal seviyeye gelmektedir. Yeme kısıtlamasının ortadan kalkması ve psikolojik iyileşmenin ortaya çıkması ile menstrual döngü normalleşmektedir (Halmi, 2002). Bu hastalarda kendini aç bırakma davranışının bir sonucu olarak büyüme hormonunun salınımında düzensizlikler ortaya çıkmaktadır. Hipofiz bezi ile birlikte büyüme hormonu; dopamin, serotonin, norepinefrin gibi nörotransmitterlerin salınımı sağlar. Vücutta elektrolit düzeyindeki anormallikler ise az sıvı alımı, kusma, diüretik ve laksatiflerin kötüye kullanımı sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunun neticesinde kandaki klorür ve potasyum miktarında düşüklük söz konusu olmaktadır. Bu durum halsizlik, fiziksel zayıflık ve hatta kalp ritminde bozulma olarak kendini göstermektedir.

Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları komorbiditesinde ortak kişilik özelliklerinin rol aldığı ifade edilmektedir (Pollack ve Forbush, 2013).

1.1.1.5. Etiyoloji

Anoreksiya nervozanın ortaya çıkışında tek bir faktörden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın etiyolojisinde; genetik, ailesel, nörobiyolojik, bilişsel davranışçı, psikodinamik vb. birçok faktörün etkisinin olduğu bilinmektedir. Anoreksiya nervozanın ortaya çıkmasındaki en önemli risk faktörünün diyet yapma davranışı olduğu bildirilmektedir (Hilbert v.d., 2014).

Bilişsel davranışçı görüşe göre, yediklerini kontrol etmeye duyulan aşırı arzu bu patolojinin temelini oluşturmaktadır. Özellikle Batı toplumlarında kişinin kendilik değerinin vücut şekli ve ağırlığı ile belirlenmesi kilo kontrolünü gereklilik haline getirmektedir. Bu kişiler düşük benlik saygısının bir sonucu olarak katı mükemmeliyetçi tutum ile birlikte kendini kontrol etmeye şiddetli bir ihtiyaç duyarlar. Başlarda anoreksiya nervosa hastaları iş yaşamları, sosyal aktiviteleri gibi uğraşlarını kontrol altında tutma çabası içindedirler. Sonraları ise yemek yemeyi kontrol etme öncelikli uğraşları haline gelir, hayatlarının diğer alanlarındaki başarısızlık algısının üstesinden bu şekilde gelmeye çalışırlar (Fairburn ve Cooper, 1998).

Anoreksiya nervozanın nörotransmitterlerle olan ilişkine bakıldığında serotonin geçişindeki bozulmanın hastalık öncesinde kaygı, obsesif belirtiler ve inhibe olma haline neden olduğu görülmektedir. Bu disforik mizaç, duygusal ve ödül yollarının doğal bir şekilde düzenlenmesini de içerebilir ve bu da beslemenin hedonik yönlerine aracılık eder, bu yüzden bu kişiler rahatsız edici iştah açıcı davranışlara karşı savunmasız kalabilir. Yiyecek alımının kısıtlanması bu disforik ruh halinden uzaklaşma sağladığı için ödül etkisi yapar ve bu sürecin pekişmesine neden olur. Anoreksiya nervozanın ergenlikte görülmesine neden olan bu savunmasızlık halinin ortaya çıkmasında çeşitli faktörler etkili olabilir. Bu faktörlerden ilki olan ve ergenlikle birlikte giden çıkan bedensel değişiklikler ile gonadal hormonlarındaki değişim serotoninin düzenlenmesini kötüleştirebilir. İkinci olarak kültürel ve sosyal baskıların yarattığı stres obsesif yapının ve kaygının artışı ile kendisini gösterebilir. Anoreksiya nervozalı bireyler gıda kısıtlaması ile

kaygılarını yönetebileceklerini farkedirler. Bu süreç de hastalığın kronikleşmesine neden olur (Kaye, 2008).

Genetik açıdan değerlendirildiğinde anoreksiya nervozada görülen obsesif ve mükemmelliyetçi kişilik özelliklerinin ortak ailesel geçişinin olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Lilenfeld v.d., 1998). Evlat edinme çalışmalarının eksikliğinde genetik geçişin incelenebilmesi için ikiz çalışmaları tasarlanmıştır. Anoreksiya nervozanın klinik örnekleme monozigot ikizlerde %55, dizigotik ikizlerinkinde ise %5 genetik geçişinin olduğu bildirilmektedir (Treasure ve Holland, 1989). Bu bulgular anoreksiya nervozanın anlamlı düzeyde kalıtsal özelliklerinin olduğunu ifade etmektedir.

Psikolojik faktörler değerlendirildiğinde ise anoreksiya nervozanın ortaya çıkmasındaki en önemli iki faktörün kişilik özellikleriyle ilgili olan düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik olduğu bildirilmektedir (Fairburn ve Cooper, 1998). Aile ilişkilerindeki problemlerin de yeme bozukluklarında risk faktörü olduğu bilinmektedir. Anoreksiya nervozalı çocuk ve ergenlerin, kontrol grubuna göre ruhsal travmalara daha çok maruz kaldıkları görülmektedir. Bu ailelerde alkol kullanımı, kumar bağımlılığı, kayıp ve ayrılma ile bağlantılı sorunların olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca bu ailelerin çocuklarına dair yüksek beklentiler içerisinde oldukları, bu durumun da gençleri beklentileri karşılamaya yönelik yüksek hedefler koymaya ittiği ifade edilmektedir (Rastam ve Gillberg, 1992).

1.1.1.6. Prognoz

Anoreksiya Nervozası'nın seyri ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir. Yapılmış olan çalışmalarda yöntemsel farklılıklar hastalığın ortaya çıkardığı sonuçları da farklılaştırmaktadır. Bu metodolojik farklılıklar arasında; takip süresi, takip yöntemi, değerlendirilen işlevsellik alanı, değerlendirme yöntemi, örneklemin büyüklüğü ve karakteristik özellikleri bulunmaktadır (Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996).

Anoreksiya nervozanın sonuçlarının nasıl tanımlandığına göre yine yapılan çalışmaların neticeleri farklılık göstermektedir. Bununla birlikte genel olarak

anoreksiya nervozanın; vücut ağırlığı, menstrüel döngü, yeme tutumları, psikolojik ve sosyal işlevselliği etkilediği bilinmektedir. Bu bozukluğun en önemli sonucu ise mortalite riskinin oluşmasıdır (Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996). Bazı çalışmaların anoreksiya nervozanın bütüncül sonuçlarının değerlendirilmesinde daha tutarlı ölçütler kullandığı dikkati çekmektedir. Morgan ve Russell (1975) tarafından yapılmış olan çalışmada bu ölçütler kişinin vücut ağırlığı ve menstrüel işlevler olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ek olarak ortalama sonuç puanı değerlendirilmiş; genel düzeydeki işlevsellik; psikolojik, sosyal ve mesleki özellikler bu sınıflandırma içine dahil edilmiştir. (Morgan ve Russell, 1975).

AN'de remisyona oranları %3 ile %96 arasında değişmektedir. Bu oranları belirleyen remisyona nasıl tanımlandığıdır (Couturier ve Lock, 2006). Anoreksiya nervoza ile mücadele eden hastaların yarıya yakını tam olarak iyileşme göstermekte, 1/3'ü kısmi olarak düzelmekte, %20'sinde ise bozukluk kronikleşmektedir. Ayrıca iyileşme sürecinin kendi içinde sınıflandırıldığı ve kilo alma ortalama oranının %60, menstrüel işlevlerin düzelmesinin %57 ve yeme davranışının normalleşmesinin %47 olarak bulgulandığı bir çalışmaya da rastlanmaktadır (Steinhausen, 2002). İyileşme kriterlerini daha katı tutan ve birçok alanda işlevsel düzelmeyi ölçüt olarak alan çalışmalarda ise iyileşme oranlarının düştüğü dikkat çekmektedir (%23.7) (Eckert v.d., 1995).

Anoreksiya nervoza psikiyatrik sınıflandırmalar içerisinde mortalite riski en yüksek olan bozukluktur (Agras, 2001). Sullivan (1995) tarafından yapılmış olan bir gözden geçirmede 10 yıllık bir süre içinde anoreksiya nervoza nedeni ile ölüm oranının yaklaşık %5.6 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmayla tutarlı olarak Steinhausen'in (2002) yürüttüğü bir gözden geçirmede ise hastaların takip süresi 3 evreye ayrılmıştır. İzleme süresi 4, 4-10 yıl ve 10 seneden uzun olan hastalarda mortalite oranlarının sırasıyla %0.9, %4,9 ve %9.4 olduğu ortaya konmuştur. Başka bir ifade ile; hastalığın takip süresi uzadıkça ölüm oranları artmaktadır. AN'de başlıca mortalite nedenleri uzun süreli açlığa bağlı fiziksel problemler ve intihar davranışlarıdır. Herzog ve arkadaşlarının (1988) çalışmalarında mortalite oranlarının %50'sinin anoreksiya nervozanın neden olduğu komplikasyonlara, %

24'ünün özkıyımına, %15'inin bilinmeyen nedenlere, %6'sının akciğer kanserine, %6'sının ise kaza ya da başka bozukluklara bağlı olduğu bildirilmiştir (Herzog, Keller ve Lavori, 1988).

Anoreksiya nervozada yaklaşık olarak %50 iyileşme oranına ulaşılmasının yanında, hastaların çoğunun normal bir ağırlığa ulaşmalarına, menstrüasyonun gerçekleşmesine rağmen fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerinin sürdüğü dikkati çekmektedir (Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996). Hastalığın belirtileri ile tedaviye başlanması arasındaki sürenin kısa olması, uzun takip süresi ve çok kuvvetli bir etki saptanmamış olsa da başlangıç yaşının küçük olması sonuçların iyi olabileceğine işaret etmektedir. Buna karşın; kusmanın, telafi davranışının, bulimik semptomların, hastalığın kronikleşmiş olmasının ve obsesif- kompulsif kişilik özelliklerinin varlığı ise hastalığın gidişatı ile ilgili olumsuz özelliklerdir (Steinhausen, 2009).

1.1.2. Bulimiya Nervoz

Tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, yemeyi durduramama korkusu, kusma, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi davranışlarla karakterize bir bozukluktur.

1.1.2.1. Tarihçesi

Bulimiya Nervoz terimi etimolojik olarak incelendiğinde bulimiya kelimesinin “*bous*” (öküz) ve “*limos*” (açlık) sözcüklerinden türemiş, “Bir öküzü yiyebilecek kadar açlık” anlamında patolojik bir iştahı tanımlayan Yunanca kökenli bir kelime olduğu görülmektedir (Vandereycken, 2002; Ziolko, 1996).

Bulimiya nervoz kelime olarak ilk kez İngiliz Psikiyatrist Russell tarafından 1979'da kullanılmıştır. Başta anoreksiya nervozanın bir varyantı olarak ortaya konmuştur ve bulimiya sözcüğüne, hastalığın anoreksiya nervoz ile olan ilişkisine vurgu yapmak için “nervoz” kelimesi eklenmiştir.

Russell'a (1979) göre bulimiya nervozanın klinik olarak değerlendirilmesinde şu üç tanı kriterinin görülüyor olması önemlidir:

- Aşırı yeme döngüleri
- Laksatif ve diüretik kullanımı
- Kilo almaktan aşırı korkma (Russell, 1979).

Bir hastalık olarak yeni tanımlanmasına rağmen, bulimiya nervozanın bir belirti ya da sendrom olarak birkaç yüzyıl öncesine dayandığı söylenilebilir (Parry Jones ve Parry Jones, 1991).

Antik çağlarda; eski Mısır, Roma, Yunan ve Arap kültürlerinde bulimiya benzeri hedonistik davranışların olduğu bildirilmektedir. Eski Mısır'da insanların her ay 3 ardışık gün boyunca kusma davranışında bulunduğu, bunu sağlıklı olmak adına gerçekleştirdikleri bilinmektedir. Yine Eski Roma'da, Seneca'nın "çıkartmak için yiyen ve yemek için çıkartan" kişilerden söz ettiği bildirilmiştir (Silverman, 1997). Roma imparatorları Claudius ve Vitellius'un bu tip yeme tutumlarının bulimik olabileceği düşünülmekle birlikte iki imparator da zayıflama motivasyonuna dair bir kanıt olmaması bulimiya nervozadan uzaklaştırmaktadır (Crichton, 1996).

20. yüzyılın başından itibaren bugünkü anlamda BN'ye daha yakın bulimiya belirtileri ve olgular bildirilmeye başlanmıştır. Bunlara örnek olarak Janet'nin 1903, Wulff'un 1932 ve Binswanger'in 1944-1945 tarihli olgu bildirimleri verilebilir. (Janet, 1903; Wulff, 1932; Binswanger, 1944-45; akt. Russell, 1997). 1962'den itibaren Hilde Bruch de bulimiya ile ilgili yazıları ile alanyazında yerini almaya başlamıştır (Bruch, 1962).

1.1.2.2. Tanı Kriterleri

İlk kez DSM-IV'te (1994) bağımsız bir başlık olarak tanımlanan Yeme Bozuklukları'ndan Bulimiya Nervozanın DSM-IV-TR (Köroğlu, 2007b) için tanı ölçütleri şunlardır:

Tablo 5: DSM-IV-TR’ye göre Bulimiya Nervoza için tanı ölçütleri

- A. Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:
1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.
 2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).
- B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.
- C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de üç ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.
- D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.
- E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

DSM-IV’e göre BN’nin iki tipi tanımlanmıştır. Bunlar; çıkartma olan tipte BN’nin o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendini kusturmuş ya da laksatifler, diüretikler/lavmanları kötüye kullanmıştır. Çıkartma olmayan tipte ise yemeyi kısıtlama ya da aşırı şekilde egzersiz yapma gibi uygunsuz telafi davranışlarına girerken kendini kusturma, laksatif, diüretik kullanımı gibi davranışlarda bulunmamaktadır (Köroğlu, 2007b).

DSM-5'in geliştirilmesi ile birlikte Yeme Bozuklukları'ndan Bulimiya Nervosa'nın tanı ölçütleri ise:

Tablo 6: DSM-5'e göre Bulimiya Nervosa için tanı ölçütleri

A. Yineleyen tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir: 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. 2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).
B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları, ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yemek yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
D. Kendini değerlendirmesi vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
E. Bu bozukluk, yalnızca Anoreksiya Nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

DSM-5'te BN için sıklık ve şiddetine göre ek birtakım sınıflandırmalara gidilmiştir. Bunlar; şiddetine göre; tam olmayan yatışma gösteren, yani BN'nin tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanmış ancak bu tanı ölçütlerinin uzunca bir süredir kısmen karşılanmaktadır. Tam yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanmıştır ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. Sıklığına göre ise, haftada 1-3 kez uygunsuz ödünleyici davranışın olduğu, ağır olmayan, dört-yedi kez ödünleyici davranışın olduğu, orta derecede, sekiz-onüç kez ödünleyici davranışın ortaya çıktığı, ağır ve haftada on dört

ya da çok daha fazla kez ödünleyici davranışın ortaya çıktığı durumlarda ise aşırı düzeyde olarak tanımlanmıştır (Köroğlu, 2013).

1.1.2.3. Epidemiyoloji

Russell (1979) tarafından anoreksiya nervozadan bağımsız bir hastalık olarak tanımlanan bulimiya nervoza, 1980 yılında DSM-III'de ayrı bir başlık altında yer almış ve hastalığın tanı kriterleri belirlenmiştir. Bu tarihten önce tıbbi kayıtlarda, bulimiyanın günümüzde bilinen sendromdan farklı olarak aşırı yeme ile kendini gösteren heterojen belirtili durumlar şeklinde ortaya çıktığı görülmektedir.

Bulimiya nervoza ile ilgili alanyazında sadece birkaç insidans çalışması bulunmaktadır. Hollanda'da 1985-1989 yılları arasında bulimiya nervozanın ülke genelinde görülme hızının araştırıldığı bir çalışmada bu oranın 100.000'de 8.6 iken 1995-1999 yıllarında 100.000'de 6.1'ya gerilediği görülmektedir (van Son, van Hoeken, Bartelds, van Furth ve Hoek, 2006). Aynı yılda yapılmış olan bir başka araştırmada ise bulimiya nervozanın genç kadınlarda ortalama görülme sıklığının %1 olduğu bildirilmiştir (Hoek, 2006). Fairburn ve Beglin'in (1990) çalışmalarında, araştırma yöntemlerinin gelişmesiyle bulimiya nervozanın ergen ve genç kadınlarda görülme sıklığının %1 civarında olduğu yönündeki görüş birliğinin arttığı ifade edilmiştir.

Kjelsas ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülmüş bir çalışmada ise; 14-15 yaşlarındaki kız ve erkek öğrencilerde bulimiya nervozanın yaşamboyu görülme sıklığı sırasıyla %0.7 ve %0.2 olarak bulunmuştur. Wade ve arkadaşlarının (2006) Avustralya'da 28-39 yaşları arasında yetişkin kadın ikiz bireyler üzerinde yürüttüğü çalışmalarında katılımcıların %2.9'nun bulimiya nervoza tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir. Ülkemizde 414 kadın üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada bulimiya nervoza görülme sıklığının %0.5 olduğu saptanmıştır (Uzun v.d., 2006).

Bulimiya nervozanın nokta yaygınlığı çeşitli araştırmalarda farklılık göstermekte olup bunun en önemli nedeninin; toplumun küçük bir kesiminin tedavi arayışı içerisine girmesi olduğu düşünülmektedir (Hoek, 2006). Bu durum oranlar arasında tutarsızlık yaratmaktadır.

1.1.2.4. Klinik Görünüm

Bulimiya nervozayı anoreksiya nervozadan ayıran en önemli fark; yiyecek alımındaki kısıtlamaların tıknırcasına yeme nöbetleri ile sonuçlanmasıdır. Hastalar genellikle bu yeme nöbetlerini önceden planlarlar ve gün içerisinde zihinlerini bu ritüel ile ilgili meşgul ederler. Tıknırcasına yeme ataklarında tüketilen gıda miktarı değişmekle birlikte genel olarak 1000 ile 2000 kalori arasında bulunmaktadır. Çoğu durumda bu aşırı yeme davranışını telafi etmek üzere kendiliğinden tetiklenen kusma ya da laksatif/diüretik kullanımı ortaya çıkmaktadır. Aşırı yeme davranışı ve yetersiz beslenme birlikteliği genel olarak hastaların normal ağırlıklarda kalabilmelerini sağlar, bu durum da bulimiya nervozayı anoreksiya nervosadan ayırmaktadır. Bulimiya nervoza hastaları yeme ile ilgili kontrol kaybindan ötürü bir utanç duyar ve stres yaşarlar, bu onların tedavi olmaya dair motivasyonlarını artırır ancak genellikle tedaviye başvurmayı uzun zaman ertelemiş olurlar. Depresif semptomlar ve anksiyete bozuklukları bulimiya nervozada ek olarak görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Bu sendromların dışında kendine zarar verme davranışı içerisinde olan ya da madde kullanımı mevcut bir alt grup da mevcuttur (Fairburn ve Harrison, 2003).

Bulimiya nervosa tanısı olan hastalarda fizyolojik şikayetler önemli düzeyde görülmemektedir. Bununla birlikte kusma davranışı ve laksatif/diüretik kullanımı sıklığına bağlı olarak kişilerin elektrolit dengesi bozulabilmektedir (Wolfe, Metzger, Levine ve Jimerson, 2001; Murphy v.d.; 2010). Bu elektrolit anomalileri arasında hipokalemi (kandaki potasyumun normalin altında olması), hipokalsemi (kandaki kalsiyum eksikliği), hipofosfatemi (kandaki fosfor eksikliği), hiponatremi (kandaki sodyum eksikliği) ve hipomagnezemi (kandaki magnezyum eksikliği) sayılmaktadır. Ayrıca glomerüler filtrasyon (böbreklerin vücuttaki atıkları giderme süreci) hızında azalma ve hipovolemi (kan hacmi kaybı) de görülmektedir. Ek olarak kandaki üre nitrojende artış ve geçici azotemi (kanda azot bulunması) de ortaya çıkabilmektedir (Mitchell, Pomeroy ve Adson, 1997).

Kusma davranışı sık olan hastaların diş hasarları açısından risk altında olduğu bildirilmektedir (Milosevic, 1999). Bu kişilerin dişlerindeki erozyona bağlı olarak

deformasyon öyküleri mevcuttur. Dişeti çekilmesi, dişeti kanamaları ve apselere rastlanmaktadır (Mitchell, Pomeroy ve Adson, 1997). Bulimikler genellikle boğaz ağrısından şikayetçidirler ve sıklıkla özefageal yırtılmaları oluşmaktadır. Özafagus yırtılması ölümcül bir komplikasyon olabilmektedir (Mitchell, Pomeroy ve Adson, 1997).

1.1.2.5. Etiyoloji

Bulimiya nervozanın oluşumunda etkili faktörler başlıca iki başlık altında toplanabilir. Bunlardan ilki; kohort çalışmalarına ve vaka kontrollü çalışmalara dayandırılmakta olan ve bulimiya nervozaya özgü özellikleri kapsayan; hastalık öncesinde diyet yapma davranışı, kişide obezite tanısının varlığı, aileden herhangi birinde yeme bozukluğu tanısı olması ile yeme davranışı, kilo, beden şekli ile ilgili olumsuz eleştirilere maruz kalma olarak bildirilmektedir (Schmindt, 2002). Bulimiya nervozaya yatkınlık yaratan; çocukluk çağı ya da ailesel obezite öyküsü, erken ergenlik ve ailede alkol bağımlılığının olması gibi faktörler kişiyi beden şekline karşı duyarlı hale getirerek diyet yapma davranışına yöneltmektedir. Bu durum, kadınların zayıf bir bedene sahip olmalarına yönelik sosyal baskılar olarak kendini göstermektedir. İkincisi ise psikiyatrik bozukluklar için geçerli tüm risk faktörleridir. Bunlar arasında; genetik, sosyokültürel, kişilik özelliklerine dair ve ailesel etkenler sayılmaktadır (Fairburn ve Harrison, 2003). Çocukluk çağına dair çevresel faktörlerin katkısına ek olarak, güçlü kanıtlara dayandırılmasa da çocukluk çağı travması ile bulimiya nervosa gelişimi arasında ilişkiler mevcuttur (Schmindt, 2002).

Bulimiya nervozanın genetik geçişi ile ilgili klinik örneklem üzerinde yapılan ikiz çalışmalarına göre, tek yumurta ikizlerinde hastalığın görülme oranı %35 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %30 olarak bildirilmektedir. Görülme yüzdesindeki bu yakınlık bulimiya nervozanın kalıtsal olarak anlamlı bir özellik göstermediğine işaret etmektedir. İkiz çalışmaları, yaşam alanlarını paylaşan ikizler ve kendi çevresel koşullarında yetişen ikiz bireyler olarak da farklılaşmaktadır. Çeşitli çalışmalardaki farklı sonuçlar, bulimiya nervozada genetik faktörlerde yüksek kalıtsal özellik görülse de bu sonuçların güvenilirliklerinin düşük olduğu bilgisini ortaya koymaktadır (Bullik, Sullivan ve Kendler, 1998).

Sosyokültürel olarak değişen güzellik algısı ve buna bağlı olarak özellikle kadınlarda, Batı medyasının da etkisiyle özendirilen zayıf bir vücuda sahip olma arzusu beden hoşnutsuzluğu ile kendini göstermekte ve kişilerin yediklerini kısıtlamaya çalışmalarına neden olabilmektedir. Becker ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında Fiji’de yeme bozuklukları oranı düşük iken Batılı medya ile tanışmalarının ardından toplumda kilo ve vücut algısı ile ilgili atıf ve tutumların geliştiği bildirilmiştir (Becker, Burwell, Navara ve Gilman, 2003).

Bulimiya nervoza tanısı olan kişilerde düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin varlığı dikkati çekmektedir. Bardone ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında; beden hoşnutsuzluğuna ve düşük benlik saygısına sahip ve mükemmeliyetçi kişilik özellikleri gösteren kişilerin bulimik belirtiler göstermede risk altında oldukları bildirilmiştir. Kendini kilolu algılama, artan mükemmeliyetçi özelliklere sahip olma ve düşük benlik saygısı bulimik semptomlarla ilişkili bulunmuştur (Bardone v.d., 2000). Vohs ve arkadaşlarının (1999) araştırmalarında ise bulimik belirtileri predikte eden mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve kendini şişman olarak algılama değişkenleri arasında düşük benlik saygısının aracı rol oynadığı dikkati çekmektedir.

Bulimiya nervozanın gelişiminde B ve C kümesi kişilik bozukluklarının da etkisi görülebilmektedir. Bu bireyler dürtüsel, kişiler arası ilişkilerde duyarlı ve hataya karşı düşük toleranslı olabilmektedirler. Özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının varlığı bulimiya nervozada hastalığın seyrini ve tedavi sonucunu olumsuz etkilemektedir (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson ve Heatherton, 1999).

1.1.2.6. Prognoz

Bulimiya Nervozanın ilerleyişi ve sonuçları, anoreksiya nervozada olduğu gibi hastalığın değerlendirilmesinde kullanılan tanı ölçütleri, hastaların takip süresi gibi kriterlerdeki farklılıklardan ötürü çeşitlilik göstermektedir. Buna karşın bulimiya nervozanın seyrinin anoreksiya nervozaya göre daha olumlu olduğu görülmektedir. Yöntemsel farklılıklar nedeniyle bulimiya nervozada iyileşme oranlarının geniş bir aralıkta olduğu dikkati çekmektedir. Abraham ve arkadaşları

(1983) tarafından yapılmış olan bir çalışmada 43 bulimiya nervoza hastası tedavilerinin başlamasından 14 ila 72 ay sonrasında değerlendirilmiş ve kullanılan değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak hastaların %29-%42'sinin iyileşmiş olduğu bildirilmiştir (Abraham, Mira ve Llewellyn-Jones, 1983). Başka bir çalışmaya göre ise 100 bulimiya nervoza hastasının 91'i grup terapisi ile yürütülen tedavilerinin bitiminden 2 ila 5 yıl sonrasında telefon ile iletişim kurularak değerlendirilmiştir. Bu kişilerin yetmiş dokuzu (%87) tedaviyi tamamlamıştır. Genel olarak hastaların %66'sı (60) bazı vakalara ek birtakım tedaviler gerekmele birlikte izleme sürecini olumlu geçirmiştir. Sekiz (%9) kişi halen belirtiler gösterse de düzelme göstermiştir. Buna karşın 23 hastanın tedavi süreci ise (%25) başarısız olarak değerlendirilmiştir (Mitchell, Pyle, Hatsukami, Goff, Glotter ve Harper, 1989). Keel ve arkadaşlarının (1999) izleme çalışmalarına göre ise 173 kadın bulimiya nervoza hastasının on yıldan uzun süre (11,5 yıl) takip sürçlerinin sonunda; %11'inin bulimiya nervoza tanısının sürdüğü, %0.6'sının anoreksiya nervoza tanı kriterlerini karşıladığı, %18.5'unun başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısı aldığı görülmektedir. Bu örneklemin %69.9'unun ise tam ya da kısmi remisyonda olduğu bildirilmiştir (Keel, Mitchell, Miller, Davis ve Crow, 1999). Collings ve King'in (1994) 49 kadın 1 erkek hastanın dahil edildiği on yıllık izleme çalışmalarının sonucunda; bulimiya nervoza tanısını karşılayan 44 kişiden %52'sinin tamamen iyileştiği, %9'unun hastalığının sürdüğü, %39'unun ise kısmi belirtilerle hayatına devam edebildiği belirtilmektedir.

Bulimiya nervoza tanısının genç yaşta alınmış olması, hastalığın başlamasından tedavi sürecine kadar geçen sürenin kısa olması, bulimiya nervozanın şiddetli belirtiler göstermemesi, tedaviye dair yüksek motivasyon gibi faktörler iyi prognozla ilişkili bulunmuştur. Düşük benlik saygısı, dürtüsellik, depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, borderline kişilik özellikleri gibi etkenler ise kötü prognozla ilişkili bulunmuştur (Fairburn, 1981; Steinhausen, 2009).

Bulimiya nervozada mortalite oranları anoreksiya nervozaya nispeten daha düşüktür. Crow ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 8 ile 25 yıl arasında değişmekte olan zaman diliminde izlenen 906 bulimiya nervoza hastasının 35'inin

(%3.9) öldüğü bildirilmiştir. Bu sayının %23'ünün ise intihara bağlı olduğu ifade edilmiştir (Crow v.d., 2009).

1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tekrarlayıcı bir biçimde, bir seferde bir kişinin ortalama yiyeceğinin çok üstünde gıda alımı ve bu esnada kontrol kaybı yaşanması ile karakterize bir bozukluktur.

1.1.3.1. Tarihçesi

Tıkınırcasına yeme, Yunanca “ox” (öküz) ve “hunger” (açlık) kelimelerinin karşılığı olarak kullanılan “bulimiya” olarak adlandırılmış ve tarihi Hipokrat dönemine kadar uzanan bir çeşit açlık hastalığı olarak tanımlanmıştır (Stunkard, 1993). Antik Yunan’da “boulimos“ alışılmadık bir açlık haliyle tetiklenen aşırı yeme dönemleri olarak anlamlandırılmıştır. Sonraları hem Yunan hem Roma dönemine ait yazarların bu kavramı muğlak bir biçimde kullandığı, zaman zaman açlık, halsizlik, baygınlık yerine zaman zaman ise bu durumların uyandırdığı aşırı yeme halini anlatabilmek adına bu ifadenin seçildiği dikkati çekmektedir. O dönemde Galen gıda alımına dair arzu ile baygınlık kavramlarını yazılarında vurgulamış ve kendisinin bilimsel bir otorite olması nedeniyle bu yorumu yaklaşık 1000 yıl boyunca kendine yer bulmuştur (Fairburn ve Wilson, 1993).

1743 yılında James, “true boulimus”un bayılma ile sonuçlanan kısa aralıklarla yiyecek alımı ve yeme ile aşırı meşguliyet ile karakterize bir biçimde ortaya çıktığını ileri sürmüştü, bir başka varyantı ise “caninus appetitus” olarak yani kusma ile neticelenen aşırı yeme davranışını tarif etmiştir (James, 1743).

19. YY’a gelindiğinde ise bulmiya kavramının tıkınırcasına yeme ile olan ilişkisi Ansiklopedi Britannica’nın 1797 yılı baskısı ve 1830’da Paris’te yayınlanan “Dictionnaire de Medecine et Chirurgie” de yer alması ile birlikte tanınmıştır (Stunkard, 1993; Cassell ve Gleaves, 2006). 1869’de Fransa’da Blanchet “boulimie”nin iki çeşidini ortaya koymuştur. İkisinde de yiyecek kişinin en önemli uğraşydı, aşırı miktarda gıda alımı olduktan sonra bile açlık hali devam edebilir ve

halsizlik tıknırcasına yeme nöbeti ile devam edebilmektedir. Blanchez'in "cynorexia" olarak tanımladığı çeşidinde tıknırcasına yeme nöbetini kusma davranışı takip etmekteydi (Blanchez, 1869; akt. Stunkard, 1993; Cassell ve Gleaves, 2006). Son ikiyüz yılda bulimiya tıknırcasına yeme olarak yeniden gündeme geldiğinden beri, tıknırcasına yeme kendine özgü bir davranış paterni olarak tarif edilmiştir (Fairburn ve Wilson, 1993). "Tıknırcasına Yeme" terimi ise tarihte ilk kez, farelerin yeme özellikleri ile obezite ilişkisini inceleyen Stunkard (1959) tarafından kullanılmıştır. Stunkard'ın klinik gözlemlerine göre obezite tanısı olan kişilerin bazıları günlük beslenme alışkanlıklarından ayrı olarak kontrolleri dışında deneyimledikleri döngüsel aşırı yeme davranışı ile meşgul olmaktadır (Stunkard, 1959).

1987 yılında sendrom ilk kez DSM-III-R'de kendine yer edinmiş ve bulimiya nervozanın bir özelliği olarak tanımlanmıştır. 1994 yılında ise DSM-IV'ün yayımlanması ile birlikte Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısı ile ilişkilendirilmiştir. 2013 yılında DSM-IV'ün gözden geçirilmesiyle DSM-IV-R'de (Köroğlu, 2007b) DSM-5'de Tıknırcasına Yeme Bozukluğu'nun başlı başına bir tanı olarak yer alacağı ilan edilmiştir. DSM-5'in (Köroğlu, 2013) yayımlanması ile "Tıknırcasına Yeme Bozukluğu" bağımsız bir tanı olarak kendine yer bulmuştur.

1.1.3.2. Tanı Kriterleri

İlk kez DSM-5'te (2013) bağımsız bir başlık olarak tanımlanan Yeme Bozuklukları'ndan Tıknırcasına Yeme Bozukluğu'nun tanı ölçütleri Tablo 7'de görülebilir. DSM-5'te TYB için sıklık ve şiddetine göre ek birtakım sınıflandırmalara gidilmiştir. Bunlar; şiddetine göre; tam olmayan yatışma gösteren, yani tıknırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanmış ancak tıknırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir haftada birden az olan, tam yatışma gösteren: yani tıknırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanırken, bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. Sıklığına göre ise haftada 1-3 kez tıknırcasına yemenin olduğu ağır olmayan, dört-yedi kez tıknırcasına yemenin olduğu orta derecede, sekiz-onüç kez tıknırcasına yemenin olduğu ağır ve haftada ondört ya da çok daha fazla tıknırcasına yemenin görüldüğü aşırı düzeyde olarak tanımlanmıştır (Köroğlu, 2013).

Tablo 7: DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri

- A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).
- B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:
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 sonar kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

1.1.3.3. Epidemiyoloji

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun bağımsız bir sendrom olarak tanı kitaplarında yer alması DSM-5 ile olmuştur. Nispeten yeni tanımlanmış bir bozukluk olmasından ötürü sıklık ve yaygınlık çalışmalarının kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir. Genel toplumda görülen yaygınlık oranları sağlıklı bir biçimde ölçülememektedir.

Obezite tedavisi gören hastaların %5 ila 10'unda tıkınırcasına yeme bozukluğuna rastlandığı bildirilmektedir. Kessler ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun yaşamboyu görülme sıklığının %1.9, bir yıl içerisinde görülme sıklığının ise %0.8 olduğu rapor edilmiştir.

Striegel-Moore ve Franko'nun (2003) gözden geçirme çalışmalarında, tıknırcasına yeme bozukluğunun prevelansının tespitinde uygun örneklem ve değerlendirme yöntemi seçilememesinden ötürü sınırlılıkların olduğu bildirilmektedir. Yine bu araştırmaya göre öz bildirim ölçeği kullanılan çalışmalar ile klinik görüşme doğrultusunda yapılan değerlendirmelerin sonuçları arasında farklıklar görülmektedir. Öz bildirim ölçeği ile yapılan değerlendirmeler sonucunda kişilerin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısını alma oranlarının, klinik görüşme ile tanı alma oranlarına göre yüksek olduğu ifade edilmektedir (Fairburn ve Beglin, 1990; 1994). Bu durumun sebebi; klinik görüşme esnasında tıknırcasına yeme kavramının açıklanabilmesi, subjektif olabilen aşırı yeme ve kontrol kaybı algısının yeniden değerlendirilip sonuçları olumsuzdan olumluya çevirebilmesidir (Fairburn ve Beglin, 1994). Spitzer ve arkadaşları (1992) tarafından 1031'i erkek 1984 kişi üzerinde yürütülmüş olan çalışmada kadınların %2.5'inin erkeklerin ise %1.1'inin tıknırcasına yeme tanısı aldığı bildirilmiştir. Smith ve arkadaşları (1998) ise 1837 erkek ve 1895 kadın katılımcının dahil olduğu çalışmalarında tıknırcasına yeme tanısı görülme sıklığının oranı %1.5 olarak bulunmuştur.

Yeme bozukluğu değerlendirme görüşmesi (Fairburn ve Cooper, 1993) ile değerlendirilen Hay tarafından (1998) yürütülen 1785 kadın ve 2725 erkek katılımcı üzerinde yürütülen çalışmada, kişilerin %1'inde BN ile kombine şekilde tıknırcasına yeme bozukluğuna rastlanmıştır. Kinzl ve arkadaşlarının (1999b) 1000 erkek üzerinde yürüttükleri çalışmalarında ise katılımcıların %0.8'inde tıknırcasına yeme bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir (Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth ve Biebl, 1999b).

1.1.3.4. Klinik Görünüm

Tıknırcasına yeme bozukluğunda tıpkı bulimiya nervozada olduğu gibi sık sık aşırı düzeyde yeme eğilimi söz konusudur. Ancak bu döngü kişinin normaldeki fazla yeme eğiliminden farklıdır. Bu bireyler bu fazla miktarda gıda tükettikleri yeme nöbetlerinde kontrol kaybı yaşamaktadırlar. Diğer yandan tıknırcasına yeme bozukluğunun obezite ile de güçlü ilişkileri mevcuttur. Hastalığın ismi ve kriterlerinden de anlaşıldığı gibi kendini kusturma ya da laksatif/ diüretik kullanımı

gibi telafi davranışları görülmez veya nadiren görülür. Bulimiya nervozaya göre daha az sıklıkta görülmekle birlikte bu kişilerde depresif özellikler ve beden şekli ile ilgili hoşnutsuzluk görülmesi çok temeldir (Fairburn ve Harrison, 2003).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin kendi bildirimleri ve laboratuvar sonuçları hem tıkınırcasına yeme esnasında hem de bu döngüler arasında yeme davranışlarında önemli değişkenlikler olduğunu göstermektedir. Bulimiya nervosa tanısı olan ve tıkınırcasına yeme davranışı göstermeyen obezlerden farklı olarak tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı almış bireylerde yeme davranışı düzensizdir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde yiyecek alımının kısıtlanması düşük seviyelerde iken bulimiya nervozada tıkınırcasına yeme dönemlerini yiyecek alımının katı bir şekilde kısıtlanması takip etmektedir. Ayrıca aşırı yeme dönemleri de birtakım farklılıklar göstermektedir. Zaman zaman kontrol kaybı olmaksızın aşırı yeme söz konusu iken bu durum bazen kontrol kaybı ile birlikte ortaya çıkmakta bazen ise sadece kontrol kaybı meydana gelmektedir (Grilo, 2002).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu kişinin ağırlığı ve beden şekli ile ilgili işlevsiz tutumları ile karakterize bir bozukluktur. Bir diğer ifade ile tıkınırcasına yeme bozukluğunda kişinin kognitif özellikleri önemlidir. Beden hoşnutsuzluğunun da tıkınırcasına yeme bozukluklarında yüksek düzeyde görüldüğü dikkati çekmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı almış olan kişilerin, tıkınırcasına yeme dönemi olmayan obezite hastalarına göre beden hoşnutsuzluklarının yüksek düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Grilo, 2002)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu birçok psikolojik problem ile ilişkili olabilmektedir. Bu hastalarda komorbid olarak görülen en temel psikiyatrik tanı major depresyondur. Kişilerin yaşamboyu depresyon geçirme olasılıkları %50-60 civarındadır. Ek olarak alkol kullanım ve aksiyete bozukluklarının görülme oranı da artmaktadır. Ayrıca tıkınırcasına yeme bozukluklarında psikopatoloji, aşırı kilolu olma ve diyet yapma davranışının daha yaygın olduğu bildirilmektedir. DSM-IV tanı kriterlerine göre B veya C kümesi kişilik bozukluklarına sahip kişilerde daha sık görülmektedir. Beden şekli ve ağırlığı ile ilgili mükemmeliyetçi tarzda düşüncelerin de bu hastalarda mevcut olabildiği dikkati çekmektedir. Tıkınırcasına yeme

bozukluklarında kişiler kendilerini olduklarından kilolu algılamaya eğilimli olmaktadır (Grilo, 2002).

1.1.3.5. Etiyoloji

Tıkınırcasına yeme bozukluğu için risk faktörleri anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozaya göre daha az çalışılmıştır. Bulimiya nervoza ile kıyaslandığında daha az da olsa, olumsuz çocukluk yaşantıları, obeziteye karşı savunmasızlık hali, beden şekli, ağırlığı ve yeme ile ilgili olumsuz yorumlara maruz kalma gibi sebepler risk faktörlerini oluşturmaktadır (Schmidt, 2005). Genetik alt yapının tıkınırcasına yeme bozukluklarında net olmadığı bildirilmektedir. Tek yumurta ikizlerinde tıkınırcasına yeme bozukluğu görülme oranı çift yumurta ikizlerine göre yüksek olmakla birlikte Lee ve arkadaşları (1999) çalışmalarında bu bozuklukla ilgili ailesel bir özellik görülmediğini belirtmişlerdir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun ortaya çıkışında farklı gelişim dönemlerindeki faktörlerin etkileşiminin rol oynadığı düşünülmektedir. Bulimiya nervoza için önerilen modelde olduğu gibi yiyecek alımının kısıtlanmasının tıkınırcasına yeme bozukluklarının etiyolojisinde de merkezi rol aldığına inanılmaktadır. Kısıtlama modeline göre hastanın zihinsel olarak yiyeceklerini kısıtlamayı benimsemesi tıkinma atakları ve telafi davranışına karşı savunmasız bırakmaktadır (Stice, 2002). Ancak diyet-kısıtlama modeli tıkınırcasına yeme nöbetlerini açıklamak için yeterli değildir. Tıkınırcasına yeme davranışı çoğunlukla depresif ve olumsuz duygudurumla ilişkilendirilmiştir. Bazı kişiler rahatsız edici duygulardan uzak kalmak için geçici bir rahatlama ve olumsuz duygulara karşı kendilerini bu şekilde meşgul etmektedirler. Bu etki yiyecek alımının kısıtlanmasının eşlik etmesiyle daha da artabilmektedir (Telch ve Agras, 1996).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun oluşum nedenlerinin incelendiği çalışmalarda risk faktörlerinin iki grupta toplandığı dikkati çekmektedir. İlk grup tüm psikiyatrik bozukluklar için geçerli olan; ebeveynlerle ilgili sorunlar, çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar, ailesel çatışmalar, ailede yeme bozukluğu öyküsünün mevcut olması ile duygudurum ve madde kullanımı bozuklukları gibi faktörleri

kapsamaktadır. İkinci grupta ise yeme patolojilerine özgü etmenlerden; çocukluk çağı obezite öyküsü, aileden beden şekli ve kilo ile ilgili olumsuz yorumlara maruz kalma mevcut bulunmaktadır (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies, O'Connor, 1998). Beden şekli ve kilo ile ilgili eleştirilere maruz kalmak kişiyi tıknırcasına yeme bozukluğunun gelişmesine karşı çaresiz bırakmaktadır (Pike, Wilfley, Hilbert, Fairburn, Dohm ve Striegel-Moore, 2006). Aile çalışmalarına göre kişinin yakınlarında tıknırcasına yeme bozukluğu öyküsünün varlığının bu bozukluğun gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ek olarak bu aile üyelerinde obezite kontrol altına alındığında dahi tıknırcasına yeme bozukluğunun yaşamboyu görülme ihtimalinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007).

1.1.3.6. Prognoz

Fairburn ve arkadaşlarının (2000) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan ayrıca 9'unun obezite komorbiditesi mevcut 48 kadın katılımcının dahil edildiği toplum merkezli kohort çalışmalarında, beş yıllık takip sonucunda yapılan en son değerlendirmede yeme bozukluğu tanısı alan hastaların herhangi bir yeme bozukluğu tanısı alma oranının %18'e (40 hastanın 7'si) gerilediği görülmektedir. Hastalığın nüks, başka bir tanıya dönüşmesi ve hastaların tedavi arayışı oranları düşük bulunmuştur. Ancak beş yıllık izleme sonucunda hastalarda dikkate değer kilo alımının olduğu ve %39'unun obezite tanısı aldığı bildirilmektedir. Fakat bu kişilerin benlik saygıları ve sosyal işlevselliklerinin arttığı dikkati çekmektedir (Fairburn, Cooper, Doll, Norman ve O'Connor, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan bir boylamsal çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan hastaların bir yıllık takip sonucunda tanı kriterlerini karşılamaya devam ettikleri ve %55'inin Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısı aldığı dikkati çekmektedir (Crow, Stewart Agras, Halmi, Mitchell ve Kraemer, 2002). Wilfley ve arkadaşlarına göre (2007) bu iki çalışma arasındaki belirgin farklılığın nedenleri arasında; hastalık süresi, katılımcıların yaş ve cinsiyeti sayılmaktadır (Wilfley, Bishop, Wilson ve Agras, 2007).

Almanya'da bir yeme bozukluğu tedavi merkezinde yatan hastalar üzerinde

yürütülmüş bir çalışmada ön tanı olarak tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastaların hastalıklarının şiddetinin, bulimiya nervoza ön tanısı alanlarla kıyaslanabilir derecede olduğu ifade edilmektedir (Fichter, Quadflieg ve Brandl, 1993).

Anoreksiya nervozadan bulimiya nervozaya ya da tam tersi çapraz geçişler mümkün olabilirken, AN hastalarında tıknırcasına yeme bozukluğu geliştiğine dair vaka örnekleri bulunmaması dikkat çekici bulunmaktadır. Wade ve arkadaşları (2006) tarafından 1002 kadın ikiz hastanın uzun süreli yeme bozuklukları seyrinin izlendiği çalışmalarında; yaşamboyu tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı almış 29 kadın hastanın %10'unun izlem esnasında tanı kriterlerini karşılamayı sürdürdüğü bildirilmiştir (tanı konulduktan 14.5 yıl sonra). Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi'nin kilo ve beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçek puanlarının ölçümü ile hastaların %69'unun takip sürecinde iyi bir sonuç elde ettiği ifade edilmiştir (Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik ve Fairburn, 2006).

Tıknırcasına yeme bozukluğu yukarıda da belirtildiği gibi herhangi bir yeme bozukluğunun süresinden anlamlı derecede uzun süreli olan ortalama 14.4 yıl devam eden ve stabil olma özelliği gösteren bir sendromdur (Pope vd, 2006). Yapılan çalışmalar bütün olarak değerlendirildiğinde bu hastalığın çözülmesinin uzun zaman aldığı sonucu doğmaktadır. Obezitede mevcut olan tedavi direnci dikkate alındığında tıknırcasına yeme bozukluğunun kişinin ağırlığı ve sağlığına olan olumsuz sonuçları ile birlikte bu hastalığın yıllarca sürebildiğinin altı çizilmelidir.

1.1.4. Yeme Bozukluklarında Beden İmgesi

Yeme bozukluklarının önemli bileşenlerinden biri de beden imgesi kavramıdır. Beden imgesi, genellikle insan vücudunun büyüklük ve şekli ile ilgili zihinsel resmi ve bu özelliklere ek olarak temel vücut bölümleri ile ilgili duyguları anlatmak için kullanılmaktadır. Pratikte beden büyüklüğünün doğru bir şekilde değerlendirilmesi ile bedenle ilgili ya da beden memnuniyetsizliğine/aşağılamaya yönelik duygular ayrılmaktadır. Bu iki bileşen sık sık altı çizilen “beden algısı” ile “beden kavramı” arasındaki ayrıma benzemektedir (Slade ve Brodie, 1994). Beden

algısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu kavramları özellikle son 20-30 yıldır alanyazında kendine yer edinmiştir (Altabe ve Thompson, 1996).

Yeme bozukluklarında hem hastalığın değerlendirilmesinde hem de seyir ve tedavi sürecinde önemli bir yeri olan beden imgesi bozukluğu ilk kez Hilde Bruch (1962) tarafından tanımlanmıştır. Bruch'e göre; bu kişiler ileri derecede zayıf olmalarına karşın, görünümelerini normal bularak bu konuda ısrarcı bir tutum içerisine girmekte ve hiçbir endişe duymamaktadırlar.

Yeme bozukluklarının tanı kriterleri arasında da bulunan beden imgesi bozukluğu DSM-IV-TR'de (Köroğlu, 1999b) ve DSM-5'te de (Köroğlu, 2013) kendine yer bulmuştur.

DSM-IV-TR'de anoreksiya nevozanın tanı kriterleri arasında bulunan; *“Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma”* ile *“Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma”*

DSM-IV-TR'de bulimiya nevozanın tanı kriterleri arasında bulunan; *“Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir”* maddeleri beden imgesi bozukluğunu değerlendirmektedir.

Beden imgesi bozukluğu DSM-5'te de yeme bozukluğu tanı kriterleri arasında bulunmaktadır. Anoreksiya nervozanın tanı kriterleri arasında bulunan; *“Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma”* ile *“Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ya da biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz”*

Bulimiya nevrozanın tanı kriterleri arasında bulunan; “*Kendini değerlendirmesi vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir*” maddeleri de yine beden imgesi bozukluğuna işaret etmektedir (Köroğlu, 2013).

Beden imgesi kavramı algısal ve tutumsal bileşenleri ile çok boyutlu bir kavramdır. Bireyin bedenini hatalı değerlendirdiği durumlarda beden imgesi bozukluğu, vücut ölçüsü, biçimi ile ilgili hoşnutsuzluğu olduğunda ise beden memnuniyetsizliği kavramları anlaşılmaktadır. Beden imgesi bozukluğu algısal boyutu, beden memnuniyetsizliği ise tutumsal boyutu karşılamaktadır (Garner, 2002).

Beden imgesinin ölçülebilmesi için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler başlıca dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar:

- Beden büyüklüğünün ya da bir parçasının değerlendirildiği
- Görüntünün ya da tüm vücut algısının bozularak kişinin değerlendirilmesi istendiği
- Çizim ve silüetlerin kullanıldığı
- Beden memnuniyetsizliği/aşağılamanın değerlendirildiği teknikler olarak sınıflandırılmaktadır (Slade ve Brodie, 1994).

Derenne ve Beresin (2006) çalışmalarında kitle iletişim araçlarının beden imajı ve neticesinde yeme bozukluklarına olan etkisini incelemişlerdir. Medyanın ortaya koyduğu vücut algısı kadınlarda ve erkeklerde beden memnuniyetsizliğine yol açabilmektedir. Pembe diziler ve filmlere maruz kalan ergenlerde maruz kalma süresinden bağımsız olarak beden memnuniyetsizliği oranları yüksek bulunmuştur. Müzik videolarına maruz kalanlarda ise zayıf olmaya karşı aşırı istek oluştuğu bildirilmiştir (Tiggeman ve Pickering, 1996).

Kostanski ve Gullone (1998) 516 ergen üzerinde yürüttükleri çalışmalarında katılımcıların güncel beden kitleleri ve psikolojik iyilik hallerinin birbirlerinden bağımsız ancak algılanan beden memnuniyetsizliği ile ilişkili değişkenler olarak tespit edildiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca bulgular, algılanan beden memnuniyetsizliğinin, benlik saygısı, güncel beden kitlesi ve cinsiyet gibi

değişkenlerin etkileşimleri ile ortaya çıkan karmaşık bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında beden imgesinin araştırıldığı çalışmada Haworth-Hoeppner (2004) eleştirel bir aile ortamının, katı ebeveyn kontrolüne maruz kalmanın ve ev halkının kilo ile ilgili baskın söylemlerinin yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olduğu ifade etmiştir. Bu bulgular, kültür ve ailenin beden algısına ve yeme bozukluklarına etkilerine dair alanyazınla uyumlu bulunmuştur. Yeme bozukluklarının başlangıcında beden memnuniyetsizliğinin rolünü araştıran bir gözden geçirmede Stice ve Shaw (2002) zayıf olmak yönünde algılanan baskının, ince kalma idealinin içselleştirilmesinin ve beden kitlesindeki artışın beden hoşnutsuzluğuna neden olduğuna dair bulgular bildirmişlerdir. Ancak erken menarşın beden hoşnutsuzluğuna dair bir ilişkisi bulunamamıştır. Ayrıca beden memnuniyetsizliğinin yeme patolojileri için risk faktörü olduğu ve bu ilişkiye diyet davranışındaki ve olumsuz afektteki artış tarafından aracılık edildiği ifade edilmiştir.

Yeme bozukluklarında ailenin beden memnuniyetsizliğine etkisi üzerinde dolaylı olarak katkısını inceleyen çalışmada 268 üniversite öğrencisinde ailenin görünüm ile ilgili yorumları ve kızlarının beden imgesi memnuniyetsizliğinin yeme patolojilerini öngörebileceği bildirilmiştir. Ek olarak beden memnuniyetsizliğinin kısmen kızlarının bozulmuş yeme davranışları üzerindeki ailenin görünüme odaklanmasının etkisine aracılık ettiği bildirilmiştir (Kluck, 2010).

Sporcularda beden imajı ve yeme bozuklukları ilişkisini inceleyen bir çalışmada (Pasman ve Thompson, 1988) haltercilerin vücut ağırlıklarını tahmin oranlarının, koşu yapanlar ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu daha doğru değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir. Fakat koşu yapanlar ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Halterciler ve koşucularda kontrol grubuna göre çok yüksek oranda yeme bozukluklarına rastlanmaktadır. Yine kadınlarda yeme bozuklukları erkeklerden yüksek çıkmıştır. Fiziksel aktivite çeşidi ile beden memnuniyeti ve bedeni doğru değerlendirme ilişkili bulunmuştur.

1.1.5. Yeme Bozukluklarında Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin genel değeri hakkında yaptığı yargılamalara atıfta bulunan bir kavramdır. Bu yargılamalar süreğendir, bir onaylama ya da onaylamama durumunu içermektedir ve kişinin kendisini ne derece önemli, başarılı, yetenekli gördüğüne işaret etmektedir (O’dea, 2004; Mruk, 2006).

Benlik saygısı ile yeme bozuklukları arasında güçlü ilişkiler mevcuttur. Düşük benlik saygısı, beden imgesi ile ilgili endişeleri, diyet yapma davranışını, yeme bozukluklarını yordayan çok önemli bir faktördür (Stice, 2002; McVey, Pepler, Davis, Flett ve Abdoell, 2002). Epidemiyolojik ve etiyolojik olarak düşük benlik saygısı yeme bozukluğu için risk faktörüdür (Button, Sonuga-Barke, Davies, ve Thompson 1996; Silverstone, 1992). Kelly, Vimalakanthan ve Miller (2014) çalışmalarında 155 kadın üniversite öğrencisi ile 97 kadın yeme bozukluğu hastasını benlik saygısı, öz şefkat gibi değişkenler açısından karşılaştırmışlardır. Yeme bozukluğu tanısı olan grubun benlik saygısı ve öz şefkat puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Bu kişilerin öz şefkat korkusu ve yeme bozukluğu belirti puanlarının ise kontrol grubuna göre yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bir psikiyatri kliniğine başvurmuş 957’si çeşitli psikiyatrik tanıları olan 51’i de kontrol grubu olarak belirlenmiş toplam 1.190 kişinin dahil olduğu çalışmada tüm psikiyatri hastalarında kontrol grubuna göre benlik saygısının düşük olduğu gözlenmiştir. Psikiyatrik tanılara göre incelendiğinde majör depresyon, yeme bozukluğu veya madde bağımlılığı olan katılımcılarda benlik saygısı puan ortalamalarının diğerlerine göre düşük olduğu bildirilmiştir (Silverstone ve Salsali, 2003). Slovenya’da Tomori ve Rus-Makovec (2000) tarafından yapılan çalışmada ise 4700 lise öğrencisinde yeme bozukluğu örüntüsü ve bu durumun çeşitli psikolojik ve psikososyal faktörlerle olan ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların 2507’si kız öğrencilerden, 2193’ü ise erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Bu çalışmada bozulmuş yeme örüntüsü ve beden memnuniyetsizliğinin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (Tomori ve Rus-Makovec, 2000).

Benlik saygısı, kısıtlayarak beslenme ve yeme davranışının incelendiği bir başka çalışmada; eğer diyet yapan kişilerde kontrolsüz yeme ile benlik saygısı ilişkili

ise benlik saygısının ve dolayısı ile özgüvenin desteklenmesinin bireylerde stresle tetiklenen aşırı yemenin önüne geçtiği ifade edilmektedir (Polivy, Heatherton ve Herman, 1988). Kişilerde düşük benlik saygısı beden hoşnutsuzluğuna neden olmakta bu durum da mükemmeliyetçi tutum ve davranışlarla telafi edilmeye çalışılmakta ve kişiler katı diyetlerle kilolarını kontrol ederek, zayıf kalmaya çalışmaktadırlar. Peck ve Lightsey (2008) çalışmalarında 261 kadın üniversite öğrencisinde yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetinin düşük benlik saygısı ve artmış mükemmeliyetçilikle ilişkisini incelemişlerdir. Bu kişilerden 31'inin yeme bozukluğu tanısı mevcuttur. 95'i semptomatik özellikler gösterirken kalan 135 kişinin herhangi bir yeme bozukluğu belirtisi göstermediği ifade edilmiştir. Bu üç grup arasında yeme bozukluğu tanısı olan katılımcıların mükemmeliyetçilik puanlarının diğer iki gruptaki katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek, benlik saygısı puanlarının ise düşük olduğu bildirilmiştir. Yeme Bozukluğu Envanteri-2 (EDI-2) ile değerlendirilen yeme bozukluğu alt ölçekleri belirtili puanları da anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yeme bozukluğu belirtileri gösteren gruptaki katılımcıların ise (n=95), asemptomatik olanlara göre benlik saygısı puanlarının düşük, mükemmeliyetçilik ve beden memnuniyetsizliği ortalama puanlarının yüksek, Yeme Bozukluğu Envanteri-2'nin alt ölçeklerinden "Başarısızlık" ve "İçsel Farkındalık"ın ortalama puanlarının ortalamaları yüksek bulunmuştur (Peck ve Lightsey, 2008). Anoreksiya nervozanın etiyolojisinde etkisi de olan kişinin bedeninden memnun olmaması, olumsuz duygulanım, duygularını kontrol etme eğilimi, onaylanmama duygusu ve mükemmeliyetçi tutum benlik saygısı ile ilişkili görünmektedir (Awad ve Voruganti, 2004). Mükemmeliyetçilik, beden hoşnutsuzluğu ve bulimik belirtilerin ilişkilerinin incelendiği çalışmalarında Joiner ve arkadaşları (1997) mükemmeliyetçi tutumlar içerisindeki kadınların eğer beden memnuniyetsizliği yaşıyorlarsa bulimik belirtiler gösterebileceği eğer beden memnuniyetsizlikleri yoksa (örn; kendilerini kilolu algılamıyorlarsa) bulimik belirtiler göstermeyeceğini iddia etmişlerdir. Yeme Bozukluğu Envanteri'ni kullanarak yaptıkları çalışmalarında kendisini kilolu olarak (BMI'sine göre olmadığı halde) algılayan mükemmeliyetçi kadınların, kendisini öyle olduğu halde kilolu algılamayan kadınlara göre bulimiya puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Joiner, Heatherton, Rudd ve Schmidt, 1997). Bardone ve arkadaşları

(2000) çalışmalarında kendini kilolu olarak değerlendiren, aşırı mükemmeliyetçi özellikler gösteren, benlik saygısı düşük kadınların yüksek düzeyde bulimik belirtiler gösterme riski taşıdığını ifade etmişleridir. Başka bir ifade ile; beden hoşnutsuzluğu, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve benlik saygısı değişkenleri birbirleriyle etkileşerek bulimik belirtileri yordayıcı özellikler göstermektedirler (Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton ve Joiner, 2000).

Benlik saygısı kavramı beden hoşnutsuzluğuna karşı koruyucu bir rol üstlenebilmektedir. Önleyici adımlar atılırken benlik saygısına odaklanıldığında beden memnuniyetsizliği azalmakta ve böylece yeme bozukluğu oluşumuna zemin hazırlayan faktörler etkisiz hale gelmektedir (Beato-Fernandez, Rodriguez-Cano, Belmonte-Llario ve Martinez-Delgado, 2004). Yeme bozukluğu tanısı olan 74 kadın hasta ile 103 kadın üniversite öğrencisinin beden ve benlik saygılarının ilişkilerinin incelendiği bir diğer çalışmada ise, yeme bozukluğu tanısı olan kişilerde beden saygısına atıflarının artmasının benlik saygılarını da yükselttiği dikkati çekmektedir. Üniversite öğrencilerinin oluşturduğu grupta ise bu tarz bir ilişkiye rastlanmamıştır (Mendelson, McLaren, Gauvin ve Steiger, 2002).

Benlik saygısının yeme bozukluklarında tedaviden sonra artış gösterdiğine dair bulgular bildiren çalışmalar da mevcuttur. Troop ve arkadaşları (2000) tarafından 51 bulimiya nervoza hastasının tedavilerinin bitiminden 18 ay sonra yapılan değerlendirmede tedavi öncesine göre benlik saygısı ortalama puanlarının anlamlı derecede yükselmiş olduğu ifade edilmektedir (Troop, Schmidt, Turnbull ve Treasure, 2000). Benzer şekilde İsveç'te yapılan bir başka çalışmada anoreksiya nervoza tanısı olan 16-45 yaş aralığındaki 38 kadın hastanın 3 aylık tedavilerinin sonunda yapılan değerlendirmelerinde benlik saygılarında tedavi öncesine göre anlamlı derecede yükselme olduğu bildirilmiştir (Karpowicz, Skarsater ve Nevenon, 2009).

Özetle yeme bozukluklarının etiyolojisinde rol oynayan benlik saygısı hastalığın seyrini ve tedavi sürecini de etkilemektedir. Yeme bozukluklarının tedavisinde benlik saygısının desteklenmesi önemli yer teşkil etmektedir.

1.1.6. Yeme Bozukluklarının Değerlendirilmesi

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi, rahatsızlığın çok faktörlü bir yapı göstermesi ve psikiyatrik hastalıklar içerisinde ölüm riski en yüksek bozukluk olması nedeniyle bozukluğun şiddetinin belirlenmesi tüm olası risklerin değerlendirilmesi ve uygun tedavi yönteminin planlanabilmesi için kapsayıcı bir yaklaşım içerisinde olmalıdır (Crowther ve Sherwood, 1997).

Bu değerlendirme; klinik görüşme, fiziki muayene, aile ve yakınlardan bilgi alma, laboratuvar tetkikleri ve sonucunda ayırıcı tanının konması aşamaları ile özetlenebilmektedir. Vakanın tam bir tıbbi değerlendirmeye tabi tutulması özellikle önem taşımaktadır. Bu aşamalar; öncelikle vakanın şu anki kilosu, kilo öyküsü, adet döngüsü değerlendirmesi, varsa kilo kaybı ile ilgili ciddi medikal komplikasyonların değerlendirilmesini kapsamaktadır. Kişinin diyet yapma davranışı, yiyecek kısıtlaması ve öğünlerini nasıl planladığı, tıknırcasına yeme öyküsü, bu esnada kontrol kaybı ve tükettiği yiyecek miktarının sorgulanması gerekmektedir. Kilo kontrolü için başvurduğu telafi edici davranışlar, kendini kusturma, laksatif/diüretik kullanımı, egzersiz yapması ve birtakım ilaçları uygunsuz kullanıp/kullanmadığı detaylı bir şekilde ele alınmalıdır. Yeme bozukluklarında bir tanı kriteri de olan beden imgesi bozukluğunun da algısal ve tutumsal boyutları ile değerlendirilmesi gereklilik taşımaktadır. Ek psikopatolojilerin; duygudurum bozukluğu, anksiyete ve da madde kullanım bozukluklarının, olası bir travma öyküsünün sorgulanması yeme bozukluklarında değerlendirmenin aşamalarındandır. Vakanın sürece dair motivasyonu ve hastalıkla ilgili farkındalığı hem değerlendirme sürecinde hem de bireyin tedaviye uyum sağlayabilmesinde önemli yer tutmaktadır. Aile ve yakın çevreden de vaka ile bilgi almak değerlendirmenin gerekliliklerindendir (Anderson, Lavender ve De Young; 2010). Tüm bu bilgiler ışığında kişinin tıbbi durumu, psikolojik ve psikiyatrik değerlendirmeye dair detaylı veriler elde edilmiş olacak ve tedavi sürecinin eksiksiz planlanması mümkün olabilecektir.

Değerlendirme yöntemleri; klinik görüşmeler, kişinin kendi davranışlarını izlemesi/kaydetmesi (yiyecek günlükleri, kilo kontrol davranışlarının kayıtları,

düşüncelerini, duygularını yazması vb.) ve kendi bildirim ölçeklerinin kullanılmasından oluşmaktadır (Garner, 2002).

Yeme bozukluklarında değerlendirmenin yapılabilmesi için kullanılan birçok araç mevcuttur. Yarı-yapılandırılmış görüşmelerden olan DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (First v.d.; 1997) ve Cooper ve Fairburn (1987) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi (EDE-Eating Disorders Examination) en sık kullanılanlardır (Derenne v.d.; 2010). Özbildirim ölçeklerinden ise Yeme Tutum Testi (EAT-Eating Attitudes Test), Yeme Bozukluğu Envanteri (EDI- Eating Disorder Inverntory), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q- Eating Disorder Examination Questionnaire), Yeme Bozukluğu Tanısal Skalası (EDDS- Eating Disorder Diagnostic Scale), Yeme Bozuklukları Yaşam Kalitesi Ölçeği (EDQOL- Eating Disorders Quality of Life Scale), Bulimiya Testinin Gözden Geçirilmiş Versiyonu (BULIT-R- The Bulimia Test Revised) kullanılmaktadır (Derenne, Baker, Delinsky ve Becker, 2010; Garner, 2002).

Özbildirim ölçekleri görüşmeciye bağlı olarak ortaya çıkabilecek yanlılıkları ortadan kaldıracak ve uygulanabilmesi için eğitilmiş bir klinisyene ihtiyaç duyulmamaktadır. Yarı-yapılandırılmış görüşmelere göre daha kısa sürmekte uygulamada pratiklik sağlamaktadır. Puanlanması objektif bir şekilde yapılmakta ve ekonomik olarak avantajlı görünmektedir. Bununla birlikte tıknırcasına yeme bozukluğu gibi karmaşık davranış örüntülerinin değerlendirildiği durumlarda yarı-yapılandırılmış görüşme yöntemlerine göre subjektif sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Fairburn ve Beglin (1994) özbildirim formu Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) ve yarı-yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Araştırma (EDE) görüşmelerinin mukayese edildiği çalışmalarında tıknırcasına yeme davranışının iki bileşeni olan kontrol kaybı ve büyük miktarda yiyecek tüketiminin tanımlanması ile ilgili problemler nedeniyle vakaların kendi bildirim formunda YBDÖ (EDE-Q) tıknırcasına yeme sıklığını daha yüksek düzeyde değerlendirdiği bildirilmiştir. Öte yandan bu durum bilakis yüzyüze görüşmelerde kendini olduğundan iyi gösterme

eğiliminin YDBÖ ile telafi edildiği şeklinde de yorumlanmakta olup bu durum da ölçeğin avantajlı yönü olarak görülmektedir (Mond, Hay, Rodgers ve Owen, 2007).

1.1.7. Ülkemizde Yeme Bozukluklarının Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları

Yeme bozukluğunu değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden olan yarı-yapılandırılmış görüşme araçlarından ülkemizde Çorapçıoğlu, Aydemir ve Yıldız (1999) tarafından uyarlama çalışması yapılmış olan DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I- Structured Clinical Interview for DSM-IV) kullanılmaktadır. Özbildirim ölçeklerinden ise Savaşır ve Erol (1989) tarafından güvenilirliği ve geçerliği yapılmış olan Yeme Tutumu Testi (YTT) ile ergenlerde adaptasyon çalışması gerçekleştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) kullanılmaktadır (Yücel v.d., 2011).

1.2. Amaç ve Hipotezler

Bu çalışma, ülkemizde ve tüm dünyada yaygınlığı artmakta olan yeme bozukluklarının çok yönlü değerlendirilmesi ve temel bileşenlerinin ortaya konabilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de, yetişkinlerde bu bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılacak detaylı ve objektif ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultu çalışmanın temel amacı; Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilmiş olan “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği”nin (YBDÖ) yetişkinler üzerinde güvenilirliğini ve geçerliğini gerçekleştirmektir. Bu temel amaç çerçevesinde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve alt ölçeklerinin puanları ile beden imgesi ve benlik saygısı değişkenlerinin ilişkileri ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKI), medeni durum, iş durumu ve kronik hastalık, psikiyatrik özgeçmiş, yeme bozukluğu özgeçmiş, ilaç tüketimi ve kilo alma korkusu değişkenleri ile ilişkileri de incelenecektir.

Çalışmada geliştirilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

Genel Hipotez

“Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (YBDÖ) Türk toplumunda yetişkin bireylerde yeme bozukluklarını değerlendirebilmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçektir”.

İşlemsel Hipotezler

1.2.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin (YBDÖ) Geçerlik Çalışmasına Dair Hipotezler

Yapı Geçerliği

Faktör Analizi

- Faktör analizi sonucunda Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin maddeleri, orijinal formda olduğu gibi; Kısıtlama, Yeme ile İlgili Endişeler, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler olmak üzere dört faktörde toplanacaktır.
- Faktör analizi sonucunda Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin alt ölçeklerinden “Tıkınırcasına Yeme” alt ölçeğinin maddeleri orijinal formda olduğu gibi tek faktörde toplanacaktır.

Diğer Ölçekler ve BKİ ile olan ilişkiler

a. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları yükseldikçe Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği’nden alınan puanlar düşecektir.

b. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları yükseldikçe Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği’ne (FRDÖ-K) göre Beden Memnuniyetsizliği puanları yükselecektir.

c. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları yükseldikçe Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği'nin (FRDÖ-K) bileşenlerinden Beden İmgesi Bozukluğu puanları yükselecektir.

d. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arttıkça katılımcıların beden kitle indeksleri (BKI) de artacaktır.

Ayırt Edici Geçerlik

a. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) bileşenlerinden Beden Memnuniyetsizliği kategorilerine (Şişman Olmak İsteyen, Beden Görünümünden Memnun Olan, Zayıf Olmak İsteyen) göre farklılaşacaktır.

– Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) bileşenlerinden Beden Memnuniyetsizliği kategorilerinden “Zayıf Olmak İsteyen” kişilerde anlamlı derecede yüksek olacaktır.

b. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği'nin (FRDÖ-K) bileşenlerinden Beden İmgesi bozukluğu kategorilerine (Kendini Olduğundan Zayıf Algılayan, Beden Görünümünü Olduğu gibi Algılayan, Kendini Olduğundan Şişman Algılayan) göre farklılaşacaktır.

– Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) bileşenlerinden Beden İmgesi kategorilerinden “Kendini Olduğundan Şişman” olarak algılayanlarda anlamlı derecede yüksek olacaktır.

c. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları katılımcılarda BKI kategorilerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.

- d. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları katılımcılarda medeni durum, cinsiyet ve iş durumu değişkenlerinin kategorilerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- e. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları katılımcılarda psikiyatrik özgeçmiş, yeme bozukluğu tanısı, kronik hastalık tanısı, ilaç tüketimi, kilo alma korkusu değişkenlerinin kategorilerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.

1.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmasına Dair Hipotezler

İç Tutarlılık

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin ve alt ölçeklerinin maddeler arası iç tutarlık Cronbach Alpha katsayısı yüksek olacaktır.

Test-Tekrar Test Güvenirliği

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin ve alt ölçeklerinin 15 gün arayla elde edilen puanları arasındaki Pearson Momentler çarpımı korelasyon değişmezlik katsayısı yüksek olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Çalışma, genel popülasyon üzerinde yürütülmüştür ve araştırmaya yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olan 716 katılımcı dahil edilmiştir. Yaş ile cinsiyet, kontrol değişkeni olarak belirlenmiş, örneklemin yaş ve cinsiyet özelliklerini belirlemek için Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2013 yılına dair İstanbul İli nüfusunun yaş ve cinsiyete göre dağılımına ait olan oranlar baz alınmıştır (Bkz. Tablo 8; Tablo 9).

Tablo 8: Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre TÜİK 2013 Yılı İstanbul İli Frekans Oranları

Yaş grubu	Kadın		Erkek		Toplam
	%	N	%	N	
15-19	48.2	527.76	51.8	566.46	1.094.224
20-24	50.5	567.08	49.5	556.72	1.123.814
25-29	49.7	664.21	50.3	671.51	1.335.734
30-34	49.3	710.35	50.7	731.49	1.441.853
35-39	49.1	616.70	50.9	639.36	1.256.069
40-44	49.1	538.41	50.9	557.66	1.096.075
45-49	49.0	448.14	51.0	466.26	914.406
50-54	49.4	379.42	50.6	388.15	767.584
55-59	50.2	305.81	49.8	302.87	608.689
60-64	51.5	225.75	48.5	212.42	438.184

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2014)

Tablo 9: Yaş grupları ve cinsiyete göre frekans oranları

İl	Yaş Grubu	Kadın	Erkek	Toplam
İstanbul	18-19	32	32	64
	20-24	50	44	94
	25-29	47	44	91
	30-34	45	46	91
	35-39	47	43	90
	40-44	41	30	71
	45-49	33	36	69
	50-54	28	30	58
	55-59	23	21	44
	60-65	23	20	43
Toplam		369	346	715

Bu veriler ışığında; 370 kadın, 346 erkek katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 36.744 ± 12.953 ; şu anki kilo ortalaması 71.929 ± 14.437 ; şu anki boy ortalaması 1.686 ± 0.091 ; en düşük kilo ortalaması 61.152 ± 12.157 ; en yüksek kilo ortalaması 75.890 ± 15.409 ; ideal kilo ortalaması 66.441 ± 11.518 ; BKİ ortalaması 25.242 ± 4.483 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 9). Katılımcılar cinsiyet değişkenine göre; 370'i (%51.7) kadın, 346'sı (%48.3) erkek olarak dağılmaktadır (Bkz. Tablo 9). Yaş grubu değişkenine göre ise 64'ü (%9.0) 18-19 yaş, 94'ü (%13.1) 20-24 yaş, 91'i (%12.7) 25-29 yaş, 91'i (%12.7) 30-34 yaş, 90'ı (%12.6) 35-39 yaş, 71'i (%9.9) 40-44 yaş, 69'u (%9.7) 45-49 yaş, 58'i (%8.1) 50-54 yaş, 44'ü (%6.2) 55-59 yaş, 43'ü (%6) 60-65 yaş olarak dağılmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Değişken	Grup	N	% N
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	5	0.7
	Okur Yazar	15	2.1
	İlkokul	105	14.7
	Orta	188	26.3
	Yüksek	403	56.3
	Toplam	716	100
Çalışma Durumu	Çalışıyor	443	61.9
	Çalışmıyor	83	11.6
	Emekli	55	7.7
	Öğrenci	135	18.9
	Toplam	716	100
Sosyal Güvence	Var	632	89.5
	Yok	74	10.5
	Toplam	706	100
Gelir Düzeyi	Çok Düşük	45	6.4
	Düşük	106	15.1
	Orta	393	56.1
	İyi	149	21.3
	Çok İyi	7	1
	Toplam	700	100
Medeni Durum	Evli	375	52.4
	Bekar	294	41.1
	Dul	23	3.2
	Boşanmış	21	2.9
	Ayrı	3	0.4
	Toplam	716	100
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aile	382	53.7
	Yalnız	55	7.7
	Eşi	186	26.2
	Diğer	88	12.4
	Toplam	711	100

Eğitim durumuna göre; 5'i (%0.7) okur yazar değil, 15'i (%2.1) okur yazar, 105'i (%14.7) ilkokul mezunu, 188'i (%26.3) ortaokul mezunu, 403'ü (%56.3) yüksek okul mezunu olarak dağılmaktadır. Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre dağılımları ise; 443'ü (%61.9) çalışıyor, 83'ü (%11.6) çalışmıyor, 55'i (%7.7) emekli, 135'i (%18.9) öğrenci olmaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin 632'sinin (%89.5) sosyal güvencesi var iken, 74'ünün (%10.5) sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Gelir düzeyi değişkenine göre; 45'i (%6.4) çok düşük, 106'sı (%15.1) düşük, 393'ü (%56.1) orta, 149'u (%21.3) iyi, 7'si (%1) çok iyi olarak dağılmaktadır. Medeni durum açısından bakıldığında; kişilerin 375'inin (%52.4) evli, 294'ünün (%41.1) bekar, 23'ünün (%3.2) dul, 21'inin (%2.9) boşanmış, 3'ünün (%0.4) ise ailesinden ayrı olarak yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların 382'si (%53.7) ailesiyle yaşarken, 55'i (%7.7) yalnız, 186'sı (%26.2) eşi ile yaşamaktadır, 88'i (%12.4) ise diğer seçeneğini yanıtlamıştır. Tablo 11'de görüldüğü gibi beden kitle indeksine göre; katılımcıların 30'u (%4.2) zayıf, 336'sı (%47.3) normal, 242'ı (%34) fazla kilolu, 103'ü (%14.5) obez olarak bulunmuştur. Kişilerin 338'inin (%47.7) kilo alma korkusu var iken, 371'inin (%52.3) yoktur. Yeme bozukluğu tanısı değişkenine göre 13'ü (%1.8) var, 698'i (%98.2) yok olarak dağılmaktadır. Yeme bozukluğu soygeçmişine göre ise 27'si (%3.8) var, 685'i (%96.2) yok şıklarını işaretlemiştir. Psikiyatrik özgeçmiş olan 71 kişi (%10) var iken, 641 kişinin (%90) psikiyatrik özgeçmişinin olmadığı görülmektedir. Psikiyatrik özgeçmişte tanı açısından bakıldığında; katılımcıların 23'ü (%52.3) depresyon tanısı, 15'i (%34.1) anksiyete tanısının, 2'si (%4.5) bipolar bozukluk tanısının olduğunu bildirirken, 4'ü (%9.1) ise çoklu tanısı olduğunu bildirmiştir. Psikiyatrik soygeçmiş değişkenine göre 84'ü (%11.8) "var", 629'u (%88.2) "yok" olarak dağılmaktadır.

Tablo 11: Katılımcıların tıbbi değişkenlere göre dağılımları

Değişken	Grup	N	% N
BKI Grup	Zayıf	30	4.2
	Normal	336	47.3
	Fazla Kilolu	242	34.0
	Obez	103	14.5
	Toplam	711	100
Kilo Alma Korkusu	Var	338	47.7
	Yok	371	52.3
	Toplam	709	100
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	13	1.8
	Yok	698	98.2
	Toplam	711	100
Yeme Bozukluğu Soygeçmişi	Var	27	3.8
	Yok	685	96.2
	Toplam	712	100
Psikiyatrik Özgeçmiş	Var	71	10
	Yok	641	90
	Toplam	712	100
Psikiyatrik Özgeçmişte Tanı	Depresyon	23	52.3
	Anksiyete	15	34.1
	Bipolar	2	4.5
	Komorbidite	4	9.1
	Toplam	44	100
Psikiyatrik Soygeçmiş	Var	84	11.8
	Yok	629	88.2
	Toplam	713	100
Kronik Hastalık Tanısı	Var	177	24.7
	Yok	539	75.3
	Toplam	716	100
İlaç Tüketimi	Var	169	23.7
	Yok	543	76.3
	Toplam	712	100

Kronik hastalık tanısı değişkenine açısından değerlendirildiğinde 539 kişinin (%75.3) bir kronik hastalığının olmadığı, 177'sinin (%24.7) ise kronik hastalık tanısının olduğu görülmüştür. Katılımcılardan 169 kişinin (%23.7) düzenli olarak ilaç kullandığı, 543 kişisini (%76.3) ise kullanmadığı görülmektedir.

Bu kişilerin çalışmaya katılmak için; gönüllü ve en az okuryazar olmalarına, soruları cevaplayabilmelerine engel olabilecek fiziksel ve zihinsel bir probleme sahip olmamalarına dikkat edilmiştir. Araştırma için tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Ayrıca çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın veri toplama kısmı Kasım 2013 - Temmuz 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ile genel sağlık durumlarını içeren bilgileri kapsamak üzere hazırlanmıştır ve 21 maddeden oluşmaktadır. İlk 10 sorusu bazı demografik (cinsiyet, yaş, doğum yeri, eğitim durumu, iş durumu, meslek, sosyal güvencenin varlığı, aylık gelir, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler) bilgilerden oluşmaktadır. Bunların yanı sıra, kişilerin genel sağlık durumları ile yeme bozukluğuna dair (şu anki kilo-boy, en düşük ve en yüksek kilo, olunmak istenen kilo, kilo alma korkusu, yeme bozukluğu tanısı, ailede yeme bozukluğu tanısı, herhangi bir psikiyatrik tanı, ailede herhangi bir psikiyatrik tanı, kronik rahatsızlık ve ilaç kullanımının sorgulandığı) 11 soru bulunmaktadır (Bkz. Ek 1).

2.2.2. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden kitle indeksi, kişinin kilosunun, boyunun metre karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sınıflandırmasına göre BKİ'si 18.5'in altındakiler zayıf, 18.5-24.9 arasındakiler normal, 25-29.9 arasındakiler aşırı kilolu, 30'un üzerindeki ise obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2000). Bu

çalışmada katılımcıların kilo ve boyları sorgulanmış, beden kitle indeksleri hesaplanmıştır.

2.2.3. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) kendi bildirim formu olan Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Ölçeği, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olarak bilinmektedir. Fairburn ve Beglin (1994) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, beş alt ölçek ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Kısıtlama (R), Tıkınırcasına Yeme (BE), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (SC), Yemeyle İlgili Endişeler (EC) ve Kiloyla İlgili Endişeler (WC)'dir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar patolojinin varlığına işaret etmektedir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanlarının toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ergenlerin oluşturduğu bir örneklem grubunda Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .93, test-tekrar test güvenirliği ise .91 olarak bulunmuştur (Bkz. Ek 2).

2.2.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ)

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, 1967 yılında Coopersmith tarafından çocuklarda ve yetişkinlerde özsaygıyı değerlendirmek üzere, iki form olarak geliştirilmiştir (Coopersmith, 1967). Ölçek, “Benim gibi” ve “Benim gibi değil” seçeneklerini barındıran 25 maddeden oluşmaktadır. Olumsuz bir ifadeye ‘Hayır’ yanıtı verenler ile olumlu bir ifadeye ‘Evet’ diyenler her bir sorudan bir puan almakta, alınan tüm puanlar toplandıktan sonra elde edilen sonuç 4 ile çarpılmaktadır. Sonrasında ise 100 üzerinden bir değerlendirme yapılarak kişinin özsaygı düzeyine ulaşılmaktadır. Ölçekten alınan skorun yükselmesi genel benlik saygısındaki artışa işaret etmektedir. Coopersmith tarafından beş hafta arayla yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı .88, üç yıl arayla yapılan uygulama sonucunda ise .70 bulunmuştur. Ölçeğin ülkemizdeki güvenirlik geçerlik çalışması ise Tufan ve Turan (1987) tarafından yapılmıştır (Bkz. Ek 3).

2.2.5. Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)

Swami, Salem, Furnham ve Tove'e (2008) tarafından kadınların beden imajı algılarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. BKİ'leri aşırı zayıftan obeze kadar değişen 10 fotoğraflık kadın figüründen oluşmaktadır. Ölçek, kişilerin hem "Beden İmgesi Bozukluğu" hem de "Beden Memnuniyetsizliği" ile ilgili bilgi verebilmesi açısından önemlidir. Kullanılan 10 fotoğraflık figürün her birinin denk düştüğü BKİ aralıkları oluşturulmuştur. Buna göre; 1. Figür : 13.616 ve altını, 2. Figür : 13.617-15.685, 3. Figür : 15.686-17.55, 4. Figür : 17.56-19.39, 5. Figür : 19.40-21.71, 6. Figür : 21.72-25.015, 7. Figür : 25.016-28.10, 8. Figür : 28.11-32.59, 9. Figür : 32.60-38.57, 10. Figür : 38.58 ve üzeri BKİ'leri karşılamaktadır.

Ölçek beş sorudan oluşmaktadır. İlk üç soru algılanan fiziksel çekiciliği, 4. ve 5. sorular ise beden memnuniyetsizliğini ölçmektedir. Beden Memnuniyetsizliği (FRDÖ-BM) Puanı hesaplanırken; kişinin 4. soruya verdiği yanıt, 5. soruya verdiği yanıt bölünür ve çıkan sonuç 100 ile çarpılır. Sonuç 100'ün altında ise katılımcı kendisinin zayıf olduğunu düşünmektedir, 100'ün üstünde ise kendisini şişman bulmaktadır ve bu nedenlerden ötürü beden memnuniyetsizliği yaşamaktadır. Eğer beden memnuniyetsizliği puanı 100 çıktıysa kişi memnuniyetsiz hissetmemektedir. Beden İmgesi Bozukluğu (FRDÖ-BİB) Puanı hesaplanırken ise; kişinin 4. soruya verdiği cevap, kendi beden kitle indeksinin denk düştüğü figürün numarasına bölünür ve çıkan sonuç yine 100 ile çarpılır. Sonuç, eğer 100'ün altında çıkmışsa katılımcı kendisini olduğundan zayıf algıladığı için beden imgesinde bozulma mevcuttur. Eğer 100'ün üzerindeyse kendisini daha kilolu algıladığı için beden imgesi ile ilgili algısı bozuktur. Sonuç, 100 çıkmışsa kişinin beden imgesinde bir bozulma olmadığı düşünülmektedir.

Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)'nin Türkçe uyarlaması Sertel Berk ve Yücel (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği kapsamında Beden İmgesinden Memnuniyet Ölçeği ile korelasyonu -.31, test tekrar test güvenirliği .83 olarak bulunmuştur (Bkz. Ek 4).

2.2.5. Uygulama

Araştırmaya katılacak kişiler öncelikli olarak; araştırmacının sosyal çevresi, iş yerindeki personel, ya da bu kişilerin yakınları arasından random olarak seçilmiştir. Daha sonra İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümünde okuyan bir grup 4. sınıf öğrencisi ve bu öğrencilerin sosyal, iş, staj ya da okul çevrelerinden kişiler çalışmanın örneklemine dahil olmuşlardır. Katılımcılar, ilk aşamada; araştırma hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilmiş, çalışmaya gönüllü bir şekilde katıldıklarına dair bilgilendirilmiş onam formu imzalamışlardır (Bkz. Ek 5). Sonrasında demografik bilgi formunu doldurmuşlar ve rastgele sırada hazırlanmış olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) ve Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) uygulanmıştır. Yapılan 199 (132=kadın, 67=erkek) uygulamanın ardından, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile korelasyonunun incelenmesi ve beden imgesi bozukluğu ile beden memnuniyetsizliği değişkenlerinin kategorileri arasında karşılaştırma yapılabilmesi için yeterli sayıya ulaşıldığı düşünülen FRDÖ-K uygulama aşamasının uzun sürmesi sebebiyle Tez İzleme Komitesi'nin önerisiyle bataryadan çıkarılmış, uygulamanın bundan sonraki kısmı; Demografik Bilgi Formu, Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) kullanılarak sürdürülmüştür. Uygulamalar genellikle katılımcıların uygun gördükleri yerlerde, gerektiğinde randevulaşarak ya da uygun zamanlarda araştırmacının çalıştığı klinikte yapılmıştır. Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)'nin olduğu uygulamalar ortalama 35 dk, FRDÖ-K bataryadan çıkarıldıktan sonra yapılan uygulamalar ise ortalama 25 dk sürmüştür.

2.2.6. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada, 716 katılımcıya uygulanan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin ülkemizde yetişkinler üzerinde güvenilirlik ve geçerliğinin yapılması hedeflenmiştir.

Veriler, demografik ve kategorik değişkenler açısından analiz edilirken, frekans-yüzde dağılımları ki kare testi ile, aritmetik ortalama ve standart sapmalar ise

parametrik durumlarda ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA, ikili grup karşılaştırmalarında t-test ile hesaplanmıştır. Parametrik varsayımların karşılanmadığı durumlarda ise, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ikili grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Ölçeğin Faktör Analizi çalışmasında madde analizi için madde-toplam puan korelasyonlarının ölçekte yer alan her bir madde için en az .20 değerinde olması beklenmiştir. Bu değerin altındaki maddeler ölçekten çıkartılmış ve temizlenerek faktör analizine geçilmiştir. Faktör analizi aşamasında örneklem büyüklüğünün yeterliliği Keiser-Meyer Olkin katsayısı ile değerlendirilmiş olup minimum .70 değerinde bir katsayı yeterlilik kriteri olarak kabul edilmiştir. Örneklemdeki verilerin faktör analizine uygunluğu ise Bartlett'in küresellik testiyle sınanmıştır. Bartlett Ki-kare değerinin yüksek düzeyde anlamlı çıkması dağılımın faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir (Büyüköztürk, 2000). Bu aşamanın ardından faktör analizinde her bir maddenin ortak varyans değerinin .30 ve üstü olması beklenmiştir. Benzer şekilde her bir maddenin 1. Faktöre olan yüklerinin de en az .30 değerinde olması gerekmektedir. Bu kriterleri karşılamayan maddeler ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Son olarak örüntü matrisi analiz edilmiş ve buna göre herhangi bir faktöre .30'un altında faktör yükü ile yüklenen ve/veya aynı anda birden fazla faktöre en fazla .10'luk bir faktör yük farkıyla yüklenen yani çift yüklenen maddeler de analizden çıkarılmıştır. Bu kriterleri sağlayan tüm maddeler için özdeğeri 1'in üzerinde olan tüm faktörler ayrı bir faktör olarak kabul edilmiştir. Elde edilen faktörlerin güvenilirliği ise cronbach'ın alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiş olup bu faktör yapısı yapısal eşitlik modeli kapsamında doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Gözlenen model ile beklenen modelin iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla RMSEA ve sRMR (<.05 ise iyi uyum; <.08 ise kabul edilebilir uyum), GFI, CFI, AGFI (>.90 kabul edilebilir uyum; >.95 iyi uyum) ve Kikare / df (<5 kabul edilebilir uyum; <2 iyi uyum) uyum istatistikleri incelenmiştir. Kikare değerinde minimum 30 birimlik düşüş sağlayan ve aynı örtük değişkene ait gözlenen değerler için düzeltme önerileri dikkate alınmıştır.

Faktör analizi Temel Eksen Boyutlandırması ve Oblik Rotasyon yöntemi ile yapılmıştır. Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden

“Tıkınırcasına Yeme” alt testinin faktör analizi ise Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi ile yapılmıştır. Sonrasında Doğrulamalı Faktör Analizi için Yapısal Eşitlik Modellemesi uygulanmıştır. FRDÖ-K Beden Memnuniyetsizliği ve Beden İmgesi Bozukluğu puanları ile YBDÖ puanları arasındaki ilişkilerin incelenebilmesi için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Beden Memnuniyetsizliği kategorileri arasında YBDÖ puan farklılıklarının incelenebilmesi için ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Beden İmgesi Bozukluğu kategorileri arasında YBDÖ puanları farklılıklarını inceleyebilmek için ise non-parametrik Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. YBDÖ’nün test-tekrar test güvenirliği, madde toplam puan korelasyonları ve ölçüt bağımlı geçerliği için Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı, içtutarlılığı için Cronbach Alpha içtutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Son olarak ise ölçekler arası ilişkiler ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin sosyodemografik ve tıbbi değişkenlerle ilişkilerinin incelenmesi amacıyla parametrik durumlarda ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA, ikili grup karşılaştırmalarında t-test ile hesaplanmıştır. Analizler SPSS 21.0 ve Lisrel 8.51 programları kullanılarak yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Geçerliğine İlişkin Bulgular

3.1.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin yetişkinler için Türkçe adaptasyonu gerçekleştirilen orijinal formu 5 alt ölçek ve toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Kısıtlama, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kiloyla İlgili Endişeler, Yemeyle İlgili Endişeler ve Tıkınırcasına Yeme ölçekleridir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçekler 0-6 arasında puanlanan likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Faktör analizi "Tıkınırcasına Yeme" alt ölçeğinin 6 sorusu dışarıda bırakılarak, dolayısı ile 22 madde dahil edilerek yürütülmüştür. Yapı geçerliği kapsamında öncelikle madde analizi yapılmış genel güvenirlik .935 olarak bulunmuştur. Genel güvenirlik analizinde hiçbir maddenin madde-toplam korelasyonu .20'nin altında kalmadığı için analizden herhangi bir madde çıkartılmamıştır. Faktör analizinin test edilebilmesi için ön koşullardan birisi Keiser-Meyer Olkin (KMO) testidir. Yapılan test sonucunda ($KMO=.927>.70$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Yapılan Bartlett testi sonucunda ($p<.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Bu aşamadan sonra ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için oblik döndürme ve ana eksen boyutlandırmasının kullanıldığı açımlayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda ortak varyans değerinin .30 altında olduğu belirlenen 19. ("Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice yemek yediniz?") ve 2. ("Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre hiçbir şey yemediğiniz oldu mu?") maddeler analizden çıkarılmıştır. Bu iki maddenin çıkması ile ilk aşamada oluşmuş olan dört faktörlü yapı üç faktöre

düşmüştür. Bu aşamada 11. madde (“Son 28 günün kaçında kendinizi şişman hissettiniz?”) birden fazla faktörde yüklendiği için analizden çıkarılmıştır. Beşinci madde (“Son 28 günün kaçında bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?”) ise .30’un üstü bir faktör yükü ile hiçbir faktöre yüklenmediği için analizin dışında bırakılmıştır. Üçüncü aşamada ise birden fazla faktöre .10 faktör yükünden az bir faktör yükü ile yüklendiği tespit edilen 10. madde analizden çıkartılmıştır (“Son 28 günün kaçında kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?”). Bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra toplam varyansın %64.952’ini açıklayan özdeğeri 1’in üzerinde 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu faktörler içerdikleri maddelerdeki ifadeler göz önüne alınarak “Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler”, “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” ve “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” olarak isimlendirilmiştir. Bu faktörlerin her birine ait açıklanan varyans, özdeğer, Cronbach’ın alfa değerleri, ortak varyans değerleri, faktör yükleri ve madde-toplam puan korelasyonlarını gösteren ve madde içeriklerini de kapsayan analiz sonuçları Tablo 12’de görülebilir.

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğindeki 17 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği Cronbach alpha=.922 olarak bulunmuştur. Birinci faktörde yer alan 8 maddenin güvenilirliği Cronbach alpha= .922, açıklanan varyans değeri %46.081 olarak, ikinci faktörü oluşturan 5 maddenin güvenilirliği Cronbach alpha= .845, açıklanan varyans değeri %11.119 olarak saptanmıştır. Üçüncü faktörde bulunan 4 maddenin güvenilirliği ise Cronbach alpha= .747 ve açıklanan varyans değeri %7.752 olarak bulgulanmıştır.

Tablo 12: YBDÖ maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör / Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
Beden Şekli ve Kilo İle İlgili Duygu ve Düşünceler Özdeğer=7.834, Varyans = 46.081, α = 0.922			
26.Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	.907	.768	.742
27.Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz?	.856	.743	.744
25.Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	.819	.662	.691
28.Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz?	.778	.651	.713
23.Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	.690	.586	.671
22.Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	.647	.573	.678
24.Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	.623	.495	.580
20.Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz?	.467	.530	.703
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı Özdeğer=1.890, Varyans = 11.119 α = 0.845			
1.Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız?	.824	.637	.515
3.Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız?	.737	.584	.559
4.Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili belli kurallara uymaya çalıştınız?	.713	.540	.512
12.Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	.593	.672	.745
6.Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	.447	.429	.606
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı Özdeğer=1.318, Varyans = 7.752 α = 0.747			
8.Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	.802	.687	.553
7.Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	.655	.515	.516
9.Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	.434	.432	.581
21.Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz?	.393	.322	.449

¹ FY: Faktör Yükü. ² OV: Ortak Varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

3.1.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinden Tıkınırcasına Yeme Alt ölçeğinin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden olan “Tıkınırcasına Yeme” altı sorudan oluşmaktadır (13,14,15,16,17 ve 18. sorular). Alt ölçeğin faktör analizi kapsamında öncelikle madde analizi yapılmıştır. Madde analizi sonucunda genel güvenilirlik Cronbach alfa=.724 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonlarının ölçekte yer alan her bir madde için en az .20 değerinde olması beklenmiştir. Bu değer altında olan herhangi bir madde bulunmadığı için faktör analizinden önce madde çıkartılması söz konusu olmamıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p<.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Faktör analizi uygulamasında orijinal halinde bu alt ölçeğin tek boyutlu olduğu varsayıldığı için Temel Bileşenler Analizi ve varimaks döndürme yöntemi seçilmiştir. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %68.376 olan “Tıkınırcasına Yeme” ile “Telafi” olarak isimlendirilen 2 faktör altında toplanmıştır. Bu faktörlerin her birine ait açıklanan varyans, özdeğer, Cronbach'ın alfa değerleri, ortak varyans değerleri, faktör yükleri ve madde-toplam puan korelasyonlarını gösteren ve madde içeriklerini de kapsayan analiz sonuçları Tablo 2'de görülebilir.

Birinci faktörde yer alan tıkınırcasına yeme içerikli 3 maddenin güvenilirliği Cronbach alfa= .839 olarak, açıklanan varyans değeri %44.525 olarak saptanmıştır. İkinci faktörü oluşturan telafi davranışı içerikli 3 maddenin güvenilirliği ise Cronbach alfa= .537 olarak, açıklanan varyans değeri %23.851 olarak bulgulanırılmıştır.

Tablo 13: Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	FY¹	OV²	MTPK³
Tıkınırcasına Yeme			
Özdeğer=2.672 , Varyans = 44.525 α = 0.839			
13.Son 28 gün içinde kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	.872	.762	.599
14.Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız?	.896	.808	.650
15.Son 28 günün kaç gününde aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı?	.817	.763	.722
Telafi			
Özdeğer=1.431 , Varyans = 23.851 α = 0.537			
16.Son 28 gün içinde bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	.851	.739	.386
17.Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müşhil kullandınız?	.773	.607	.295
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?	.644	.423	.243

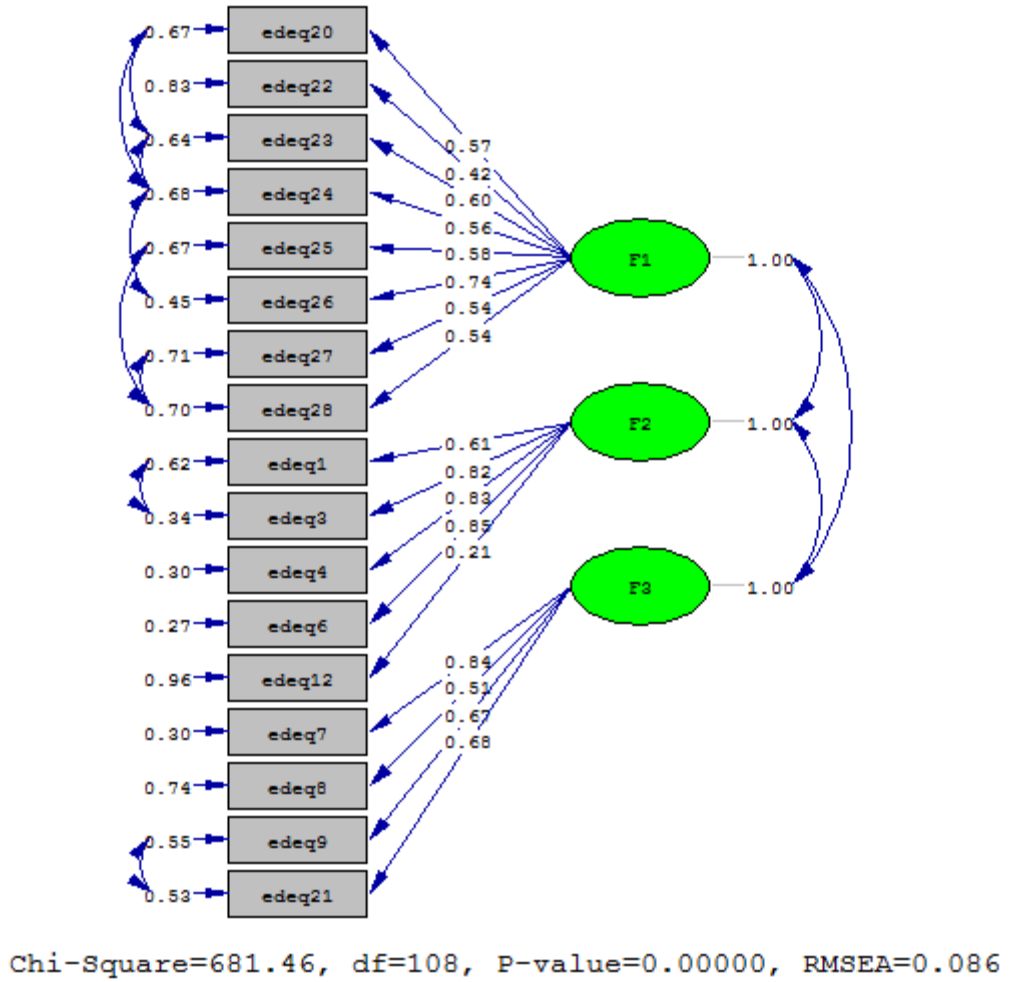
¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyon

3.1.3. Açımlayıcı Faktör Analizinden (AFA) Elde Edilen Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan üç faktörlü yapı doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Gözlenen model ile beklenen modelin iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla RMSEA ve sRMR (<.05 ise iyi uyum; <.08 ise kabul edilebilir uyum), GFI, CFI, AGFI (>.90 kabul edilebilir uyum; >.95 iyi uyum) ve Ki-kare / sd (<5 kabul edilebilir uyum; <2 iyi uyum) uyum istatistikleri incelenmiştir. Ki-kare değerinde minimum 30 birimlik düşüş sağlayan ve aynı örtük değişkene ait gözlenen değerler için düzeltme önerileri dikkate alınmıştır. Üç faktörlü bu yapının doğrulayıcı faktör analizi neticesinde önerilen 27-28, 24-26, 1-3, 9-21, 20-23, 20-24, 23-24, 25 ile 28

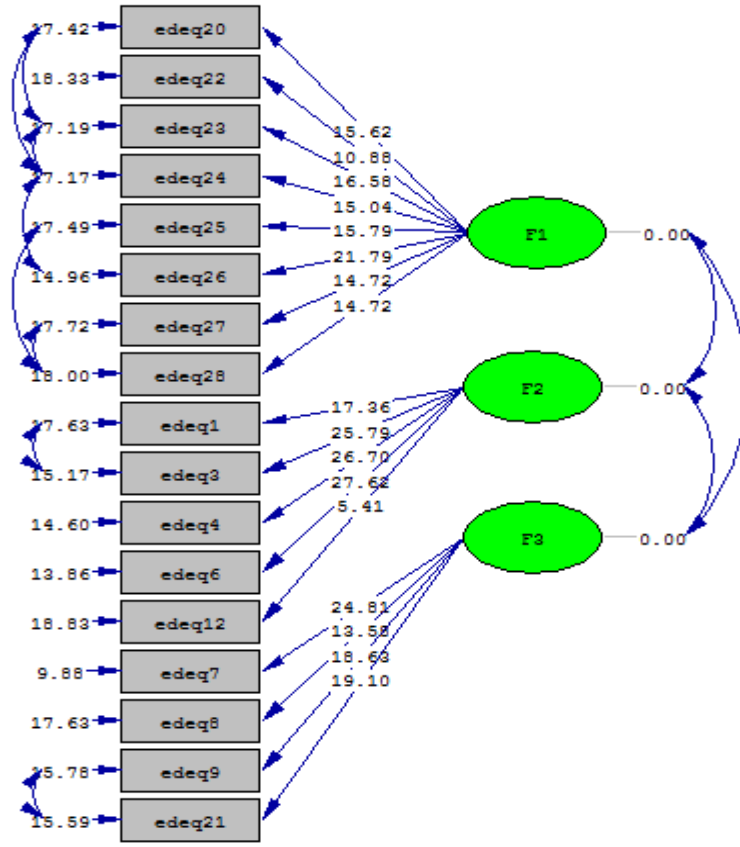
maddelerinin hataları arasında korelasyon kurulduğunda modelin Ki-kare istatistiğinin 30 birimin üzerinde düşüş gösterdiği görülmüştür.

Elde edilen doymuş modelde; Şekil 1’de görüldüğü üzere 12. maddenin faktör yükü .21 olarak bulunmuştur. Diğer tüm maddelerin faktör yükü değerleri .42 ile .85 arasında değişmektedir. Kikare/sd =681.46/108 = 6.31> 5 olduğu için bu uyum kriterinde uyum sağlanamamıştır. Ancak RMSEA değeri .086; .080’e yakın olduğu için kabul edilebilir seviyededir. NFI, NNFI, CFI, GFI ve IFI indekslerinin %90’ın üzerinde olduğu görülmüştür.



Şekil 1: Düzeltme sonrası faktör yüklerini içeren yol grafiği

Şekil 2’de görüldüğü gibi modele ilişkin t testlerinin tümü anlamlıdır ($t > 1.96$).



Chi-Square=681.46, df=108, P-value=0.00000, RMSEA=0.086

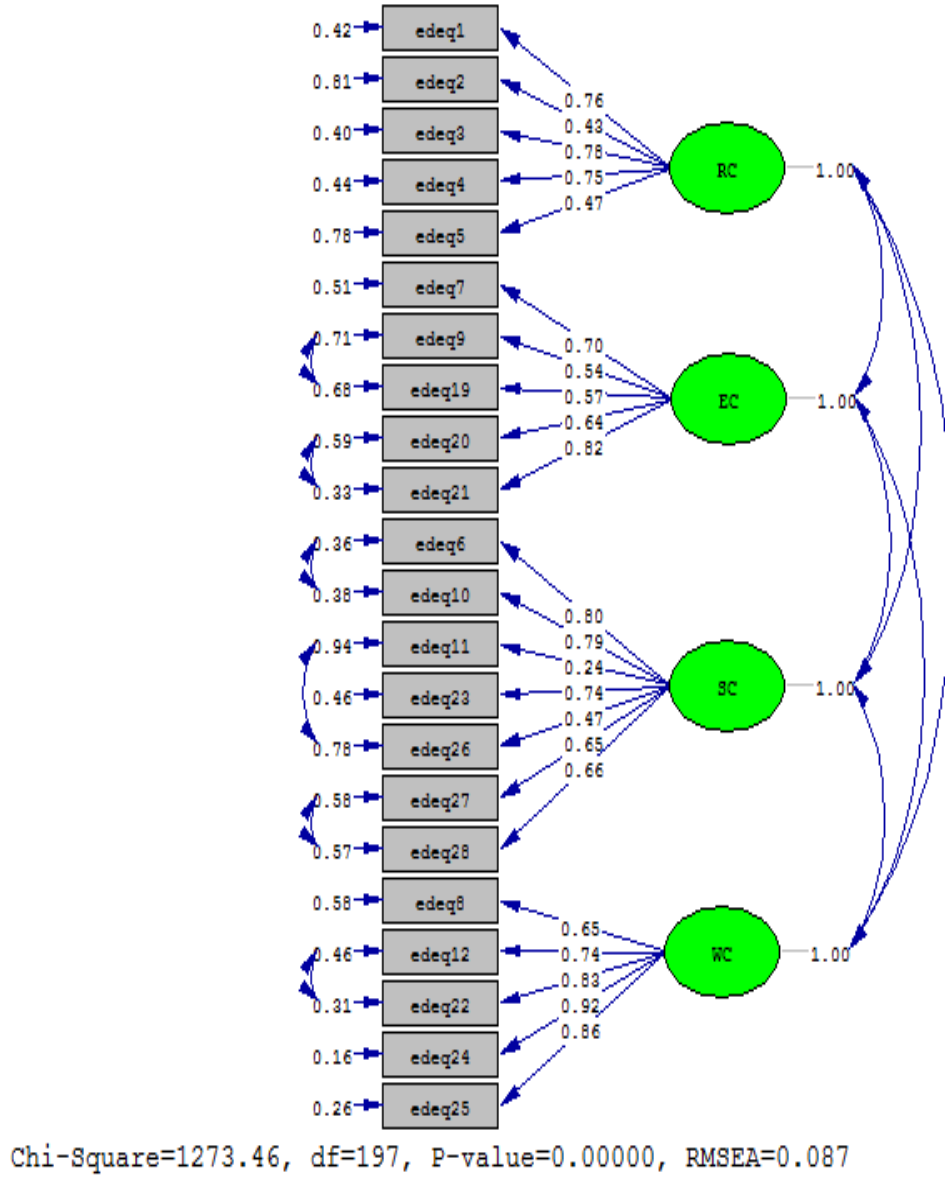
Şekil 2: Düzeltme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği

3.1.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Orijinal Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin orijinal dört faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu analiz sonucunda modifikasyon indisleri incelendiğinde; 27-28, 12-22, 9-19, 11-26, 6-10, 20-21 maddelerinin hataları arasında korelasyon kurulduğunda modelin Ki-kare istatistiğinin 30'un üzerinde düşüş gösterdiği görülmüştür. Bu durumda gerekli düzenlemeler yapılarak doymuş model elde edilmiştir.

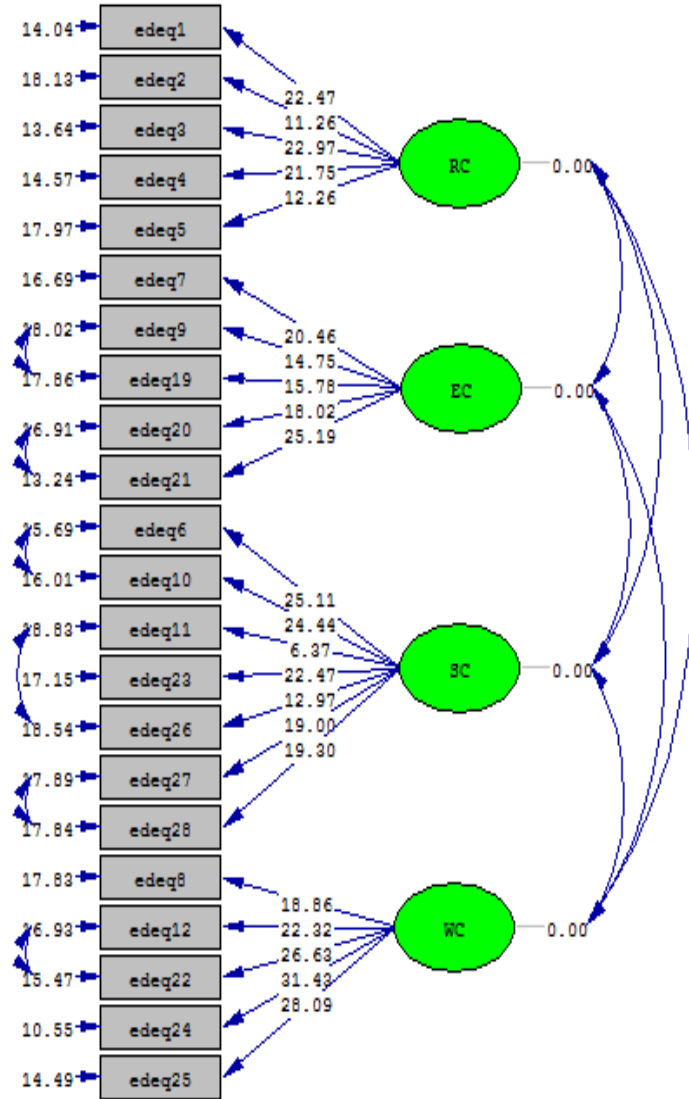
Şekil 3'te görüldüğü gibi 11. maddenin faktör yükü .24 olarak bulunmuştur. Diğer tüm maddelerin faktör yükü değerleri .43 ile .92 arasında değişmektedir. $\chi^2/df = 1273.46 / 197 = 6.46 > 3$ olduğu için bu uyum kriterinde uyum

sağlanamamıştır. Ancak RMSEA değeri .087; .080'e yakın olduğu için kabul edilebilir seviyede olarak değerlendirilmiştir. NFI, NNFI, CFI, GFI ve IFI indekslerinin %90'a yakın olduğu görülmüştür.



Şekil 3: Düzeltme sonrası faktör yüklerini içeren yol grafiği

Şekil 4.'te görüldüğü gibi modele ilişkin t testlerinin tümü anlamlıdır ($t > 1.96$).



Chi-Square=1273.46, df=197, P-value=0.00000, RMSEA=0.087

Şekil 4. Düzeltme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği

Tablo 14.'de görüldüğü gibi Ki-kare/sd ve RMSEA açısından iki model de yakın sonuçlar vermiştir. Ölçeğin orijinal faktör yapısının tabi tutulduğu doğrulayıcı faktör analizi ile kıyaslandığında bu çalışmada ortaya çıkan modelde SRMR değeri daha düşük bulunmuştur. NFI, NNFI, PNFI, CFI, IFI, RFI ve GFI oranları açısından iki model de yakın sonuçlar vermiştir. Bu çalışmada ortaya çıkan modelde ECVI değeri, orijinal modele göre düşük bulunmuştur.

Tablo 14: Düzeltme sonrası bu çalışmada ortaya çıkan ve orijinal modelin χ^2 /sd, RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, PNFI, CFI, IFI, RFI, GFI, ECVI uyum iyiliği değerleri

	DFA sonucu	Orijinal Boyutlar
Ki-kare /sd	681.46 /108 =6.31	1273.46 /197 =6.46
RMSEA	.086	.087
SRMR	.060	.074
Normed Fit Index (NFI)	.91	.89
Non-Normed Fit Index (NNFI)	.90	.89
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	.72	.76
Comparative Fit Index (CFI)	.92	.91
Incremental Fit Index (IFI)	.92	.91
Relative Fit Index (RFI)	.88	.87
Goodness of Fit Index (GFI)	.90	.86
ECVI	.43	.71

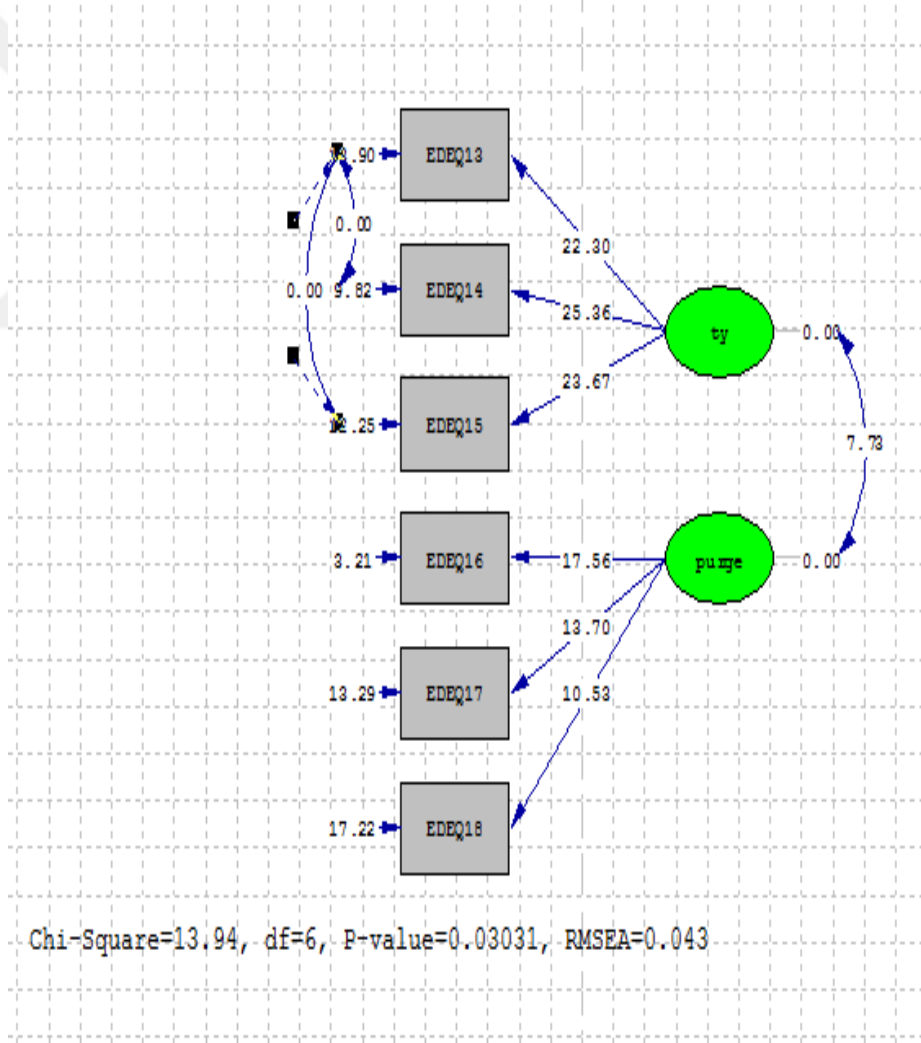
Bu bulgular bu çalışmada elde edilen 3 faktörlü yapının uyum indislerinin özellikle ECVI değerinin daha düşük olması sebebiyle orijinal modelde elde edilenden daha güçlü olduğuna işaret etmektedir.

3.1.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Tıkınırcasına Yeme Alt ölçeğinin Bu Çalışmada Açıklayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Bulgularının Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda oluşan faktör yapısı yapısal eşitlik modeli kapsamında doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Gözlenen model ile beklenen modelin iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla RMSEA ve sRMR (<.05 ise iyi uyum; <.08 ise kabul edilebilir uyum), GFI, CFI, AGFI (>.90 kabul edilebilir uyum; >.95 iyi uyum) ve Ki-kare / sd (<5 kabul edilebilir uyum; <2 iyi uyum) uyum istatistikleri incelenmiştir. Ki-kare değerinde minimum 30 birimlik düşüş sağlayan ve aynı örtük değişkene ait gözlenen değerler için düzeltme önerileri dikkate alınmıştır. Modifikasyon indisleri incelendiğinde; 13-14, 13-15 maddelerinin

hataları arasında korelasyon kurulduğunda modelin Ki-kare istatistiğinin 30'un üzerinde düşüş gösterdiği görülmüştür. Bu durumda gerekli düzenlemeler yapılarak doymuş model elde edilmiştir.

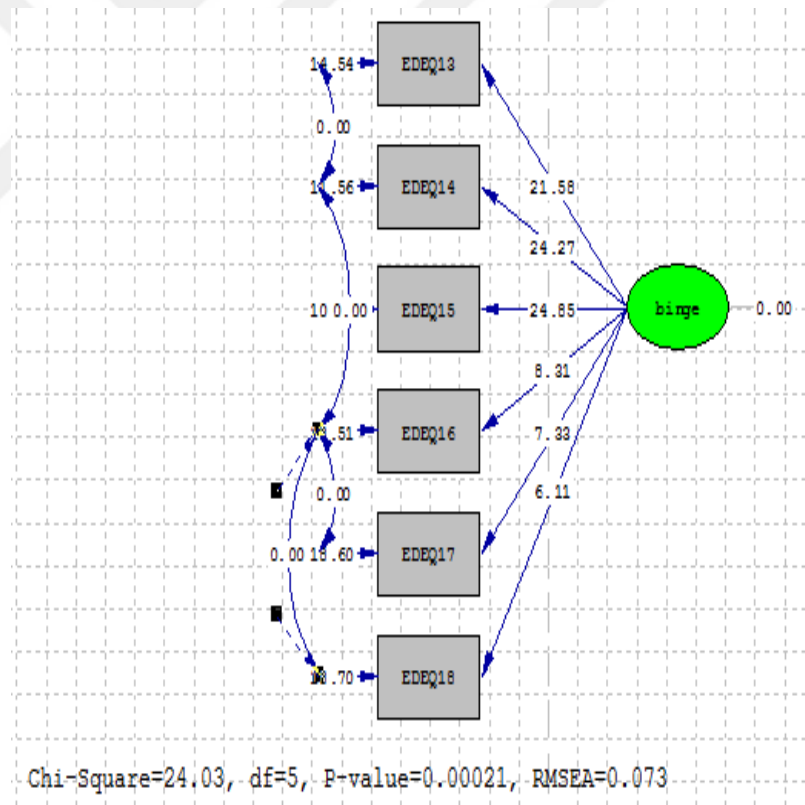
Elde edilen doymuş modelde; $Kikare/sd = 13.94/6 = 2.32 < 5$ olduğu için bu uyum kabul edilebilir düzeydedir. RMSEA değeri 0.043; 0.05'e yakın olduğu için iyi uyum göstermektedir. NFI, NNFI, CFI, GFI, RFI ve IFI indekslerinin %90'ın üzerinde olduğu görülmüştür (Bkz: Tablo 15). Şekil 5'te görüldüğü gibi modele ilişkin t testlerinin tümü anlamlıdır. ($t > 1.96$).



Şekil 5: Düzeltme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği

3.1.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği Orijinal Faktör Yapısı İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği “Tıkınırcasına Yeme” alt ölçeği orijinal faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu analiz sonucunda modifikasyon indisleri incelendiğinde; 13-14 , 14-16, 16-17, 16-18, maddelerinin hataları arasında korelasyon kurulduğunda modelin Ki-kare istatistiğinin 30’un üzerinde düşüş gösterdiği görülmüştür. Bu durumda gerekli düzenlemeler yapılarak doymuş model elde edilmiştir (Bkz: Şekil 6).



Şekil 6: Düzeltme sonrası t değerlerini içeren yol grafiği

Tablo 15’de görüldüğü gibi elde edilen doymuş modelde; Kikare/sd =24.03/5 = 4.80< 5 olduğu için bu uyum kabul edilebilir düzeydedir. RMSEA

değeri .073; .08'den küçük olduğu için kabul edilebilir seviyededir. NFI, NNFI, CFI, GFI, RFI ve IFI indekslerinin %90'ın üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 15'de görüldüğü gibi ölçeğin orijinal faktör yapısının tabi tutulduğu doğrulayıcı faktör analizi ile kıyaslandığında bu çalışmada ortaya çıkan 2 faktörlü modelde Ki-kare/sd, RMSEA, SRMR değeri daha düşük bulunmuştur. NFI, NNFI, CFI, IFI, RFI ve GFI oranları açısından iki modelde yakın sonuçlar vermiştir. PNFI orijinal modelde daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen sonuçların doğrulayıcı faktör analizi modelinde MODEL AIC değeri, orijinal modele göre düşük bulunmuştur. Özellikle MODEL AIC değerinin daha düşük olması sebebiyle bu çalışmada elde edilen iki faktörlü yapının orijinal çalışmada önerilen tek faktörlü yapıya göre daha iyi bir model olduğu gözlenmiştir.

Tablo 15: Düzeltme sonrası bu çalışmada ortaya çıkan ve orijinal modelin χ^2 /sd, RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, PNFI, CFI, IFI, RFI, GFI, ECVI, MODEL AIC uyum iyiliği değerleri

	DFA sonucu	Orijinal Boyut
Ki-kare /sd	13.94/6 =2.32	24.03 /5 =4.80
RMSEA	.043	.073
SRMR	.023	.043
Normed Fit Index (NFI)	.99	.98
Non-Normed Fit Index (NNFI)	.98	.96
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	.40	.33
Comparative Fit Index (CFI)	.99	.99
Incremental Fit Index (IFI)	.99	.99
Relative Fit Index (RFI)	.97	.95
Goodness of Fit Index (GFI)	.99	.95
ECVI	.059	.059
MODEL AIC	43.94	56.03

3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

3.2.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Orijinal Faktör Yapısının İç Tutarlılık Güvenirliğine İlişkin Bulgular

YBDÖ'nin orijinal formunun alt ölçeklerine bakıldığında “Kısıtlama” alt ölçeğinin Cronbach alfa değerinin .769 olduğu ve madde-toplam korelasyonlarının .3 ile .6 arasında değiştiği görülmektedir. “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısının .895 olduğu ve madde-toplam korelasyonlarının .4 ile .7 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Diğer bir alt ölçek olan “Kilo ile İlgili Endişeler”in ise Cronbach alfa değeri .792 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeğin madde-toplam korelasyonu ise .4 ile .6 arasında değişim göstermekteydi. Son olarak “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğinin Cronbach alfa değerinin .70 olduğu ve madde-toplam korelasyonlarının .3 ile .5 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir.

3.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısı için Test-Tekrar Test Güvenirliği

Çalışmanın test-tekrar test güvenirliği için 43 katılımcıya YBDÖ iki hafta arayla verilmiştir. Bu sonuçlara göre; bu çalışmada elde edilen faktör yapılarından Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler için Pearson korelasyon katsayısı $r = .778$ ($p < .001$), Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı için $r = .612$ ($p < .001$), İşlevsellik ve Kontrol Kaybı için $r = .656$ ($p < .001$) ve Yeni YBDÖ toplam puanı için $r = .804$ ($p < .001$) olarak tespit edilmiştir.

YBDÖ'nin orijinal faktör yapısı için ise Kısıtlama alt ölçeği için Pearson korelasyon katsayısı $r = .514$ ($p < .001$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler için $r = .798$ ($p < .001$), Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeği için $r = .742$, Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçeği için $r = .731$ ($p < .001$) ve YBDÖ orijinal toplam puanı için $r = .819$ olarak bulunmuştur. Test-tekrar testler arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir ($p < .001$) (Bkz: Tablo 16).

Tablo 16: Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve YBDÖ Orijinal Faktör Yapısı İçin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları

Faktörler	r	p
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	.778**	0.000
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	.612**	0.000
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	.656**	0.000
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	.804**	0.000
Kısıtlama	.514**	0.000
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	.798**	0.000
Kilo ile İlgili Endişeler	.742**	0.000
Yeme ile İlgili Endişeler	.731**	0.000
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	.819**	0.000

**p<.01

3.2.3. Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeğinin Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısı için Test-Tekrar Test Güvenirliği

Çalışmaya katılan 43 katılımcıya YBDÖ iki hafta arayla yeniden verilmiştir. Bu sonuçlara göre; Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı için Pearson korelasyon katsayısı $r = .463$ ($p < .05$), Tıkınırcasına Yeme için $r = .475$ ($p < .05$), Telaflı için $r = -.036$ ($p > .05$) olarak tespit edilmiştir (Bkz: Tablo 17). Tıkınırcasına Yeme Toplam ve Tıkınırcasına Yeme alt boyutunda test-tekrar test arasındaki korelasyon anlamlıdır ($p < .05$).

Tablo 17: Bu Çalışmadan Elde Edilen Tıkınırcasına Yeme ve YBDÖ Tıkınırcasına Yeme Orijinal Faktör Yapısı İçin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları

Faktörler	r	p
Tıkınırcasına Yeme	.475*	0.001
Telaflı	-.036	0.817
Tıkınırcasına Yeme Toplam	.463*	0.002

*p<.05

3.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi ve Beden Kitle İndeksi İle İlişkisi

3.3.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (YBDÖ) Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapısı ile Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve Beden Kitle İndeksi ile İlişkisi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin çalışmada kullanılan diğer ölçekler olan; Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) ile ilişkilerini belirlemek amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu çalışmada elde edilen faktörler olan; Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Düşünceler, Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı ile YBDÖ yeni toplam puanının benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu ile ilişkisi bulunmuştur (Bkz: Tablo 16).

Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.264$; $p<.01$). Buna göre beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ile benlik saygısı ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.086$; $p<.05$). Bu bulguya göre kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. İşlevsellik ve kontrol kaybı ile benlik saygısı arasında da negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.252$; $p<.01$). İşlevsellik ve kontrol kaybı puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. YBDÖ yeni toplam puanı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analizin sonucunda ise puanlar arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.234$; $p<.01$). YBDÖ yeni toplam puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır.

Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda, puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.302$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ile beden memnuniyetsizliği puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.285$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı artmaktadır. İşlevsellik ve kontrol kaybı alt boyutu ile beden memnuniyetsizliği puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.230$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda işlevsellik ve kontrol kaybı puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. YBDÖ yeni toplam puanı ile beden memnuniyetsizliği değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda ise puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.330$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda YBDÖ yeni toplam puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır.

Kadın katılımcılarda beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler ile beden imgesi bozukluğu değişkenleri arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.470$; $p<.01$). Buna göre beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ile beden imgesi bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda, puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.250$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. İşlevsellik ve kontrol kaybı alt boyutu ile beden imgesi bozukluğu arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.271$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda işlevsellik ve kontrol kaybı puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. YBDÖ yeni toplam puanı ile beden imgesi bozukluğu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde ($r=.419$; $p<.01$) kadınlarda YBDÖ yeni toplam puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanının da arttığı görülmektedir.

Ölçeğin orijinal alt ölçekleri olan Kısıtlama, Yeme ile İlgili Endişeler, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve YBDÖ orijinal toplam puanı ile benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu ile ilişkisi bulunmuştur (Bkz: Tablo 18). Kısıtlama alt ölçeği ile benlik saygısı değişkenleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.078$; $p<.05$). Buna göre kısıtlama puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeği ile benlik saygısı değişkenleri arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.253$; $p<.01$). Buna göre yeme ile ilgili endişeler puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeği ile benlik saygısı değişkeni arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.237$; $p<.01$). Buna göre beden şekli ile ilgili endişeler puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Kilo ile ilgili endişeler alt ölçeği ile benlik saygısı puanları arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.232$; $p<.01$). Buna göre kilo endişeleri puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. YBDÖ orijinal toplam puanı ile benlik saygısı değişkenleri arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.230$; $p<.01$). Buna göre YBDÖ orijinal toplam puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Kısıtlama alt ölçeği ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yapılan analiz sonucunda, puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.209$; $p<.05$). Buna göre kadın katılımcılarda kısıtlama alt ölçeğinin puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden memnuniyetsizliği değişkenleri arasında ise ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.264$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda yeme ile ilgili endişeler puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden memnuniyetsizliği puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.403$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda beden şekli ile ilgili endişeler puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. Kilo ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden memnuniyetsizliği puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.292$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda kilo endişeleri puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. YBDÖ orijinal toplam puanı ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında ileri

düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.351$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda YBDÖ orijinal toplam puanı arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır.

Tablo 18: Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısının ve Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve BKİ İle İlişkilerine Dair Korelasyonlar

	Benlik Saygısı (Kadın+Erkek) (n=716)	Beden Memnuniyetsizliği (Kadın) (n=132)	Beden İmgesi Bozukluğu (Kadın) (n=131)	BKİ (Kadın+Erkek) (n=711)
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler	-.264**	.302**	.470**	.340**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	-.086*	.285**	.250**	.294**
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	-.252**	.230**	.271**	.203**
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	-.234**	.330**	.419**	.351**
Kısıtlama	-.078*	.209*	.221**	.259**
Yeme İle İlgili Endişeler	-.253**	.264**	.327**	.246**
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	-.237**	.403**	.450**	.388**
Kilo İle İlgili Endişeler	-.232**	.292**	.437**	.345**
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	-.230**	.351**	.423**	.369**

* $p<.05$, ** $p<.01$

Kısıtlama alt ölçeği ile beden imgesi bozukluğu puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.221$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda kısıtlama puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden imgesi bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda bu iki değişken arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.327$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda yeme ile ilgili endişeler puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden imgesi bozukluğu puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki

bulunmuştur ($r=.450$; $p<.01$). Buna göre kadınlarda beden şekli ile ilgili endişeler puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. Kilo ile ilgili endişeler alt ölçeği ile beden imgesi bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analizi sonucunda, puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.437$; $p<.01$). Buna göre kilo endişeleri puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır. YBDÖ orijinal toplam puanı ile beden imgesi bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda, puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.423$; $p<.01$). Buna göre kadın katılımcılarda YBDÖ orijinal toplam puanı arttıkça beden imgesi bozukluğu puanı da artmaktadır.

3.3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeğinin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve Beden Kitle indeksi ile İlişkisi

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin “Tıkınırcasına Yeme” alt ölçeğinin çalışmada kullanılan diğer ölçekler olan; Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K) ile ilişkilerini saptamak amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin orijinal alt ölçeği olan Tıkınırcasına yeme toplam puanı ile bu çalışmada elde edilen tıkınırcasına yeme ve telafi faktör yapıları ile benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu ile ilişkisi bulgulanmıştır (Bkz: Tablo 19). Tıkınırcasına yeme alt ölçeği ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yapılan korelasyon analizinde puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.159$; $p<.05$). Buna göre tıkınırcasına yeme puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Telafi alt boyutu ile benlik saygısı puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($r=-.025$; $p>.05$). Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği toplam puanı ile benlik saygısı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.143$; $p<.05$). Buna göre tıkınırcasına yeme toplam puanı arttıkça benlik saygısı toplam puanı azalmaktadır. Kadın katılımcılarda tıkınırcasına yeme alt ölçeği ile beden memnuniyetsizliği değişkenleri arasında herhangi anlamlı

bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r=.060$; $p>.05$). Telafi alt boyutu ile beden memnuniyetsizliği puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.186$; $p<.05$). Buna göre kadın katılımcılarda telafi alt ölçek puanları arttıkça beden memnuniyetsizliği puanı da artmaktadır. Tıkınırcasına yeme toplam puanı ile beden memnuniyetsizliği değişkenler arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r=.099$; $p>.05$). Tıkınırcasına yeme alt ölçeği ile beden imgesi bozukluğu arasındaki ilişkinin analizinde puanlar arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r=.117$; $p>.05$). Yine telafi alt boyutu ile beden imgesi bozukluğu puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=.157$; $p>.05$). Aynı şekilde tıkınırcasına yeme toplam puanı ile beden imgesi bozukluğu puanları arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r=.147$; $p>.05$).

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği puanları ile beden kitle indeksleri arasındaki bağıntılar incelendiğinde çalışmadan elde edilen YBDÖ faktör boyutları, ölçeğin orijinal boyutları ve toplam puanları ile BKİ arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<.01$). Katılımcıların beden kitle indeksleri arttıkça yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği puanları da artış göstermektedir. Diğer yandan; tıkınırcasına yeme, telafi ve tıkınırcasına yeme toplam puanları ile BKİ arasındaki korelasyon analizi sonucunda BKİ ile bu faktör yapıları arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>.05$). YBDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<.01$). Ancak Tıkınırcasına Yeme, Telafi ve Tıkınırcasına Yeme Toplam puanları ile BKİ arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır ($p>.05$) (Bkz: Tablo 19).

Tablo 19: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Alt Ölçeğinin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı ve Orijinal Faktör Yapısının Benlik Saygısı, Beden Memnuniyetsizliği, Beden İmgesi Bozukluğu ve Beden Kitle İndeksi ile İlişkilerine Dair Korelasyonlar

Faktörler	Benlik Saygısı (Kadın+Erkek) (n=716)	Beden Memnuniyetsizliği (Kadın) (n=132)	Beden İmgesi Bozukluğu (Kadın) (n=131)	BKİ (Kadın+Erkek) (n=711)
Tıkınırcasına Yeme	-.159**	.060	.117	.045
Telafi	-.025	.186*	.157	.035
Tıkınırcasına Yeme	-.143**	.099	.147	.051
Toplam Puanı				

* $p<.05$, ** $p<.01$

3.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Ayırt Edici Geçerliğine İlişkin Bulgular

3.4.1. Beden Memnuniyetsizliği Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin ayırt edici geçerliği kapsamında hem bu çalışmada elde edilen faktör yapısına hem de orijinal faktör yapısına göre hesaplanan YBDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının, kadın katılımcılarda FRDÖ-K ölçeğinin bileşenlerinden “Beden Memnuniyetsizliği”nin üç kategorisi olan; “Şişman Olmak İsteyen”, “Beden Görünümünden Memnun Olan” ve “Zayıf Olmak İsteyen” gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır (Bkz: Tablo 20). Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği 199 katılımcıya uygulanmıştır. Katılımcıların 67'si erkek, 132'si ise kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kadın katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının beden memnuniyetsizliği kategorileri arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=35.04$; $p<.001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; zayıf olmak isteyenlerin beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (2.05 ± 1.53), görünümünden memnun olanların puanlarından (0.38 ± 0.49) yüksek bulunmuştur. Kısıtlı yeme motivasyonu alt boyutu ortalamalarının da bu gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı olarak farklılaştığı dikkati çekmektedir ($X^2_{(2)}=26.06$; $p<.001$). Olduğundan zayıf olmak isteyenlerin puan ortalamalarının (2.26 ± 1.73), beden görünümünden memnun olanların puanlarından (0.72 ± 1.05) ve olduğundan şişman olmak isteyen katılımcıların puanlarından (0.75 ± 1.27) yüksek bulunmuştur. İşlevsellik ve kontrol kaybı alt boyutunun puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($X^2_{(2)}=15.91$; $p<.001$). Zayıf olmak isteyen katılımcıların puan ortalamaları (0.96 ± 1.27) beden görünümünden memnun olanların puan ortalamalarından (0.14 ± 0.37) yüksek bulunmuştur. YBDÖ toplam puanı yeni puan

ortalamlarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında ileri düzeyde anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=36.12$; $p<.001$). Farklılığın kaynağını ortaya çıkartmak için yapılan post-hoc test sonucunda zayıf olmak isteyenlerin YBDÖ yeni toplam puanları (1.86 ± 1.28), şişman olmak isteyenlerin YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.88 ± 0.94) ve beden görünümünden memnun olanların puanlarından (0.38 ± 0.49) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kısıtlama puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında, anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=13.65$; $p<.01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlenmesi için yapılan post-hoc analize göre; olduğundan zayıf olmak isteyenlerin puan ortalamaları (1.34 ± 1.3), görünümünden memnun olanların kısıtlama puanlarından (0.42 ± 0.64) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yeme ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=21.67$; $p<.001$). Sonrasında yapılan post-hoc test sonucunda olduğundan zayıf olmak isteyenlerin yeme ile ilgili endişeler puanları (0.95 ± 1.11), şişman olmak isteyenlerin (0.35 ± 0.65), ve görünümlelerinden memnun olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.14 ± 0.29) yüksek bulunmuştur. Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde ($X^2_{(2)}= 41.84$; $p<.001$) olduğundan zayıf olmak isteyenlerin beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.54 ± 1.65), zayıf olmak isteyenlerin (1.07 ± 1.33) ve görünümlelerinden memnun olanların (0.51 ± 0.58) beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından yüksek bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde ise kadın katılımcılarda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=32.90$; $p<.001$). Buna göre; olduğundan zayıf olmak isteyenlerin puan ortalamaları (1.84 ± 1.40), şişman olmak isteyenlerin (0.94 ± 1.06) ve görünümlelerinden memnun olanların puan ortalamalarından ($0.38 \pm$

0.58) yüksek bulunmuştur. YBDÖ toplam puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=37.65$; $p<.001$). Buna göre; olduğundan zayıf olmak isteyenlerin puan ortalamaları (1.75 ± 1.22), zayıf olmak isteyenlerin (0.77 ± 0.89) ve görünümlerinden memnun olanların puanlarından (0.37 ± 0.46) yüksek bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=12.03$; $p<.01$). Farklılığın kaynağını belirlemek için uygulanan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; olduğundan zayıf olmak isteyenlerin tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları (1.56 ± 2.77), görünümlerinden memnun olanların puanlarından (0.24 ± 0.46) yüksek bulunmuştur. Telafi alt boyutu puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=7.46$; $p<.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc test sonucunda herhangi iki grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Tıkınırcasına yeme toplam puan ortalamalarının beden memnuniyetsizliği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde ($X^2_{(2)}=15.43$; $p<.001$) olduğundan zayıf olmak isteyenlerin tıkınırcasına yeme toplam puanları (0.91 ± 1.46), görünümlerinden memnun olanların tıkınırcasına yeme toplam puan ortalamalarından (0.13 ± 0.25) yüksek bulunmuştur.

Tablo 20: YBDÖ'nin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı, Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği'nin Faktör Yapılarının FRDÖ-K Beden Memnuniyetsizliği Kategorileri Arasındaki Farklılıkları

	Şişman Olmak İstiyor N=15		Beden Memnuniyetsizliği Memnun N=26		Zayıf Olmak İstiyor N=91		X ²	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşüneler	1.21	1.38	0.38	0.49	2.05	1.53	35.04	0.00***
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	0.75	1.27	0.72	1.05	2.26	1.73	26.06	0.00***
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	0.38	0.74	0.14	0.37	0.96	1.27	15.91	0.00***
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	0.88	0.94	0.42	0.50	1.86	1.28	36.13	0.00***
Kısıtlama	0.61	0.98	0.42	0.64	1.34	1.30	13.65	0.001**
Yeme İle İlgili Endişeler	0.35	0.65	0.14	0.29	0.95	1.11	21.67	0.00***
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	1.07	1.33	0.51	0.58	2.54	1.65	41.84	0.00***
Kilo İle İlgili Endişeler	0.94	1.06	0.38	0.58	1.84	1.40	32.90	0.00***
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	0.77	0.89	0.37	0.46	1.75	1.22	37.65	0.00***
Tıkınırcasına Yeme	1.98	5.22	0.24	0.46	1.56	2.77	12.23	0.002**
Telafi	0.00	0.00	0.03	0.13	0.27	0.79	7.46	0.024*
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı	0.99	2.61	0.13	0.25	0.91	1.46	15.43	0.00***

***p<.001, **p<.01, *p<.05

3.4.2. Beden İmgesi Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) puanlarının Kadınlar için Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)'nin bileşenlerinden Beden İmgesi Bozukluğu ile ilişkileri incelenmiştir. Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği 199 katılımcıya uygulanmıştır. Katılımcıların 67'si erkek, 132'si ise kadınlardan oluşmaktadır. Kadın katılımcılar bu ölçek puanları doğrultusunda kendilerini “Olduklarından Zayıf Algılayan”, “Oldukları Gibi Algılayan” ve “Olduklarından Kilolu Algılayan” olarak göre üç gruba ayrılmaktadırlar (Bkz: Tablo 21). Araştırmaya katılan kadın katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu kategorileri açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=12.841$; $p<.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; kendilerini oldukları gibi algılayanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (2.47 ± 1.68), kendisini zayıf algılıyor olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.33 ± 1.26) yüksek bulunmuştur. Beden imgesi bozukluğu değişkenine göre kendisini kilolu algılıyor olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (3.27 ± 2.30), kendisini zayıf algılıyor olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.33 ± 1.26) yüksek bulunmuştur. YBDÖ toplam puanı yeni puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından oluşturulan kategoriler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=8.011$; $p<.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc test sonucunda; kendisini olduğu gibi algılıyor olanların YBDÖ toplam puanı yeni puanları (1.99 ± 1.31), kendisini zayıf algılıyor olanların YBDÖ toplam puanı yeni puanlarından (1.27 ± 1.16) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yeme ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=6.892$; $p=0.032<.05$). Farklılığın kaynağını belirlemek yapılan post-hoc analiz sonucunda; kendini daha kilolu algılıyor olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (1.86 ± 1.86), zayıf algılıyor olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.61 ± 0.89) yüksek bulunmuştur. Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından oluşan kategoriler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=9.326$; $p<.05$). Yapılan post-hoc analizle birlikte; kendisini olduğu gibi algılıyor olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.86 ± 1.95), kendisini zayıf algılıyor olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.68 ± 1.50) yüksek bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; kadın katılımcılarda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=11.316$; $p<.05$). Farklılığın kaynaklandığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; kendisini olduğu gibi algılıyor olanların kilo endişeleri puanları (2.08 ± 1.43), kendisini zayıf algılıyor olanların kilo endişeleri puanlarından (1.21 ± 1.20) yüksek bulunmuştur. Beden imgesi bozukluğu açısından kendisini daha kilolu algılıyor olanların kilo endişeleri puanları (2.89 ± 2.05), zayıf algılıyor olanların kilo endişeleri puanlarından (1.21 ± 1.20) yüksek bulunmuştur. YBDÖ toplam puanı orjinal puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=8.420$; $p<.05$). Farklılığın kaynağının hangi grup olduğunu belirleyebilmek adına Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; kendilerini olduğu gibi algılıyor olanların ybdö toplam puanı orjinal puanları (1.91 ± 1.30), zayıf algılıyor olanların ybdö toplam puanı orjinal puanlarından (1.18 ± 1.09) yüksek bulunmuştur.

Telafi alt boyutu puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2_{(2)}=8.157$; $p<.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlaşılabilmesi için yapılan post-hoc analiz sonucunda; kendi bedenini olduğu gibi algılıyor olanların telafi alt boyutu puanları (0.36 ± 0.67), zayıf algılıyor olanların telafi alt boyutu puanlarından (0.17 ± 0.69) yüksek bulunmuştur.

Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, işlevsellik ve kontrol kaybı, kısıtlama, tıknırcasına yeme alt boyutu, tıknırcasına yeme toplam puanları ortalamalarının beden imgesi bozukluğu kategorileri arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 21: YBDÖ'nin Bu Çalışmada Elde Edilen Faktör Yapısı, Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği'nin Faktör Yapılarının FRDÖ-K Beden İmgesi Bozukluğu Kategorileri Arasındaki Farklılıkları

	Beden İmgesi Bozukluğu						X ²	p
	Zayıf Olarak Algılıyor N=100		Memnun (Olduğu Gibi Algılıyor) N=24		Şişman Olarak Algılıyor N=7			
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşüneler	1.33	1.26	2.47	1.68	3.27	2.30	12.841	0.002*
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	1.69	1.76	2.14	1.46	2.00	2.05	2.783	0.249
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	0.66	1.10	0.84	1.09	1.64	1.74	5.523	0.063
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.27	1.16	1.99	1.31	2.51	1.92	8.011	0.018*
Kısıtlama	0.99	1.22	1.41	1.13	1.26	1.60	4.683	0.096
Yeme İle İlgili Endişeler	0.61	0.89	0.90	1.03	1.86	1.86	6.892	0.032*
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	1.68	1.50	2.85	1.95	3.14	2.23	9.326	0.009***
Kilo İle İlgili Endişeler	1.21	1.20	2.08	1.43	2.89	2.05	11.316	0.003*
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.18	1.09	1.91	1.30	2.36	1.81	8.420	0.015*
Tıkınırcasına Yeme	1.26	2.56	0.78	1.23	4.51	7.70	0.494	0.781
Telafi	1.17	0.69	0.36	0.67	0.00	0.00	8.157	0.017*
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı	0.71	1.36	0.57	0.75	2.26	3.85	2.930	0.86

*p<.05, **p<.01

3.4.3. Beden Kitle İndeksi Kategorilerine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanları

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puan ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)} = 30.874$; $p < .05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. BKİ'ne göre obez olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (2.42 ± 1.63), zayıf olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.06 ± 1.26) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre fazla kilolu olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.47 ± 1.50), normal olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.00 ± 1.11) yüksek bulunmuştur. Obez kategorisinde olan katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (2.42 ± 1.63), normal olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.00 ± 1.11) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (2.42 ± 1.63), fazla kilolu kategorisine giren katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.48 ± 1.50) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 22).

Katılımcıların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)} = 20.690$; $p < .05$). Yapılan post-hoc analiz sonucunda BKİ'ne göre fazla kilolu olan katılımcıların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (1.82 ± 1.74), zayıf olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (0.45 ± 0.70) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez kategorisinde olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (2.35 ± 1.81), zayıf olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (0.45 ± 0.70) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre fazla kilolu olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (1.82 ± 1.74), normal olanların kısıtlı yeme

motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.23 ± 1.41) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (2.35 ± 1.81), normal olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.23 ± 1.41) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (2.35 ± 1.81), fazla kilolu olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.82 ± 1.75) yüksek bulunmuştur.

İşlevsellik ve kontrol kaybı puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=11.452$; $p<.05$). Yapılan post-hoc analizi ile BKİ'ne göre obez olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanları (1.08 ± 1.34), zayıf olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanlarından (0.30 ± 0.59) yüksek bulunmuştur. Obez olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanları (1.08 ± 1.34), normal olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanlarından (0.46 ± 0.84) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanları (1.08 ± 1.34), fazla kilolu olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanlarından (0.62 ± 1.02) yüksek bulunmuştur. YBDÖ yeni toplam puan ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=31.146$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. BKİ'ne göre fazla kilolu olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.37 ± 1.26), zayıf olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.70 ± 0.61) yüksek bulunmuştur. BKİ'ne göre obez olanların YBDÖ yeni toplam puanları (2.08 ± 1.33), zayıf olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.70 ± 0.61) yüksek bulunmuştur.

Tablo 22: Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Faktör Yapılarının Ortalama Puanlarının BKİ Gruplarına Göre İncelenmesi

Faktörler	Zayıf N=30		Normal N=336		Fazla Kilolu N=242		Obez N=103		F	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşüneler	1.06	1.26	1.00	1.11	1.47	1.50	2.42	1.63	30.874	0.000*
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	0.45	0.70	1.23	1.41	1.82	1.74	2.35	1.81	20.690	0.000*
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	0.30	0.59	0.46	0.84	0.62	1.02	1.08	1.34	11.452	0.000*
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	0.70	0.61	0.94	0.97	1.37	1.26	2.08	1.33	31.146	0.000*
Kısıtlama	0.25	0.45	0.79	1.02	1.11	1.27	1.52	1.48	15.130	0.000*
Yeme İle İlgili Endişeler	0.24	0.49	0.46	0.73	0.68	0.91	1.08	1.13	16.112	0.000*
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	0.95	0.85	1.17	1.25	1.82	1.70	2.89	1.79	38.556	0.000*
Kilo İle İlgili Endişeler	0.74	0.95	0.89	1.07	1.33	1.32	2.15	1.41	30.533	0.000*
YBDÖ Orijinal Toplam Puan	0.58	0.50	0.86	0.92	1.29	1.19	2.00	1.28	34.539	0.000*
Tıkınırcasına Yeme	0.90	1.73	1.65	3.55	1.96	3.79	2.10	3.37	1.256	0.289
Telafi	0.00	0.00	0.29	1.78	0.29	1.09	0.40	1.74	0.528	0.663
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı	0.45	0.86	0.97	2.24	1.13	2.02	1.25	2.13	1.381	0.247

*p<.001

BKI'ne göre fazla kilolu olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.37 ± 1.26), normal olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.94 ± 0.97) yüksek bulunmuştur. BKI'ne göre obez olanların YBDÖ yeni toplam puanları (2.08 ± 1.33), normal olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.94 ± 0.97) yüksek bulunmuştur. BKI'ne göre obez olanların YBDÖ yeni toplam puanları (2.08 ± 1.33), fazla kilolu olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (1.38 ± 1.26) yüksek bulunmuştur.

YBDÖ'nin orijinal faktör yapılarından kısıtlama puanları ortalamalarının BKI grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=15.130$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Fazla kilolu olanların kısıtlama puanları (1.10 ± 1.27), zayıf olanların kısıtlama puanlarından (0.25 ± 0.45) yüksek bulunmuştur. BKI'ne göre obez olanların kısıtlama puanları (1.52 ± 1.48), zayıf olanların kısıtlama puanlarından (0.25 ± 0.45) yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu olanların kısıtlama puanları (1.11 ± 1.27), normal olanların kısıtlama puanlarından (0.79 ± 1.02) yüksek bulunmuştur. BKI'ne göre obez olanların kısıtlama puanları (1.52 ± 1.48), normal olanların kısıtlama puanlarından (0.79 ± 1.02) yüksek bulunmuştur. BKI'ne göre obez olanların kısıtlama puanları (1.52 ± 1.48), fazla kilolu olanların kısıtlama puanlarından (1.11 ± 1.27) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yeme ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının BKI grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=16.112$; $p<.05$). Yapılan post-hoc analiz sonucunda BKI'ne göre obez olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (1.08 ± 1.13), zayıf olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.24 ± 0.49) yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (0.68 ± 0.91), normal olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.46 ± 0.73) yüksek bulunmuştur. Obez olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (1.08 ± 1.13), normal

olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.46 ± 0.73) yüksek bulunmuştur. Obez olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (1.08 ± 1.13), fazla kilolu olanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.68 ± 0.91) yüksek bulunmuştur.

Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=38.556$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Fazla kilolu olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (1.82 ± 1.70), zayıf olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (0.95 ± 0.85) yüksek bulunmuştur. Obez olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.89 ± 1.79), zayıf olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (0.95 ± 0.85) yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (1.82 ± 1.70), normal kilolu olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.17 ± 1.25) yüksek bulunmuştur. Obez olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.89 ± 1.79), normal kilolu olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.17 ± 1.25) yüksek bulunmuştur. Obez olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.89 ± 1.79), fazla kilolu olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.82 ± 1.70) yüksek bulunmuştur.

Kilo ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=30.533$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Obez olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (2.15 ± 1.41), zayıf olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (0.74 ± 0.95) yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.33 ± 1.32), normal olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (0.89 ± 1.073) yüksek bulunmuştur. Obez olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (2.15 ± 1.41), normal olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (0.89 ± 1.07) yüksek bulunmuştur. Obez olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (2.15 ± 1.41), fazla

kilolu olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.33 ± 1.32) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların YBDÖ orijinal toplam puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=34.539$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Fazla kilolu olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.29 ± 1.19), zayıf olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (0.58 ± 0.50) yüksek bulunmuştur. Obez olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (2.00 ± 1.28), zayıf olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (0.58 ± 0.50) yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.29 ± 1.19), normal olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (0.86 ± 0.92) yüksek bulunmuştur. Obez olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (2.00 ± 1.28), normal olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (0.86 ± 0.92) yüksek bulunmuştur. Obez olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (2.00 ± 1.28), fazla kilolu olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (1.29 ± 1.19) yüksek bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme, telafi alt boyutu ve tıkınırcasına yeme toplam puanları ortalamalarının BKİ grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,710)}=1.256$; $p>.05$, $F_{(3,710)}=.528$; $p>.05$, $F_{(3,710)}=1.381$; $p>.05$).

3.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

3.4.4.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisi

YBDÖ ile yaş değişkeninin ilişkisini ortaya koyabilmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Sadece tıkınırcasına yeme toplam ve tıkınırcasına yeme alt

boyutu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça tıkinırcasına yeme toplam ve tıkinırcasına yeme alt boyut ortalama puanları azalmaktadır ($p<.01$). Diğer alt ölçek puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>.05$) (Bkz: Tablo 23)

Tablo 23: Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkinırcasına Yeme Faktör Yapılarının Ortalama Puanları ile Yaş İlişkisi

Faktörler	r	p
Beden Şekli ve Kilo İle İlgili Duygu ve Düşünceler	.050	.179
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	.012	.751
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	.015	.695
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	.036	.335
Kısıtlama	-.005	.890
Yeme ile İlgili Endişeler	.019	.606
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	.064	.085
Kilo ile İlgili Endişeler	.035	.144
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	.045	.227
Tıkinırcasına Yeme	-.103	.006**
Telafi	-.039	.302
Tıkinırcasına Yeme Toplam Puan	-.101	.007**

** $p<.01$

3.4.4.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Cinsiyet ile İlişkisi

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=6.984$; $p<.001$). Kadınların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.72), erkeklerin beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.00) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 24). Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı

puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=6.590$; $p<.001$). Kadın katılımcıların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (1.95), erkek katılımcıların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.16) yüksek bulunmuştur. İşlevsellik ve kontrol kaybı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.208$; $p<.001$). Kadınların işlevsellik ve kontrol kaybı alt ölçek puanları (0.75), erkeklerin işlevsellik ve kontrol kaybı puanlarından (0.43) yüksek bulunmuştur. YBDÖ yeni toplam puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=7.504$; $p<.001$). Kadın katılımcıların YBDÖ yeni toplam puanları (1.56), erkek katılımcıların YBDÖ yeni toplam puanlarından (0.91) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kısıtlama puanlarının ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.665$; $p<.001$). Kadınların kısıtlama puanları (1.19), erkeklerin kısıtlama puanlarından (0.77) yüksek bulunmuştur. Yeme ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=5.216$; $p<.001$). Kadınların yeme ile ilgili endişeler puanları (0.78), erkeklerin yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.44) yüksek bulunmuştur. Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=7.715$; $p<.001$). Kadınların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.07), erkeklerin beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.16) yüksek bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=6.912$; $p<.001$). Kadınların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.53), erkeklerin kilo ile ilgili endişeler puanlarından (0.89) yüksek bulunmuştur.

Tablo 24: Bu Çalışmadan Elde Edilen Faktör Yapıları, YBDÖ'nin Orijinal Faktör Yapısı ve Tıkınırcasına Yeme Faktör Yapılarının Cinsiyet ile İlişkisi

Faktörler	Kadın (n=370)		Erkek (n=346)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.72	1.54	1.00	1.18	6.984	0.000*
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.95	1.70	1.16	1.47	6.590	0.000*
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.75	1.11	0.43	0.86	4.208	0.000*
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.56	1.26	0.91	1.01	7.504	0.000*
Kısıtlama	1.19	1.26	0.77	1.12	4.665	0.000*
Yeme İle İlgili Endişeler	0.78	0.98	0.44	0.73	5.216	0.000*
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.07	1.73	1.18	1.32	7.715	0.000*
Kilo İle İlgili Endişeler	1.53	1.39	0.89	1.07	6.912	0.000*
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.45	1.21	0.85	0.96	7.333	0.000*
Tıkınırcasına Yeme	1.64	3.16	1.93	3.99	-1.100	.275
Telafi	.213	0.88	0.37	2.00	-1.361	.184
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puan	.926	1.70	1.15	2.46	-1.420	.161

* $p<.001$

YBDÖ orijinal toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=7.333$; $p<.001$). Kadınların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.45), erkeklerin YBDÖ orijinal toplam puanlarından (0.85) yüksek bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.100$; $p>.05$). Telafi alt boyutu puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.361$; $p>.05$). Tıkınırcasına yeme toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.420$; $p>.05$).

3.4.4.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Medeni Durum ile İlişkisi

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,715)}=5.104$; $p<.01$). Yapılan post-hoc analiz sonucunda medeni durum “diğer” olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.89 ± 1.75), medeni durum bekar olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.22 ± 1.25) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 25). Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F_{(2,715)}=2.090$; $p>.05$). İşlevsellik ve kontrol kaybı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F_{(2,715)}=0.545$; $p>.05$). YBDÖ yeni toplam puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan

anlamli bulunmuştur ($F_{(2,715)}=3.893$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizi sonucunda, medeni durumu “diğer” olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.61 ± 1.30), medeni durumu “bekar” olanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (1.13 ± 1.11) yüksek bulunmuştur.

Tablo 25: Medeni Durum Kategorilerine Göre Katılımcıların YBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Evli (n=375)		Bekar (n=294)		Diğer (n=47)		F	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.42	1.50	1.22	1.25	1.89	1.75	5.104	0.006**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.61	1.68	1.45	1.59	1.95	1.63	2.090	0.124
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.63	1.05	0.55	0.97	0.63	0.92	0.545	0.580
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.29	1.23	1.13	1.11	1.61	1.30	3.893	0.021*
Kısıtlama	1.02	1.24	0.94	1.19	1.05	1.12	0.439	0.645
Yeme İle İlgili Endişeler	0.63	0.90	0.58	0.85	0.76	0.95	0.972	0.379
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	1.72	1.69	1.43	1.40	2.28	1.94	6.811	0.001**
Kilo İle İlgili Endişeler	1.28	1.32	1.07	1.19	1.61	1.48	4.537	0.011*
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.21	1.17	1.04	1.06	1.50	1.24	4.140	0.016*
Tıkınırcasına Yeme	1.57	3.34	2.01	3.84	2.06	3.05	1.434	0.239
Telafi	0.27	1.28	0.33	1.87	0.14	0.70	0.382	0.682
Tıkınırcasına Toplam Puanı	0.92	1.87	1.17	2.43	1.00	1.56	1.210	0.299

* $p<.05$, ** $p<.01$

Kısıtlama puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F_{(2,715)}=0.439$; $p>.05$). Yeme ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F_{(2,715)}=0.972$; $p>.05$). Beden şekli ile ilgili endişeler puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,715)}=6.811$; $p<.01$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için yapılan post-hoc analizi sonucunda; medeni durumu “diğer” olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.28 ± 1.94), medeni durum bekar olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.49 ± 1.40) yüksek

bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,715)}=4.537$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek üzere post-hoc analizi yapılmıştır. Medeni durum “diğer” olanların kilo endişeleri puanları (1.61 ± 1.48), medeni durum bekar olanların kilo endişeleri puanlarından (1.07 ± 1.19) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan Katılımcıların YBDÖ orijinal toplam puanı ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,715)}=4.140$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek üzere post-hoc analizi yapılmıştır. Medeni durum diğer olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.50 ± 1.24), medeni durum bekar olanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (1.04 ± 1.06) yüksek bulunmuştur.

Öte yandan ne tıknırcasına yeme toplam, ne de telafi ve tıknırcasına yeme alt boyut puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür ($F=1.210$; $p=>.05$, $F=0.382$; $p>.05$, $F=1.434$; $p>.05$)

3.4.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin İş Durumu ile İlişkisi

Katılımcıların kilo endişeleri puan ortalamalarının iş durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=3.532$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için post-hoc analizi yapılmıştır. İş durumuna göre çalışmıyor olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.61 ± 1.51), çalışıyor olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.21 ± 1.30) yüksek bulunmuştur. Çalışmıyor olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.61 ± 1.51), emekli olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.05 ± 1.16) yüksek bulunmuştur. Çalışmıyor olanların kilo ile ilgili

endişeler puanları (1.61 ± 1.51), öğrenci olanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.06 ± 1.09) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 26).

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları ortalamalarının iş durumu değişkenine farklılaşıp farklılaşmadığının saptanabilmesi için yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda da grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,710)}=2.867$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla uygulanan post-hoc test sonucunda öğrenci olanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları (2.51 ± 4.48), herhangi bir işte çalışıyor olanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanlarından (1.65 ± 3.36) yüksek bulunmuştur. Öğrenci olanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları (2.51 ± 4.48), emekli olanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanlarından (1.08 ± 2.81) yüksek bulunmuştur. Tıkınırcasına yeme toplam puan ortalamalarının iş durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda da grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,715)}=2.617$; $p<.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizi sonucunda öğrenci olanların tıkınırcasına yeme toplam puanları (1.42 ± 3.00), çalışıyor olanların tıkınırcasına yeme toplam puanlarından (0.98 ± 1.88) yüksek bulunmuştur. Öğrenci olanların tıkınırcasına yeme toplam puanları (1.42 ± 3.00) emekli olanların tıkınırcasına yeme toplam puanlarından (0.55 ± 1.41) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, işlevsellik ve kontrol kaybı, YBDÖ yeni toplam puanı, kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler, YBDÖ orijinal toplam puanı, çıkarma alt boyutu puanları ortalamalarının iş durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 26: İş Durumu Kategorilerine Göre Katılımcıların YBDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Çalışıyor (n=443)		Çalışmıyor (n=83)		Emekli (n=55)		Öğrenci (n=135)		F	P
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.37	1.47	1.64	1.55	1.28	1.48	1.23	1.15	1.434	0.23
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.54	1.69	1.91	1.59	1.34	1.47	1.53	1.55	1.639	0.17
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.60	1.03	0.78	1.16	0.44	0.76	0.53	0.86	1.557	0.19
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.24	1.23	1.52	1.26	1.10	1.13	1.16	1.02	1.948	0.12
Kısıtlama	0.98	1.24	1.22	1.28	0.81	0.99	0.96	1.16	1.403	0.24
Yeme İle İlgili Endişeler	0.62	0.92	0.77	0.95	0.53	0.75	0.56	0.78	1.141	0.33
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	1.64	1.66	1.91	1.70	1.54	1.68	1.50	1.32	1.179	0.31
Kilo ile İlgili Endişeler	1.21	1.30	1.61	1.51	1.05	1.16	1.06	1.09	3.532	0.01*
YBDÖ Orjinal Toplam Puanı	1.16	1.17	1.42	1.22	1.03	1.07	1.06	0.98	2.030	0.10
Tıkınırcasına Yeme Alt Boyutu	1.65	3.36	1.75	3.08	1.08	2.81	2.51	4.48	2.867	0.03*
Çıkarma Alt Boyutu	0.32	1.27	0.24	1.25	0.02	0.10	0.33	2.48	0.699	0.55
Tıkınırcasına Yeme Toplam	0.98	1.88	0.99	1.79	0.55	1.41	1.42	3.00	2.617	0.05*

*p<.05

3.4.4.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Kilo Alma Korkusu ile İlişkisi

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının kilo alma korkusu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda tüm ölçek puanları açısından kilo alma korkusu olanların puanları olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İlgili analize dair bulgular Tablo 27’te görülebilir.

Tablo 27: YBDÖ puanları ile kilo alma korkusu ilişkisi

	Kil alma korkusu				t	p
	Var (n=338)		Yok (n=371)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	2.12	1.54	0.67	0.84	15.754	0.000**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	2.45	1.66	0.76	1.11	16.055	0.000**
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.98	1.19	0.25	0.63	10.359	0.000**
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.95	1.22	0.60	0.69	18.379	0.000**
Kısıtlama	1.54	1.29	0.49	0.86	12.851	0.000**
Yeme İle İlgili Endişeler	1.02	1.01	0.25	0.51	13.061	0.000**
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.62	1.64	0.73	0.86	19.517	0.000**
Kilo İle İlgili Endişeler	1.91	1.37	0.59	0.80	15.868	0.000**
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.85	1.16	0.53	0.64	18,991	0.000**
Tıkınırcasına Yeme	2.50	4.23	1.13	2.64	5.247	0.000**
Telafi	0.42	1.98	0.17	0.94	2.183	0.035*
Tıkınırcasına Yeme Toplam	1.46	2.59	0.65	1.46	5.215	0.000**

*p<.05, **p<.001

3.4.4.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile Yeme Bozukluğu Tanısı İlişkisi

Yeme bozukluğu tanısı alanlarla almayanların arasında hiçbir YBDÖ puanı açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Bkz: Tablo 28).

Tablo 28: YBDÖ puanları ile yeme bozukluğu tanısı ilişkisi

	Yeme bozukluğu tanısı Var (n=13)		Yeme bozukluğu tanısı Yok (n=698)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	2.31	2.15	1.34	1.40	2.435	0.133
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.54	1.45	1.57	1.64	-0.056	0.955
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	1.04	1.41	0.56	1.00	1.612	0.107
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.78	1.64	1.23	1.18	1.666	0.249
Kısıtlama	0.88	0.99	0.99	1.21	-0.333	0.739
Yeme İle İlgili Endişeler	1.11	1.34	0.60	0.86	2.057	0.202
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.50	2.25	1.61	1.59	1.966	0.184
Kilo İle İlgili Endişeler	1.88	1.86	1.20	1.27	1.877	0.216
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.67	1.58	1.15	1.12	1.649	0.256
Tıkınırcasına Yeme	2.06	2.86	1.77	3.56	0.290	0.772
Telafi	0.31	0.52	0.30	1.54	0.054	0.957
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puan	1.19	1.54	1.03	2.12	0.263	0.792

3.4.4.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Psikiyatrik Özgeçmiş ile İlişkisi

Katılımcıların “beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler” puan ortalamalarının “psikiyatrik özgeçmiş” değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi yapılmış ve sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=4.016$; $p<.01$). Psikiyatrik bir özgeçmiş olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.99), psikiyatrik bir özgeçmiş olmayanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.29) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 29). Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1.924$; $p>.05$). İşlevsellik ve kontrol kaybı puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=4.110$; $p<.01$). Psikiyatrik bir özgeçmiş olanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanları (1.05), psikiyatrik bir özgeçmiş olmayanların işlevsellik ve kontrol kaybı puanlarından (0.54) yüksek bulunmuştur. YBDÖ yeni toplam puanı ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı şekilde farklılaşmıştır. ($t=3.863$; $p<.01$). Psikiyatrik özgeçmiş olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.75), psikiyatrik özgeçmiş olmayanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (1.18) yüksek bulunmuştur. Kısıtlama puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1.235$; $p>.05$).

Tablo 29: YBDÖ puanları ile psikiyatrik özgeçmiş ilişkisi

	Psikiyatrik özgeçmiş Var (n=71)		Psikiyatrik özgeçmiş Yok (n=641)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.99	1.74	1.29	1.36	4.016	0.001**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.91	1.75	1.52	1.61	1.924	0.055
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	1.05	1.32	0.54	0.95	4.110	0.002**
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.75	1.49	1.18	1.14	3.863	0.003**
Kısıtlama	1.15	1.36	0.97	1.19	1.235	0.217
Yeme İle İlgili Endişeler	1.06	1.21	0.56	0.82	4.598	0.001**
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.36	1.89	1.54	1.55	4.138	0.001**
Kilo ile İlgili Endişeler	1.75	1.62	1.15	1.23	3.718	0.004**
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.65	1.40	1.10	1.09	3.926	0.002**
Tıkınırcasına Yeme	3.08	5.17	1.63	3.30	3.297	0.023*
Telafi	0.23	0.23	0.30	3.30	-0.325	0.745
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puan	1.66	1.66	0.96	2.04	2.464	0.034*

*p<.05 **p<.01

Yeme ile ilgili endişeler puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmış ve sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=4.598; p<.01). Psikiyatrik bir özgeçmiş olanların yeme ile ilgili endişeler puanları (1.06), psikiyatrik özgeçmiş olmayanların yeme ile ilgili endişeler puanlarından (0.56) yüksek bulunmuştur. Beden şekli ile ilgili endişeler puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=4.138; p<.01). Psikiyatrik özgeçmiş olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.36), psikiyatrik bir özgeçmiş olmayanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.54) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kilo ile ilgili endişeler puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=3.718; p<.01). Psikiyatrik özgeçmiş olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.75), psikiyatrik özgeçmiş olmayanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.15)

yüksek bulunmuştur. YBDÖ orijinal toplam puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için uygulanan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=3.926$; $p<.01$). Psikiyatrik bir özgeçmiş olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.65), psikiyatrik özgeçmiş olmayanların YBDÖ toplam puanı orijinal puanlarından (1.10) yüksek bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.297$; $p=0.023<.05$). Psikiyatrik özgeçmiş olanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları (3.08), olmayanların tıkınırcasına yeme alt boyutu puanlarından (1.63) yüksek bulunmuştur. Telafi alt boyutu puanları ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmış ve sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.325$; $p=0.745>.05$). Tıkınırcasına yeme toplam puanları ortalamalarının psikiyatrik özgeçmiş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda da grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.646$; $p<.05$). Psikiyatrik bir özgeçmiş olanların tıkınırcasına yeme toplam puanları (1.66), olmayanların tıkınırcasına yeme toplam puanlarından (0.96) yüksek bulunmuştur.

3.4.4.8. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Kronik Hastalık Tanısı ile İlişkisi

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-4.009$; $p<0.05$). Kronik hastalık tanısı olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.74), kronik hastalık olmayanların beden şekli ve kilo ile ilgili

duygu ve düşünceler puanlarından (1.25) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 30). Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-2.686$; $p<.01$). Kronik hastalık tanısı olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (1.85), kronik hastalık tanısı olmayanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.47) yüksek bulunmuştur. İşlevsellik ve kontrol kaybı puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.577$; $p>.05$). Katılımcıların YBDÖ yeni toplam puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi yapılmış ve sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-3.664$; $p<.01$). Kronik hastalık tanısı olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.53), kronik hastalık tanısı olmayanların YBDÖ yeni toplam puanlarından (1.15) yüksek bulunmuştur.

Kısıtlama puanları ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.269$; $p>.05$). Yeme ile ilgili endişeler puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan yine anlamlı bulunmamıştır ($t=-2.057$; $p>.05$). Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-4.375$; $p<.01$). Kronik hastalığı olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.09), kronik hastalığı olmayanların beden şekli ile ilgili endişeler puanlarından (1.49) yüksek bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-3.961$; $p<.05$). Kronik hastalık tanısı olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.55), kronik hastalık tanısı olmayanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.11) yüksek bulunmuştur. YBDÖ orijinal toplam puan ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-3.653$; $p<.05$). Kronik hastalık tanısı olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.43), kronik hastalık tanısı olmayanların YBDÖ orijinal toplam puanlarından (1.07) yüksek bulunmuştur.

Tablo 30: YBDÖ Puanları İle Kronik Hastalık Tanısı İlişkisi

	Kronik Hastalık tanısı Yok (n=539)		Kronik Hastalık tanısı Var (n=177)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.25	1.33	1.74	1.64	-4.009	0.000**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.47	1.63	1.85	1.65	-2.686	0.007*
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.56	0.97	0.70	1.12	-1.577	0.144
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.15	1.14	1.53	1.31	-3.664	0.001*
Kısıtlama	0.96	1.21	1.09	1.22	-1.269	0.205
Yeme İle İlgili Endişeler	0.58	0.85	0.74	0.99	-2.057	0.058
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	1.49	1.49	2.09	1.85	-4.375	0.000**
Kilo İle İlgili Endişeler	1.11	1.22	1.55	1.44	-3.961	0.000**
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.07	1.08	1.43	1.26	-3.653	0.001*
Tıkınırcasına Yeme	1.75	3.44	1.88	3.85	-0.443	0.658
Telafi	0.35	1.71	0.11	0.64	1.754	0.009*
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı	1.05	2.14	1.00	2.01	0.261	0.794

* $p<.01$ ** $p<.001$

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.443$; $p>0.05$). Telafi alt boyutu puanları ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=1754$; $p<.01$). Kronik hastalık tanısı olmayanların çıkarma alt boyutu puanları (0.35), olanların çıkarma alt boyutu puanlarından (0.11) yüksek bulunmuştur. Tıkınırcasına yeme toplam puanları ortalamalarının kronik hastalık tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.261$; $p>.05$).

3.4.4.9. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin İlaç Tüketimi ile İlişkisi

Katılımcıların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmış ve sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.272$; $p<.01$). İlaç tüketimi olanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanları (1.68), ilaç tüketimi olmayanların beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler puanlarından (1.27) yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 31).

Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.704$; $p<.05$). İlaç tüketimi olanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanları (1.86), ilaç tüketimi olmayanların kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı puanlarından (1.47) yüksek bulunmuştur. İşlevsellik ve kontrol kaybı puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup

ortalamları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=2.184$; $p>.05$).

Tablo 31: YBDÖ Puanları İle İlaç Tüketimi İlişkisi

	İlaç tüketimi Var (n=169)		İlaç tüketimi Yok (n=543)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Beden Şekli Ve Kilo İle İlgili Duygu Ve Düşünceler	1.68	1.57	1.27	1.37	3.272	0.003**
Kısıtlı Yeme Motivasyonu Ve Davranışı	1.86	1.76	1.47	1.58	2.704	0.011*
İşlevsellik Ve Kontrol Kaybı	0.74	1.16	0.55	0.94	2.184	0.051
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	1.51	1.33	1.16	1.13	3.382	0.002**
Kısıtlama	1.11	1.28	0.95	1.18	1.526	0.128
Yeme İle İlgili Endişeler	0.74	0.99	0.58	0.84	2.075	0.057
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.09	1.82	1.49	1.51	4.327	0.000**
Kilo ile İlgili Endişeler	1.51	1.42	1.13	1.23	3.437	0.002**
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	1.43	1.27	1.08	1.08	3.567	0.001**
Tıkınırcasına Yeme	1.72	3.64	1.80	3.52	-0.240	0.810
Çıkartma	0.17	0.65	0.32	1.71	-1.174	0.075
Tıkınırcasına Yeme Toplam Puanı	0.95	1.94	1.06	2.16	-0.627	0.531

* $p<.05$ ** $p<.01$

YBDÖ yeni toplam puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.382$; $p=0.002<.01$). İlaç tüketimi olanların YBDÖ yeni toplam puanları (1.51), ilaç tüketimi olmayanların puanlarından (1.16) yüksek bulunmuştur.

Kısıtlama puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1.526$; $p>.05$). Yeme ile ilgili endişeler puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=2.075$; $p>.05$). Beden şekli ile ilgili endişeler puanları ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.327$; $p<.01$). İlaç tüketimi olanların beden şekli ile ilgili endişeler puanları (2.09), ilaç tüketimi olmayanların puanlarından (1.49) yüksek bulunmuştur. Kilo ile ilgili endişeler puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.437$; $p<.01$). İlaç tüketimi olanların kilo ile ilgili endişeler puanları (1.51), ilaç tüketimi olmayanların kilo ile ilgili endişeler puanlarından (1.13) yüksek bulunmuştur. YBDÖ orijinal toplam puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.567$; $p<.01$). İlaç tüketimi olanların YBDÖ orijinal toplam puanları (1.43), ilaç tüketimi olmayanların puanlarından (1.08) yüksek bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanları ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.240$; $p>.05$). Telafi alt boyutu puanları ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.174$; $p>.05$). Tıkınırcasına yeme toplam puan ortalamalarının ilaç tüketimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.627$; $p>.05$).

3.5. Cinsiyet, TÜİK ve Dünya Sağlık Örgütü Yaş Kategorilerine Göre YBDÖ Orijinal ve Türkçe Versiyon Puanlarına Ait Norm Değerleri

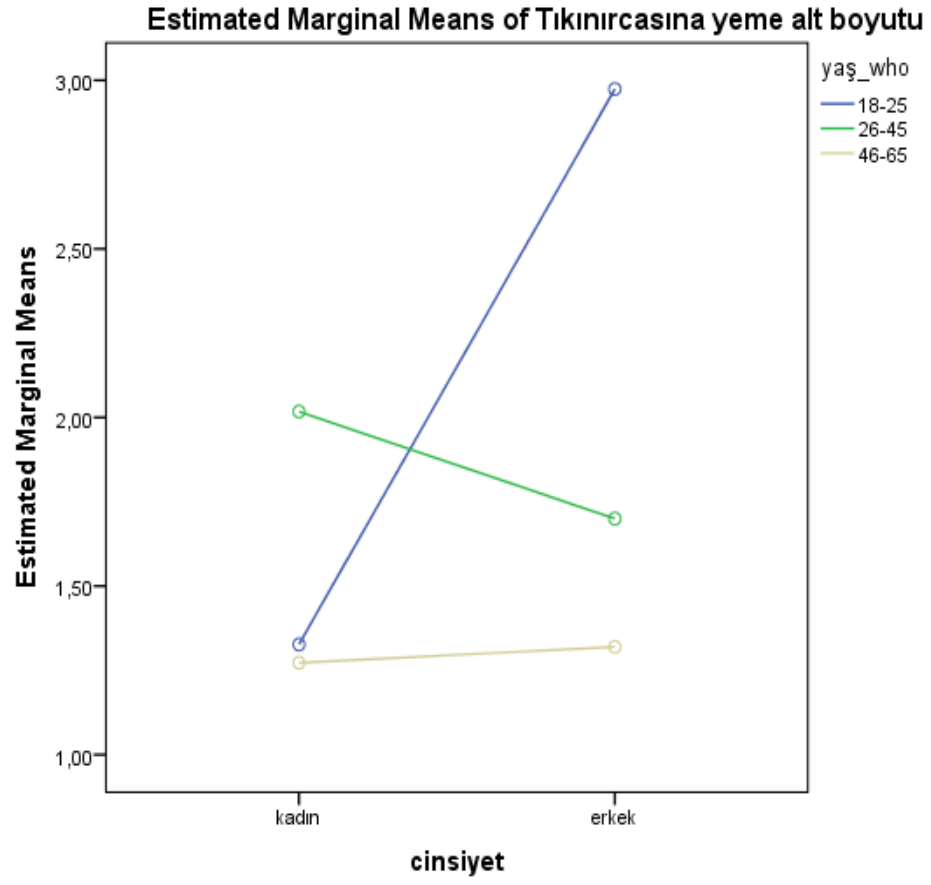
Toplam 369 kadın ve 346 erkek ile farklı TÜİK (2013) yaş kategorilerine göre sayıları belirlenen toplam 715 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmada son

olarak hem YBDÖ orijinal hem de YBDÖ Yeni'nin toplam ve alt boyut puanlarının hem TÜİK hem de dünya sağlık örgütü (WHO, 2018) yaş kategorilerine ve cinsiyete göre ortalama ve standart sapma değerleri de ayrıca hesaplanmış olup TÜİK yaş kategorileri ve cinsiyete göre ilgili norm değerleri Ek 6'da; Dünya Sağlık Örgütü Yaş Kategorileri ve cinsiyete göre norm değerleri ise Ek 7'de görülebilir. Ek olarak hem yeni hem de orijinal YBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet ile hem TÜİK hem de WHO yaş kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için ise iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre tıknırcasına yeme toplam ve alt test puanları hariç tüm ölçek puanları için cinsiyet ana etkisi yüksek düzeyde anlamlı çıkmıştır ($p<.001$).

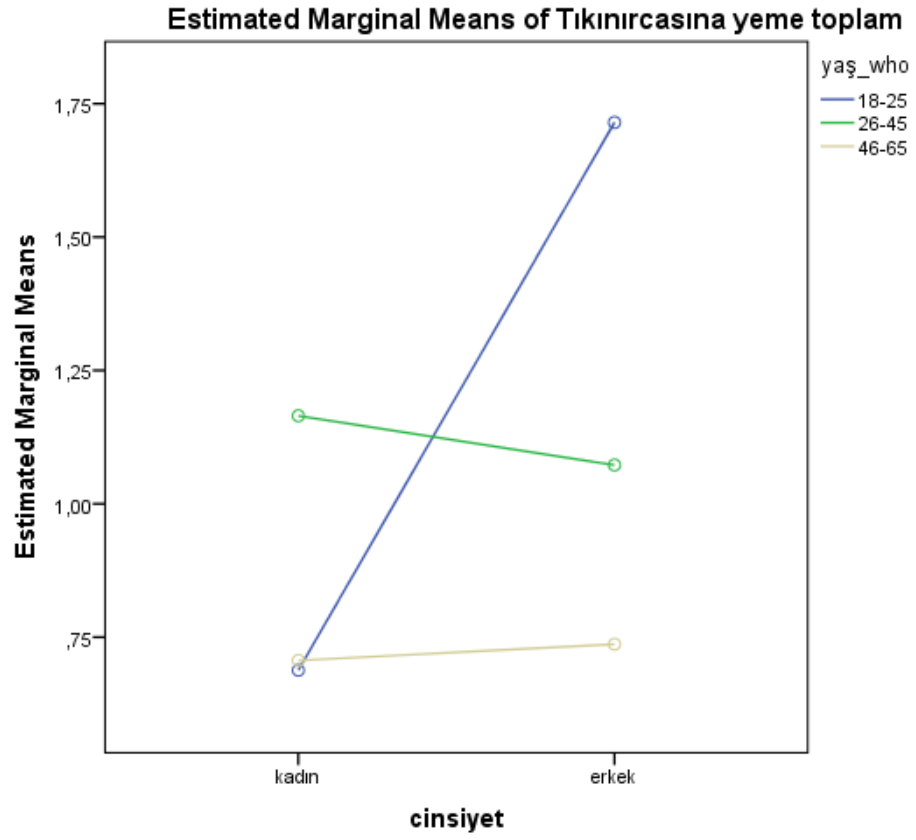
Kadınların puanları erkeklerden anlamlı derecede yüksektir. Ancak ne TÜİK yaş grubu ne de TÜİK yaş grubu ve cinsiyet ortak etkisi hiçbir ölçüm için anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Bununla birlikte WHO yaş grubuna göre yapılan analizlerde ise WHO yaş kategorileri ana etkisi yalnızca Tıknırcasına Yeme toplam puanları için anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre TY toplam puanı en yüksek olanlar 18-25, en düşük olanlar ise 46-65 yaş grubunda olanlardır. Cinsiyet ve WHO yaş kategorileri ortak etkisinin ise yalnızca tıknırcasına yeme alt boyut ($p<.01$; Bkz. Şekil 7) ve toplam puanı ($p<.05$; Bkz. Şekil 8) için anlamlı olduğu görülmüştür.

Şekil 7 ve Şekil 8'e bakıldığında hem TY toplam hem de alt boyut puanlarının 46-65 yaş arasındaki kadın ve erkeklerde birbirine benzer olduğu; 26-45 yaş grubunda kadınların puanlarının erkeklerinkinden daha yüksek seyrettiği gözlenirken; diğer yaş kategorilerinden farklı olarak 18-25 yaş grubunda ise erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından önemli ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan, kadınlarda en yüksek TY toplam ve alt boyut puanları 26-45 yaş grubunda gözlenip diğer yaş gruplarının puanları birbirine çok benzer seyrederken; erkeklerde ise yaş azaldıkça TY toplam ve alt boyut puanlarının belirgin bir biçimde arttığı dikkati çekmektedir.

Son olarak diğer hiçbir YBDÖ orijinal ve yeni puanları için ne WHO yaş ana etkisi ne de cinsiyet ve WHO yaş ortak etkisi anlamlı çıkmamıştır ($p>.05$).



Şekil 7: Cinsiyet ve WHO yaş kategorilerinin tıkınırcasına yeme alt boyutuna ortak etkisi



Şekil 8: Cinsiyet ve WHO yaş kategorilerinin tıkınırcasına yeme toplam boyutuna ortak etkisi

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, yeme bozukluklarının ülkemizde yetişkinler üzerinde objektif bir biçimde değerlendirilmesi ve bu bozuklukları ortaya çıkaran temel etmenlerin ortaya konmasını sağlamaktır. Bu bağlamda, Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (YBDÖ) yetişkinler üzerinde güvenirlik ve geçerliği gerçekleştirilmiş ve toplum örneklemini için norm verileri ortaya konmuştur.

4.1. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması

4.1.2 Yapı Geçerliği

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısının ortaya konabilmesi için öncelikle “Tıkınırcasına Yeme” alt ölçeğinin soruları dışındaki 22 itemin güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin 22 maddesinin cronbach alfa puanı 0.935 olarak bulunmuştur. Analizden çıkartılmış olan maddelerden sonra kalan 17 maddenin güvenirlik katsayısının ise 0.922 olduğu görülmektedir. Bu maddelerin dahil edildiği, ölçeğin faktör yapısının ortaya konması için yapılmış olan açımlayıcı faktör analizinin sonucunda ortaya 3 faktörlü bir yapı çıkmaktadır. Bu faktörlerin ilki; “Beden Şekli ve Kilo İle İlgili Duygu ve Düşünceler”, ikincisi “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı”, üçüncüsü ise “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” olarak adlandırılmıştır. Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Ölçeği'nin Fairburn ve Beglin (1994) tarafından ortaya konulmuş olan orijinal faktör yapısının ise dört boyutlu olduğu bildirilmektedir. Bu faktörler “Kısıtlama”, “Yeme ile İlgili Endişeler”, “Kilo ile İlgili Endişeler”, “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” olarak ifade edilmektedir. Fairburn ve Beglin'in (1994) çalışmalarında faktör analizinin yapılmadığı dikkati çekmektedir. Bu durumun nedeninin YBDÖ maddelerinin yine Fairburn ve Beglin (1987) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi'nin anket formundan yola çıkarak oluşturulmuş olması olduğu söylenebilir. Bu

çalışmada ise faktör analizi çalışması yapılmıştır ve Fairburn ile Beglin'in önerdiği yapı genel toplum örneklemine dahil farklı yaş gruplarından 716 kişi üzerinde sınanarak test edilmiştir. Sonuç olarak bu tez çalışmasında Fairburn ve Beglin'in (1994) önerdiği yapının oluşmadığı ve bu yapının bu tez çalışmasında ortaya çıkan faktör yapısı ile farklılaştığı dikkati çekmektedir.

Geçerlik çalışması kapsamında yürütülen faktör analizi sonucunda ortak varyans değeri .30'un altında kalmış olan 19. ("Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice yemek yediniz?") ve 2. ("Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre hiçbir şey yemediğiniz oldu mu?") maddeler analizin dışında bırakılmıştır. Bu iki maddenin çıkması ile ilk aşamada oluşmuş olan dört faktörlü yapı üç faktöre düşmüştür. Bu aşamada 11. madde ("Son 28 günün kaçında kendinizi şişman hissettiniz?") birden fazla faktörde yüklendiği için analizden çıkarılmıştır. Beşinci madde ("Son 28 günün kaçında bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?") ise .30'un üstü bir faktör yükü ile hiçbir faktöre yüklenmediği için analizin dışında bırakılmıştır. Üçüncü aşamada ise birden fazla faktöre .10 faktör yükünden az bir faktör yükü ile yüklendiği tespit edilen 10. madde analizden çıkartılmıştır ("Son 28 günün kaçında kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korkunuz?"). Bu maddelerden; 2 ile 5. maddeler Fairburn ve Beglin (1994) tarafından ortaya konulan dört faktörlü yapıda "Kısıtlama" alt ölçeğine, 10 ile 11. maddeler "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ve 19. madde ise "Yeme ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine dahil olmaktadır. Kalan maddelerden 7, 8, 9, 21. maddeler yeni oluşan 3 faktörlü yapıda "İşlevsellik ve Kontrol Kaybı" alt boyutuna, 1, 3, 4, 6 ve 12. maddeler "Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı" alt boyutuna ve 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler ise "Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler" alt boyutuna dahil olmuştur. Yeni oluşan alt boyutlardan "İşlevsellik ve Kontrol Kaybı"na dahil olan maddelerden 7, 9 ve 21. madde orijinal alt ölçeklerden "Yeme ile İlgili Endişeler"e ait iken, 8. madde ise "Kilo ile İlgili Endişeler ve Beden Şekli ile ilgili Endişeler" alt ölçeklerine dahildir. Bu alt ölçekte toplanan maddeler işlevsellik ve kontrol kaybı açısından ortaklaşıyor görüldüğü için bu faktör "İşlevsellik ve Kontrol Kaybı" olarak adlandırılmıştır. Faktöre de adını vermiş olan

belirtilerden kontrol kaybı yeme patolojilerinde çekirdek özelliklerdendir. Colles, Dixon ve O'brien'in 2008 yılında yayımlanan çalışmalarında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda yemek yemeyi durduramamak ya da neyin ne kadar tüketildiğini kontrol edememek hali olarak kendisini gösteren kontrol kaybının bu bozuklukta ortaya çıkan psikolojik sıkıntılar ile yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Colles, Dixon ve O'brien, 2008). Bu faktöre adını veren bir diğer özellik ise işlevsellik kaybı olmuştur. DSM-5'e göre yeme bozuklukları psikososyal işlevsellikte anlamlı bir bozukluğa yol açmaktadır. Bu iki değişkeni kapsadığı düşünülen maddelerin bir araya geldiği faktör "İşlevsellik ve Kontrol Kaybı" olarak adlandırılmıştır. Yeni oluşan diğer bir alt boyut olan "Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı"nın kapsadığı maddelerden 1, 3 ve 4 orijinal alt ölçeklerden "Kısıtlama" alt boyutuna, 6. madde "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ve 12. madde ise "Kilo ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine dahildir. Yeni oluşan son alt boyut olan "Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler" alt ölçeğine dahil olan 20. madde orijinal boyutlardan "Yeme ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine, 22, 24 ve 25. maddeler "Kilo ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ve son olarak 23, 26, 27 ve 28. maddeler ise "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine dahil maddelerdir. Bu tez çalışmasında, yeme bozukluklarının bilişsel ve davranışçı yönlerini destekleyen maddelerin bir araya gelmesi nedeniyle, ortaya çıkan üç faktörlü yapı ölçeğin orjinal faktör yapısına ait isimlendirmeden farklı olarak adlandırılmıştır.

Konu ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde yapılmış olan çalışmaların toplum örnekleme, subklinik ya da yeme bozukluğu tanısı almış olan (klinik belirtiler gösteren) gibi farklı gruplar üzerinde yürütüldüğü görülmektedir. Peterson ve arkadaşları (2007) ABD'nin orta-batı eyaletlerinde yaşamakta olan % 70.9'unun (n= 144) DSM-IV'e göre Bulimiya Nervoza tanısı aldığı, %29.1'inin (n= 59) ise eşik altı düzeyde BN belirtiler gösterdiği bildirilen 18-57 yaş aralığında 203 kadın üzerinde yürüttükleri ve YBDÖ'nün psikometrik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında, açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya üç faktörlü bir yapının çıktığını, ölçeğin orijinal alt boyutlarından yeme ile ilgili endişeler ve kısıtlama alt ölçeklerinin bu faktör boyutlarının ikisi ile desteklendiği ancak beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçeklerine ait itemlerin genellikle tek bir faktör altında toplandığını

bildirmişlerdir. Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında ortaya çıkan faktör yapılarından ilki 11 maddeyi kapsamaktadır. Bu maddelerin 7'si orijinal yapıdaki "Beden Şekli ile ilgili Endişeler" alt ölçeğine, 4'ü ise "Kilo ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ait maddelerdir. Ortaya çıkan ikinci faktör boyutunda ise 7 madde yer almaktadır. Bu yedi maddenin ise 5'i orijinal formdaki "Yeme ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine, biri "Kısıtlama" alt ölçeğine, diğer madde ise "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" ve "Kilo ile İlgili Endişeler" alt ölçeklerine aittir. Üçüncü faktörde ise 4 madde bulunmakta ve bu maddeler orijinal formda "Kısıtlama" alt ölçeğinde bulunmaktadır. Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan üç faktörlü yapının ilkinde genel olarak "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" ve "Kilo ile İlgili Endişeler" alt ölçeklerine dair maddelerin yüklendiği, ikinci faktöre "Yeme ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine dair maddelerin yüklendiği, üçüncü faktöre ise "Kısıtlama" alt ölçeğine dair maddelerin yüklendiği görülmektedir (Peterson v.d.,2007). Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında açımlayıcı faktör analizinde herhangi bir madde analiz dışında kalmamıştır. Bu durum Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarına yalnızca kadın katılımcıları dahil etmeleri ve klinik örneklem üzerinde yürütmüş olmaları ile açıklanabilir. Bu tez çalışması ise geniş bir yaş aralığı ile kadın ve erkek katılımcıların dahil edildiği genel toplum örneklemini üzerinde yürütülmüştür.

Analiz dışında kalan, ölçeğin orijinal formunda "Kısıtlama" alt ölçeğine ait olan beşinci madde ("Son 28 günün kaçında bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?") Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında "Yeme ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ait olan maddelerle bir faktör altında toplanmıştır. Yine bu tez çalışması kapsamında faktör analizinde analiz dışında kalan, ölçeğin orijinal formunda "Beden Şekli ile İlgili Endişeler" alt ölçeğine ait olan 10. madde ("Son 28 günün kaçında kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?"), Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında "Kısıtlama" alt ölçeğine ait olan maddelerle aynı faktör altında toplanmıştır. Bu tez çalışmasında analiz dışında kalan bu iki maddenin Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında analiz dışında kalmasalar da beklenen faktörlerden ziyade başka alt ölçeklere ait maddelerle bir arada toplandıkları dikkati çekmektedir. Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında "Kilo ile İlgili

Endişeler” ve “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeklerine ait maddelerin (8. madde dışında) tek bir faktör altında toplandığı dikkati çekmektedir. Kilo ve beden şekli ile ilgili kendini değerlendirme üzerine aşırı zihinsel meşguliyetle dair olan sekizinci maddenin (“Son 28 günün kaçında bedeninizin şekli ve kilo ile ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara yoğunlaşmanıza çok zorlaştırdığı oldu?”) ise “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine ait maddelerle aynı faktör altında toplanmıştır. Peterson ve arkadaşları (2007) bu bulgunun kilo ve beden şekli ile ilgili kendini değerlendirme ve zihinsel meşguliyetle dair maddelerin kilo ve beden şekli ile ilgili endişelerin diğer yönlerinden bağımsız olduğu şeklinde yorumlanabileceğini ifade etmektedirler. Bu tez çalışmasında da bu maddenin tıpkı Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında olduğu gibi “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine dair maddelerle bir faktör altında toplandığı dikkat çekmektedir. Bu bulgu, bu maddelerin “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeği ile daha ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir (Peterson v.d., 2007). Üç faktörlü yapının dört faktörlü yapıya göre daha uygun olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca Peterson ve arkadaşları (2007) çalışmalarında analiz sonucu ortaya çıkan özdeğerlerin bir ya da iki faktörlü bir yapıya da izin vermediğini ifade etmektedirler.

Üç faktörlü yapının en uygun yapı olduğunu iddia eden bir başka çalışma da Darcy ve arkadaşları tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiştir. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelendiği araştırmalarında 1637 üniversite öğrencisini atletizm ile uğraşanlar (erkek=432, kadın= 544) ve son bir yılda rekabete dayalı herhangi bir spor dalı ile uğraşmamış (erkek=229, kadın=429) kişiler olarak iki gruba ayırmışlardır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda bu dört gruptan kadınların olduğu gruplarda SRMR puanlarının 0.08’in altında kaldığı, erkeklerin olduğu gruplarda ise üstünde olduğu dikkati çekmektedir. RMSEA değerlerinin ise tüm gruplarda iyi uyum iyiliğinin olduğunu gösteren kesme puanı olan 0.06’dan yüksek olduğu bu puanın altında CI değerlerinin bulunmadığı ifade edilmektedir. CFI puanlarının ise karşılaştırma grupundaki kadınların dışındaki gruplarda 0.96’nın üzerinde olduğu bulgulanmıştır. Bu bulgular ışığında hiçbir grubun uyum iyiliği kriterlerine göre iyi uyum göstermediği dört faktörlü modelin tüm gruplar için sorunlu olabileceği ifade edilmiştir. Bu aşamadan sonra verilerin

herhangi bir grupta uyum iyiliği kriterlerini sağlayamaması üzerine açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda erkek katılımcılardan oluşan karşılaştırma grubu dışındaki gruplarda verilere en uygun olan yapının üç faktörlü yapı olduğu görülmektedir. Atletizmle uğraşan erkek katılımcılarda üç faktörlü bir yapının oluştuğu; ilk faktörde ölçeğin orijinal formunda “Kilo ile İlgili Endişeler” ve üç madde dışında “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeklerine dair maddelerin dahil olduğu, oluşan ikinci faktöre ölçeğin orijinal formunda “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine dahil maddeler ile “Kısıtlama” alt ölçeğine ait olan 2. ve 5. Madde dahil olmuştur. Son faktör olan 3. boyuta ise “Kısıtlama” alt ölçeğine ait olan kalan maddeler dahil olmuştur. Atletizmle uğraşan kadın katılımcılarda ise yine ortaya üç faktörlü bir yapının çıktığı dikkati çekmektedir. Bu faktörlerden ilkinde tıpkı erkek katılımcılarda olduğu gibi “Kilo ile İlgili Endişeler” ve üç madde dışında “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeklerine dair maddelerin yüklendiği, ikinci faktöre “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine ait maddeler ile “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeklerine ait olan bir maddenin yüklendiği dikkati çekmektedir. Üçüncü ve son faktör boyutunda ise “Kısıtlama” alt ölçeğine ait 1,3 ve 4. maddeler ile “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine ait bir madde bulunmaktadır. İki faktörlü bir yapının oluştuğu tek grup olan erkek karşılaştırma grubunda ise ilk faktöre “Kilo ile İlgili Endişeler” ile bir madde dışında “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” ve “Kısıtlama” alt ölçeğinin 1 ve 3. maddeleri yüklenmiştir. İkinci faktöre ise “Kısıtlama” alt ölçeğinden 2 ve 5. maddeler ile “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine ait üç madde ile “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeğine ait bir madde yüklenmiştir. Kadın karşılaştırma grubunda ise ortaya yine üç faktörlü bir yapı çıkmıştır. İlk faktöre “Kilo ile İlgili Endişeler” ile “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeğinin bir maddesi dışındaki maddeler yüklenmiştir. İkinci faktöre ise “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeğinin maddeleri ile “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeklerine ait bir madde yüklenmiştir. Son olarak üçüncü faktöre ise “Kısıtlama” alt ölçeğine dair üç madde yüklenmiştir. Tüm gruplar arasında açımlayıcı faktör analizi sonucunda üç faktörlü yapı dışında bir yapının oluştuğu tek grup erkek karşılaştırma grubu olmuştur. Bu grubun verilerinin analizi sonucunda ortaya iki faktörlü bir yapının çıktığı ifade edilmektedir. Diğer gruplardan farklı olarak ölçeğin orijinal formunda “Kısıtlama” alt ölçeğine ait olan maddelerin üçüncü bir faktör oluşturmak

yerine iki faktöre dağıldığı dikkati çekmektedir. Rekabetçi atletizm sporu ile uğraşan erkek katılımcılarla karşılaştırma erkek grubu arasındaki bu faktör yapısı farklılığı akla bazı itemlerin belirginliği ya da işlevinin karşılaştırma grubundaki erkeklerde niteliksel bir farklılık gösterdiğini getirdiği şekilde yorumlanmıştır. Örneğin; erkek karşılaştırma grubunda “Kısıtlama” alt ölçeğine ait (“Son 28 günün kaçında tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?”) itemi atletizmle uğraşan erkeklerde herhangi bir faktöre yüklenmezken, karşılaştırma grubunda birinci faktöre yüklenmiştir. Başka bir örnek olarak ise atletizmle uğraşan erkeklerin beden şekillerini değiştirmek ve kas geliştirmek için diyetlerini manipule etmek için daha fazla baskıya maruz kaldıkların ve sonuçta kaslı bir karına sahip olmak isteyebilecekleri ifade edilmiştir (Darcy, Hardy, Crosby, Lock ve Peebles, 2013).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin faktör yapısı ve yapı geçerliliğinin incelendiği Grilo, Henderson, Bell ve Crosby (2013) tarafından yürütülen 174 (kadın=131, erkek=43) bariatik cerrahi aday obez hastanın dahil edildiği çalışmada da verilerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinalinde mevcut olan dört faktörlü yapıya yetersiz bir uyum gösterdiği ancak alternatif olarak 7 maddeden oluşan 3 faktörlü yapının olduğu bildirilmektedir. Bu üç faktör; “Kısıtlama”, “Beden Şekli ve Kiloyu Aşırı Değerlendirme” ve “Beden Memnuniyetsizliği” olarak adlandırılmıştır. Grilo ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında oluşan yapılardan “Kısıtlama” alt ölçeğine dahil olan maddeler ölçeğin orijinal formundaki 1 (“Son 28 günün kaçında kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız?”), 3 (“Son 28 günün kaçında bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkartmaya çalıştınız?”) ve 4. (“Son 28 günün kaçında bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili belli kurallara uymaya çalıştınız?”) maddelerdir. “Beden Şekli ve Kiloyu Aşırı Değerlendirme” alt ölçeğine ait olan maddeler ise yine ölçeğin orijinal formundaki 22 (Son 28 günde kilonuz kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?) ve 23. (Son 28 günde bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?) maddelerdir. Bu çalışmada ortaya çıkan üçüncü faktör olan “Beden Hoşnutsuzluğu”

alt boyutuna ise ölçeğin orjinal formundaki 25 (Son 28 günde kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?) ve 26. (Son 28 günde bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?) maddeler dahil olmuştur. Grilo ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarındaki “Kısıtlama” alt ölçeğine ait olan maddeler bu tez çalışmasında “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” alt boyutuna, “Beden Şekli ve Kiloyu Aşırı Değerlendirme” ile “Beden Hoşnutsuzluğu” alt boyutuna ait olan maddeler ise bu tez çalışmasında “Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler” alt boyutuna dahil olmuştur. Bu anlamda iki çalışmada da ortaya çıkan faktör yapılarının birbiriyle uyumlu özellikler gösterdiği düşünülmektedir. Çalışmaların örneklem özelliklerinin farklılık göstermesi (bu tez çalışması 18-65 yaş aralığında genel toplum örneklemine dahil 716 katılımcı üzerinde yürütülmüş iken Grilo ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları obezite tanısı almış bariatrik cerrahi operasyonu adayı 174 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiştir) iki çalışma arasındaki en büyük farklılıktır.

Ölçeğin orijinal faktör yapısının dışında dört faktörlü yapıya ek olarak ölçekte Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği yer almaktadır. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği, Fairburn ve Beglin’in (1994) dört faktörlü olarak öngördüğü 22 maddenin dışında tıkınırcasına yemenin sıklık ve şiddetinin değerlendirildiği altı maddelik ayrı bir ölçek olarak Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nde bulunmaktadır. Bu maddeler patolojinin ayrı bir özelliğine işaret ettiği için diğer dört faktörlü yapının maddeleri ile birlikte ele alınmamakta ayrı bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeğine dair literatürde yapılmış bir faktör analizi çalışmasına rastlanmamıştır. Bu çalışmada ise Tıkınırcasına Yeme alt ölçeğine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ölçeğin orijinal haliden farklı olarak toplam varyansın %68’ini açıklayan iki faktörlü bir yapı oluşmuştur. Bu yapılardan ilki “Tıkınırcasına Yeme”, ikincisi ise “Telafi” olarak adlandırılmıştır. Tıkınırcasına yeme ve telafi davranışları yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğunda kendine çeşitli şekillerde yer bulmaktadır. DSM-5’de AN’nin türlerinden biri olarak tanımlanan Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma Türü: “*Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkartma (örn. Kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar*

söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur” olarak tariflenmiştir (Köroğlu, 2013).

Bulimiya nervozada ise tanı kriterlerinden olan tıknırcasına yeme ve telafi davranışları şu şekilde kendine yer bulmuştur: (Köroğlu, 2013).

“A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması.”

DSM-5’te Tıknırcasına yeme davranışının bağımsız bir bozukluk olarak tanımlandığı Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ise aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir :

Tablo 32: DSM-5’e göre Tıknırcasına Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir: 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde yeme. 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması. B. Tıknırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder: 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 sonar kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma. C. Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur. D. Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur. E. Tıknırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
--

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Ölçeğin orijinalinde tek faktörlü olan yapı yukarıda açıklandığı üzere aslında TYB ve telafi davranışları olarak iki ayrı bozukluk/semptomdur. Örneğin TYB tanısının konabilmesi için telafi davranışının bulunmaması gerekmektedir. Bunu ayırtırmak adına bu tez çalışmasında iki faktörlü yapının ortaya çıkmış olması önemli ve literatür ile uyumlu görünen bir bulgudur.

Sonraki aşamada; hem “Tıkınırcasına Yeme” ve “Telafi” olmak üzere ikiye ayrılan iki faktörlü yapı, hem de orijinal ölçekte tek faktör olarak ele alınan ve 6 maddenin toplam puanı ile ölçülen tek faktörlü yapı doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra oluşan doymuş modelde tüm t testleri anlamlı bulunmuştur ($t > 1.96$). İki modelin de uyum iyiliği kriterlerine göre iyi uyum gösterdiği ve birbirine yakın sonuçlar verdiği görülmektedir. Bu durum Tıkınırcasına Yeme alt ölçeğine dair bu çalışmada ortaya çıkan iki faktörlü yapının ölçeğin orijinalindeki tek faktörlü yapıya alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

4.2. İç Tutarlılık Güvenirliği

Bu tez çalışmasında ortaya çıkan faktör yapılarından ilki olan “Beden Şekli ve Kilo İle İlgili Duygu ve Düşünceler” boyutunun iç tutarlılık katsayısı cronbach $\alpha = .92$, “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” alt boyutunun cronbach $\alpha = .85$, “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı cronbach $\alpha = .75$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan güvenirlilik katsayısı ise cronbach $\alpha = .92$ ’tır. Ölçeğin orijinal faktör yapısına ait olan dört boyuttan “Kısıtlama” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .76, “Beden Şekli İle İlgili Endişeler” boyutunun iç tutarlılık katsayısı .89, “Kilo İle İlgili Endişeler” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .79, “Yeme İle İlgili Endişeler” alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı ise .70 olarak bulunmuştur. Genel güvenirlilik katsayısı ise cronbach $\alpha = .93$ olarak bulunmuştur.

Peterson ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılığının ($\alpha = .90$), alt ölçeklerden Kısıtlama ($\alpha = .70$), Yeme ile İlgili Endişeler ($\alpha = .73$), Beden Şekli İle İlgili Endişeler ($\alpha = .83$), Kilo ile İlgili Endişeler ($\alpha = .72$) olarak sunulmaktadır. Bu çalışmadaki iç tutarlılık değerleri ile bizim

çalışmamızdaki orjinal faktörlere ait iç tutarlılık değerlerinin paralel olduğu söylenebilir.

Tıkınırcasına Yeme orijinal toplam puanına ve bu tez çalışması sonucunda ortaya çıkan tıkınırcasına yeme ve telafi alt ölçeklerine ait iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; .72, .84, .54 olarak bulunmuştur. Bu faktör yapılarından sadece telafi boyutuna dair cronbach $\alpha = .54$ olarak bulunmuştur, diğer tüm katsayılar kabul edilebilir düzeydedir. Tıkınırcasına yeme alt ölçeğinin genel güvenilirlik puanı cronbach $\alpha = .72$, tıkınırcasına yeme alt boyutu güvenilirlik puanı cronbach $\alpha = .84$ ve telafi alt boyutu güvenilirlik puanı cronbach $\alpha = .54$ olarak saptanmıştır. Bu cronbach α değerlerinden yola çıkarak telafi alt boyutunun güvenilirlik puanının, tıkınırcasına yeme alt boyutunun güvenilirlik puanından düşük olduğu ve ölçeğin toplam cronbach α puanını, dolayısı ile güvenilirliğini düşürdüğü dikkati çekmektedir. Literatürde tıkınırcasına yeme alt ölçeğinin ya da maddelerinin iç tutarlılık katsayılarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte bu tez çalışmasında ortaya çıkan bu bulguyu destekleyen bir başka çalışma olan Yücel ve arkadaşlarının 2011 yılında genel toplum örneklemine dahil 626 kız 299 erkek ilköğretim ve lise öğrencisi üzerinde YBDÖ'nün psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmalarında "Tıkınırcasına Yeme" ölçeğinin cronbach $\alpha = .63$ ile ölçeğin genel güvenilirlik puanından (cronbach $\alpha = .93$) ve diğer tüm alt ölçek puanlarından (Kısıtlama = .81, Yeme İle İlgili Endişeler = .70, Beden Şekli İle İlgili Endişeler = .86 ve Kilo İle İlgili Endişeler = .78) düşük bulunmuştur. Bu tez çalışmasında telafi alt boyutuna ait maddelerin puanlarında dikkate değer ölçüde "0" olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların olası telafi davranışlarını itiraf etmekten kaçınma eğilimi gösterdikleri anlamına gelebilir ve güvenilirliği etkileyebilir. Yine bu tez çalışmasında örneklemin klinik örneklemden oluşmaması genel toplum örnekleminde yürütülmüş olması da telafi puanlarının düşüklüğü şeklinde kendini göstermiş olabilir. Bu yapıların klinik örneklem üzerinde yeniden incelenmesi yerinde olacaktır. Tıkınırcasına yeme ölçeğinin telafi faktörü hariç iç tutarlılık katsayılarının yüksek olması oluşan yeni modeldeki faktörlerin iç tutarlılığına dair hipotezimizi desteklemektedir.

4.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Yeme Bozukluğu Değerlendirme leği'nin Fairburn ve Beglin (1994) tarafından gerçekleştirilen orijinal form adaptasyon çalışmasında test-tekrar test güvenirliği yer almamaktadır. Bu çalışmada ise bu analizi yapmak mümkün olmuştur. Buna göre Beden şekli ve Kilo İle İlgili Duygu ve Düşünceler, Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı alt testleri ve oluşan yeni YBDÖ toplam puanına ait Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları sırasıyla .78, .61, .66, .80 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bu çalışmadaki orijinal faktör yapılarına göre hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları ise Beden şekli ile İlgili Endişeler= .80, Kısıtlama= .51, Kilo ile İlgili Endişeler= .74, Yeme ile İlgili Endişeler= .73 olarak bulgulanırılmıştır. YBDÖ orijinal toplam puanına dair Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ise .82 olarak bulunmuştur. Tıkınırmasına Yeme orijinal alt leğine dair test-tekrar test güvenirliği sonucunda Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı .46 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ortaya çıkan alt ölçeklerden Tıkınırmasına Yeme faktörüne dair katsayının ise .48 olduğu, Telafi alt leğine ait katsayının ise -.04 olarak bulunmuştur.

Test-tekrar test güvenirliğinde tüm alt ölçeklerde Pearson momentler katsayısının ileri düzeyde anlamlı olduğu yalnızca Telafi alt ölçeğindeki katsayının anlamsız çıktığı saptanmıştır. Bununla birlikte Beden şekli ile İlgili Duygu ve Düşünceler, YBDÖ yeni toplam puanı, ölçeğin orijinal alt leklerinden; Beden şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler, Yeme ile İlgili Endişeler ve YBDÖ toplam puanına dair Pearson momentler katsayısının .80'e yakın olduğu, Kısıtlı Yeme Motivasyonu, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı, Kısıtlama, Tıkınırmasına Yeme toplam, Tıkınırmasına Yeme, Telafi alt boyutlarının ise .70'in altında kaldığı dikkati çekmektedir. Yeni oluşan faktör yapılarından “Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı” ile “İşlevsellik ve Kontrol Kaybı” güvenirlik katsayıları beklenen düzeyi karşılamamıştır. Bununla birlikte özellikle YBDÖ orijinal alt boyutlardan Kısıtlama ile Tıkınırmasına Yeme toplam puan ile yeni oluşan faktör yapılarından Tıkınırmasına

Yeme ve Özellikle Telafi alt boyutlarının test-tekrar test güvenilirliği tereddütle karşılanmalıdır.

Konuyla ilgili çalışmalarında Luce ve Crowther (1999) tarafından yaş ortalaması = 18.5 olan 139 kadın üniversite öğrencisi katılımcıya iki hafta ara ile YBDÖ uygulanmış ve Pearson momentler çarpımı katsayısı hesaplanmıştır. Kısıtlama, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve Yeme ile İlgili Endişeler faktörlerine ait katsayılar sırasıyla .81, .94, .92 ve .87 olarak saptanmıştır. Bu bilgi ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada Tıkınırcasına Yeme alt ölçeğinin kapsadığı bazı davranışsal özelliklerine dair maddelerin de Pearson momentler çarpımı katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre, tıkınırcasına yeme, kendini kusturma, laksatif kullanımı ve diüretik kullanımına dair maddelerin katsayılarının sırasıyla .68, .92, .65, .54 oldukları görülmektedir. Dolayısı ile söz konusu çalışmada tıkınırcasına yeme ve telafi ile ilgili çoğu ölçüm tekrarlı ölçümlerde düşük tutarlılık ortaya koymuştur. Bu ölçek yeme bozukluğuna dair davranışsal belirtileri ölçmektedir, diğer alt ölçekler ise tutumsal belirtileri ölçmektedir. Davranış durumsal faktörlere göre değişkenlik gösterebilirken, tutumları ölçmekte olan diğer yapıların daha tutarlı olmaları beklendik bir durum olmaktadır. Yukarıda detaylıca bahsedildiği üzere, DSM-5'e (Köroğlu, 2013) göre; *“Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur”*. Zaten üç ayda haftada en az bir defa ortaya çıkabilen ve bunun ranjının hastalığın şiddetine göre kişiden kişiye farklılık gösterebildiği gibi bir kişi için de davranışta haftalar arasında bile dalgalanmalar olabilmektedir. Bir diğer nokta bu davranışsal belirtilerin tanımlanmalarındaki farklılığın da tutarsızlığa neden olabilmesidir. YBDÖ bu belirtileri 28 günlük bir zaman dilimi içerisinde değerlendirmektedir. Luce ve Crowther'a göre (1999) bu bulguların toplum örnekleminde görülme sıklığının düşük olmasının bu davranışların hastalığın başlangıcında ya da remisyonda gerçek bir değişim içerisinde olmalarından kaynaklanabilir. Bu çalışmanın yeme bozukluğu tanısı olan örneklem üzerinde gerçekleştirilmesi davranışsal belirtilerde tutarlılık sağlayabilir.

Elder ve Grilo (2006) tarafından genel toplum örnekleminde 77 kadın katılımcıya Yeme Bozukluğu Ölçeği'nin İspanyolca versiyonu uygulanmıştır. 5-14 gün içerisinde yapılan ikinci uygulama sonucunda ölçeğin test-tekrar test güvenirliği değerlendirilmiş ve Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu çalışmaya göre tıknırcasına yeme alt ölçeğine dair tanımlanan objektif ve subjektif bulimik dönemlere dair katsayılar sırasıyla .59 ve .40 olarak saptanmıştır. Diğer alt ölçeklere dair korelasyon katsayıları ise maddelere göre değişmekle birlikte, Kısıtlama alt ölçeği için .81, Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçeği için .71, Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeği için .73 ve Beden Şekli ile İlgili Endişeler için .81 olarak bulgulanmıştır. Toplam puan için ise korelasyon katsayısı .85 olarak bulunmuştur. Tıknırcasına yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklere dair test-tekrar test güvenirliğinin güçlü olduğu ifade edilmektedir (Elder ve Grilo, 2006).

Rose, Vaewsorn, Roselli-Navarra, Wilson ve Weissman'ın (2013) 18-23 yaş aralığında yaş ortalaması = 19 olan 47'si erkek 44'ü kadın katılımcı üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin test-tekrar test güvenirliği analizi sonucunda YBDÖ'nün tutumsal boyutunu oluşturan Kısıtlama, Beden Şekli İle İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler, Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçeklerinin ve YBDÖ toplam puanının 7 günlük test-tekrar testlerinde güçlü ilişkiler ortaya çıkmaktadır. YBDÖ'nün test-tekrar test güvenirliğinde kadın ve erkek üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun tutumsal yönünün değerlendirilmesinde güvenilir ancak özellikle davranışsal belirtilerin (tıknırcasına yeme, beden şekli ve kiloyu kontrol etmek için aşırı düzeyde egzersiz yapma) oluşumunun ve sıklığının değerlendirilmesinde daha az güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir. Rose ve arkadaşları (2013) bu sonucun iki ölçüm arasındaki sürenin kısa olmasından kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların yedi gün içerisinde iki kez aynı belirtileri değerlendirmeleri istenmektedir YBDÖ ölçeğinin maddelerinin son 28 gündeki belirtileri ölçtüğü düşünüldüğünde bazı davranışsal belirtilerin örtüşmesinin bu değişimi doğurabileceği ifade edilmiştir. Diğer yandan yeme bozukluğunun test- tekrar test güvenirliğinin iki değerlendirme arasındaki sürenin uzamasına bağlı olarak düştüğü de ifade edilmektedir (Reas, Grilo ve Masheb, 2006). Ancak iki ölçüm arasındaki sürenin kısa tutulması güvenirliğin

yüksek çıkması açısından tutumsal ve davranışsal belirtilerin değişmesi ihtimalinin düşük olmasından ötürü önemlidir.

Reas, Grilo ve Masheb tarafından (2006) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan 23-59 yaş aralığında %79'u kadın 86 yetişkin üzerinde yürütülen çalışmalarında Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bu çalışmada test-tekrar test güvenilirlik analizinde iki ölçüm arasında süresinin etkisini değerlendirebilmek amacıyla iki grup oluşturulmuştur. Buna göre 28 katılımcıya ilk uygulamadan bir gün sonra ikinci uygulama yapılmıştır. İkinci grupta ise 58 katılımcıya ikinci uygulama 2-14 gün arasında yapılmıştır. Sonrasında bir grup daha oluşturulmuş ve 34 kişiden oluşan bu gruba ise 7-14 gün arasında ikinci uygulama yapılmıştır. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olan hastalarda tıknırcasına yeme atakları (objektif bulimik ataklar yani kontrol kaybı ile birlikte alışılmışın dışında bir miktarda gıda tüketimi) ve yeme bozukluğuna dair belirtilerin değerlendirilmesinde fayda sağlayan bir ölçüm aracı olduğu ancak subjektif yeme ataklarının (az miktarda yiyecek tüketirken subjektif bir kontrol kaybı hissi) tıknırcasına yeme bozukluğu hastalarında yeme bozukluğunun güvenilir göstergeleri olmayabileceği bildirilmiştir. YBDÖ'nün tutumsal boyutunu oluşturan Kısıtlama, Yeme İle İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve Beden Şekli ile İlgili Endişeler alt ölçeklerinin ise test-tekrar test güvenilirliklerinin .66 ile .77 arasında değiştiği ve kabul edilebilir bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada Reas ve arkadaşları (2006) kendi sonuçları ile klinik olmayan örneklemelerin sonuçlarını kıyasladıklarında OBE'lerin kendi çalışmalarında daha yüksek bulunmasını kendi örneklemelerinin klinik gruptan oluşmasına bağlamışlardır.

Öte yandan bu tez çalışmasında tıknırcasına yeme orijinal alt ölçeğine dair test-tekrar test güvenilirliği sonucunda Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı .46 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ortaya çıkan alt ölçeklerden tıknırcasına yeme faktörüne dair katsayının ise .48 olduğu, telafi alt ölçeğine ait katsayının ise -.04 olduğu saptanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğinde tıknırcasına yeme orijinal alt boyutu ile bu çalışmada ortaya çıkan alt boyutlardan tıknırcasına yeme faktörünün Pearson momentler katsayısının ileri düzeyde anlamlı olduğu

yalnızca telafi alt ölçeğindeki katsayının anlamsız çıktığı saptanmıştır. Tıkınırcasına yeme alt ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliğinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, ülkemizde Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından Yeme Bozukluğu Ölçeği'nin genel toplum örneklemine dahil ergenler üzerinde güvenilirliği ve geçerliğinin incelendiği çalışmada, tıkınırcasına yeme alt ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliğine ait katsayının .43 olarak saptandığı, en düşük pearson momentler katsayısının tıkınırcasına yeme alt ölçeğine ait olduğu bildirilmiştir. Toplum örneklemini üzerinde yürütülen bir diğer çalışmada ise Luce ve Crowther (1999) 139 üniversite öğrencisini dahil ederek Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirliğini incelemişlerdir. Bu araştırmada tıkınırcasına yeme alt ölçeğine ait maddelerin test-tekrar test analizlerinde, yeme bozukluklarının davranışsal özelliklerinin değerlendirildiği bu maddelerin, ölçeğin diğer alt ölçeklerinin aksine daha az stabil olma eğilimi gösterdikleri bildirilmiştir. Tıkınırcasına yeme davranışını değerlendiren itemin pearson momentler katsayısı .68 iken, kendini kusturma davranışını değerlendiren iteminki .92, laksatif kullanımının sorgulandığı itemin ise .65 olarak bulunmuştur. Bozukluğun tutumsal yönlerini değerlendiren alt ölçekler olan kısıtlama alt ölçeğinin pearson momentler çarpımı katsayısı .81 iken, beden şekli ile ilgili endişeler boyutunun .94, kilo ile ilgili endişeler boyutunun katsayısının .92 ve son olarak yeme ile ilgili endişeler boyutuna ait pearson momentler çarpımı katsayısının .87 olarak ifade edildiği görülmektedir. İki uygulama arasında iki hafta olmasına karşın kişilerde yeme bozukluğuna dair davranışsal belirtilerin tutumsal belirtilere kıyasla değişkenlik gösterdiği ifade edilmiştir. Rose ve arkadaşları (2013) tarafından 91 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliğinin incelendiği çalışmalarında yeme bozukluklarının tutumsal ve algısal boyutlarının değerlendirildiği alt ölçeklere kıyasla davranışsal belirtilerin ortaya çıkışı ve sıklığının test- tekrar test güvenilirliğinin düşük olduğu bildirilmişlerdir. Bu durum yeme bozukluklarının tutumsal ve algısal boyutlarının davranışsal boyutlarına kıyasla zaman içerisinde tutarlılığının sürdüğüne işaret etmektedir. Reas, Grilo ve Masheb (2006) tarafından 23-59 yaşları arasında 86 tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olan kişi üzerinde yürütülen çalışmada yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin tıkınırcasına yeme alt boyutuna ait olan 15. maddeye karşılık gelen objektif

bulimik atakların (subjektif kontrol kaybı duygusu ile alışılmadık derecede büyük miktarlarda yiyecek tüketmeye karşılık gelen aşırı yeme) test- tekrar test güvenirlik katsayısının .84 ile güçlü bulunduğu, 14. maddeye karşılık gelen subjektif bulimik atakların (büyük kabul edilmeyen bir miktar yiyecek tüketiminde subjektif bir kontrol kaybı duygusunun ortaya çıkması) test- tekrar test güvenirliğinin zayıf olduğu (.51), 13. maddeye karşılık gelen objektif aşırı yeme ataklarının (subjektif bir kontrol kaybı duygusu olmaksızın alışılmadık derecede büyük miktarlarda yiyecek tüketimi) test- tekrar test güvenirliğinin ise .39 ile kabul edilemez olarak bulgulandığı ifade edilmektedir. Yeme bozukluklarının algısal ve tutumsal boyutlarının değerlendirildiği alt ölçeklerde ise test- tekrar test güvenirliğinin kısıtlama alt boyutu için .77, beden şekli ile ilgili endişeler alt boyutu için .66, kilo ile ilgili endişeler için .71, yeme ile ilgili endişeler için ise .72 olarak bulgulandığı ifade edilmiştir. Bu bulgular çalışmanın yürütüldüğü klinik örneklemin tıknırcasına yeme davranışının yüksek sıklık ve ileri düzeyde anlamlılığının yansıması olarak ortaya çıkmıştır. Klinik örnekleme genel toplum örneklemine kıyasla objektif bulimik atakların daha stabil olma eğilimi gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu durum klinik örneklemin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı almış gruptan oluşması ve bu bozukluğun çekirdek belirtilerinden olan kontrol kaybı ile birlikte alışılmışın üzerinde yiyecek tüketimini halihazırda gösteriyor olması ile açıklanabilir. Bu bulgular ışığında yeme bozukluğunun davranışsal belirtilerinin genel toplum örnekleminde klinik örnekleme kıyasla zaman içerisinde değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Ek olarak bu tez çalışmasında da yukarıda bulgulandığı üzere yeme bozukluğunun davranışsal belirtilerini içeren “Tıknırcasına Yeme” alt ölçeğinin test-tekrar analizinde bulunan pearson momentler katsayısının bozukluğun algısal ve tutumsal yönlerini değerlendiren diğer alt ölçeklerine kıyasla düşük çıktığı görülmektedir. Bu çalışmada ortaya çıkan faktör boyutlarından “Telafi” boyutunun katsayısı ise (-.36) hem diğerlerinden düşük olduğu hem de anlamsız olduğu bulunmuştur. İki uygulama arasında davranışsal belirtiler arasında en büyük değişiklik bu boyuttaki itemlerde olmuştur. Ölçeğin orijinal çalışmasında test-tekrar test güvenirliğinin incelenmediği görülmektedir. Bu durum bu tez çalışmasını güçlü bir yönü olarak öne çıkarmaktadır. Bu bulguların literatür ile uyumlu olduğu dikkati çekmektedir.

Yukarıdaki farklı örneklerde yürütülen tüm çalışmalarda örneklem özellikleri farklılaşmasına rağmen, hepsinde de tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışlar gibi bozulmuş yeme davranışlarının zamana karşı tutarlılığının düşük olduğu gözlenmekte ve bu durum bozulmuş yeme davranışlarının daha sık aralıklarla değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Diğer Ölçeklerle İlişkileri

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu ile ilişkilerinin de incelendiği çalışmamızda; ortaya çıkan üç faktörlü yeni modeldeki toplam puan ve alt ölçeklerin de ölçeğin orijinal faktör yapısındaki dört alt ölçeğin ve toplam puanının da bu değişkenlerle anlamlı ilişkiler içerisinde olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada ortaya çıkan; Beden Şekli ile İlgili Duygu ve Düşünceler, Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı alt ölçeklerinin puanları ile YBDÖ yeni toplam puanı arttıkça benlik saygısı puanlarının düştüğü görülmektedir. Benzer şekilde YBDÖ'nün orijinal alt ölçeklerinden Kısıtlama, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler, Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçek puanları ve YBDÖ toplam puanı arttıkça benlik saygısı puanı azalmaktadır. Tıknırcasına Yeme alt ölçeği toplam puanının ve bu çalışmada oluşan Tıknırcasına Yeme alt ölçeğinin de puanları arttıkça benlik saygısı puanları düşmektedir. Öte yandan yeni oluşan alt ölçeklerden Telafi boyutunun ise benlik saygısı değişkeni ile anlamlı ilişkiler göstermediği dikkati çekmektedir. Korelasyonların güçleri de değerlendirildiğinde benlik saygısı ile en güçlü ilişkilerin YBDÖ'nün bu çalışmada ortaya çıkan altboyutlardan “Beden Şekli ile İlgili Duygu ve Düşünceler” ($r = -.26$) faktörü iken ölçeğin orijinal altboyutlarından ise “Yeme ile İlgili Endişeler” ($r = -.25$) olarak görülmektedir. Tüm bu sonuçlar YBDÖ ile benlik saygısı değişkeni arasındaki ilişkiye dayalı hipotezimizin doğrulandığını göstermektedir. Yalnızca telafi alt ölçeği puanları ile benlik saygısı puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Dunkley ve Grilo (2007) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan yaş ortalaması=43 olan ve %76'sı kadın katılımcılardan oluşan 236 hasta üzerinde yürüttükleri çalışmalarında TYB tanısı almış hastalarda özeleştirme ile beden şekli ve kilonun aşırı değerlendirilmesi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamışlardır. Katılımcılar öz eleştirme, özsaygı, depresif belirtiler ve beden şeklinin ve ağırlıklarının aşırı değerlendirilmesini içeren bir dizi ölçek bataryası doldurmuştur. Öz eleştirme ve özsaygı değişkenlerinin ölçümü için Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinin “Kendini Değerlendirme” ve “Kendini Kabul Etme” isimli alt ölçekleri kullanılmıştır. Beden şeklinin aşırı değerlendirilmesini ölçmek için YBDÖ'nin 26. maddesini (Son 28 günde bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?), kilonun aşırı değerlendirilmesini ölçmek için ise YBDÖ ölçeğinin 25. maddesini (Son 28 günde kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?) kullanmışlardır. Dunkley ve Grilo (2007) çalışmalarında; kendini eleştirme davranışı ile beden şekli ve kiloyu aşırı değerlendirmenin kısmen de olsa düşük benlik saygısı ve depresif belirtilerle açıklanabildiğini bildirmişlerdir. Brechan ve Kvaalem (2015) beden memnuniyetsizliği ile yeme patolojileri arasındaki ilişkide benlik saygısı ve depresyonun aracı rolünü inceledikleri çalışmalarında yeme bozukluklarında temel faktörlerin benlik saygısı ve depresyon olduğunu beden memnuniyetsizliğinin etkisinin dolaylı olduğunu ifade etmişlerdir. Peck ve Lightsey'in (2008) ise yaş ortalaması 20.7 olan 261 üniversite öğrencisi kadını dahil ettikleri çalışmalarında yeme bozukluğu sürecinde benlik saygısının azalıp azalmadığı, mükemmeliyetçiliğin ve dolayısı ile yeme bozukluğu belirtilerinin artış gösterip göstermediği ve bu ilişkilerin yeme bozukluğunun sürmesine olası etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Katılımcılar, Yeme Bozukluğu Tanısı Ölçeği (QEDD) ile 31'i yeme bozukluğu olan grup, 95'i semptomatik grup ve 135'i asemptomatik olarak üç gruba ayrılmışlardır. Benlik saygısı değişkeni Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile ölçülürken, mükemmeliyetçilik ise Çokboyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (MPS) ve Yeme Bozukluğu Envanteri-2'nin Mükemmeliyetçilik alt ölçeği tercih edilmiştir. Peck ve Lightsey (2008) çalışmalarında yeme bozukluğunun sürekliliğinin yerleşmesinin artmış mükemmeliyetçilik ($r = .43$) ve düşük benlik saygısı ($r = -.57$) ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak benlik saygısının en düşük olduğu grup yeme bozukluğu tanısı alan grup iken, asemptomatik grubun benlik saygısı ise en yüksek

bulunmuştur. Bardone ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve kendini kilolu algılamanın bulimik belirtiler için risk faktörü olduğu bulgulanmıştır. Shisslak, Crago, McKnight, Estes, Gray ve Parnaby (1998) gözden geçirmelerinde ise bir dizi kesitsel çalışmada benlik saygısı ile yeme bozuklukları arasında ilişkinin bulunduğu, bu iki değişken arasında nedensel bir ilişkinin ise ancak boylamsal çalışmalarla ortaya konulabileceği ifade edilmiştir. Öte yandan Brechan ve Kvaalem (2015) detayları yukarıda sunulan aynı çalışmalarında telafi edici davranışların ortaya çıkışında beden imgesinin yanı sıra düşük benlik saygısının da etkisine işaret etmişlerdir. Oysa bu tez çalışmasında oluşan YBDÖ yeni faktörlerinin aksine YBDÖ tıknırcasına yeme boyutunun telafi faktörü benlik saygısı ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Brechan ve Kvealem'in (2015) çalışmasında telafi edici davranışlar her biri kusma, laksatif-diüretik kullanımı ve şiddetli egzersiz davranışı ile ilişkili bir maddenin ortalamasının alınması ile ölçülmüştür. Bu durum bu tez çalışmasındaki ölçüm şekliyle paralellik göstermektedir. Bu tez çalışmasında da telafi davranışları yeni oluşan telafi alt ölçeğine dahil 16, 17 ve 18. maddeler ile ölçülmüştür. Ancak Brechan ve Kvealem'in (2015) çalışmalarında örneklem Norveç'te bir üniversitede öğrenim gören %65'i kadın olan 320 öğrenciden oluşmaktadır. Ayrıca yine aynı çalışmada benlik saygısı değişkeni Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile ölçülmüştür. Bu tez çalışmasına ise 18-65 yaş aralığında 715 kişi dahil edilmiştir, örneklem %52'si kadınlardan oluşmaktadır ve çalışmaya katılanların yaş ortalaması = 37'dir. Ayrıca bu tez çalışmasında benlik saygısı değişkeni Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ile ölçülmüştür. Öte yandan bu tez çalışmasında klinik değil toplum örnekleme ile çalışılmış olup, bu alt ölçekten sıfır puan alanlar da söz konusudur. Bu sonucun nedeni katılımcılar arasında telafi davranışlarının olmayışı olabileceği gibi, toplum örnekleminde telafi edici (yani bozulmuş) yeme davranışları gösteriliyor olsa dahi bunu ifade etme oranları klinik örnekleme göre daha düşük olabilir. Nitekim tüm bu özelliklerden ötürü, daha önce de değinildiği gibi YBDÖ-yeni, TY boyutunun alt faktörü olarak ilk defa bu çalışmada elde edilen telafi ölçeğinin cronbach alfa güvenirlik katsayısı da düşük çıkmıştır. Bu faktör de anlamlı ilişkiler yakalama olanağını engellemiş olabilir. İleride aynı üç maddelik ölçeğin benlik saygısı ile ilişkisi klinik örnekleme de incelenebilir. Ayrıca toplum örnekleminde tekrar bu 3 maddelik telafi ölçeği

kullanılacak olduğunda yanında kendini olduğundan iyi gösterme eğilimini kontrol etmeyi amaçlayan “Sosyal İstenirlik Ölçeği” (Stöber, 2001) gibi bir ölçüm de kullanılabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında yeme patolojileri açısından en önemli değişkenlerden birinin benlik saygısı olduğu vurgulanmakta olup, telafi davranışları hariç YBDÖ puanları arttıkça benlik saygısının düşeceği hipotezimizin doğrulandığı ve literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

YBDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu puanları arasında da ilgili hipotezimizde belirtildiği gibi anlamlı ilişkiler söz konusudur. Katılımcılarda gerek bu çalışmada ortaya çıkan faktör yapılarına ait puanlar gerekse orijinal faktör yapılarına ait puanlar arttıkça beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu puanları da artış göstermektedir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği puanları açısından ise yalnızca bu çalışmada ortaya koyulan Telafi alt ölçeği ile yalnızca beden memnuniyetsizliği arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($r = .19$). Kadın katılımcılarda Telafi puanları arttıkça beden memnuniyetsizliğinin arttığı görülmektedir. Bu alt boyut dışında ise Tıkınırcasına Yeme toplam puan ve bizim çalışmamızda ortaya çıkmış olan Tıkınırcasına Yeme alt boyutu ile ne beden memnuniyetsizliği puanları ne de beden imgesi bozukluğu arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Korelasyonların güçleri de değerlendirildiğinde beden memnuniyetsizliği ile en güçlü ilişkilerin YBDÖ’nün bu çalışmada ortaya çıkan “YBDÖ-Yeni Toplam Puanı” ($r = .33$) iken ölçeğin orijinal altboyutlarından ise “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” ($r = .40$) olarak gözükmektedir. Beden imgesi bozukluğu ile en güçlü ilişkilerin YBDÖ’nün bu çalışmada ortaya çıkan alt boyutlarından “Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler” ($r = .47$) iken ölçeğin orijinal altboyutlarından ise “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” ($r = .45$) olarak gözükmektedir.

Grilo ve Masheb (2005) tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda beden memnuniyetsizliği ilişkisini inceledikleri çalışmalarında 21-65 yaş aralığında yaş ortalaması= 44 olan 76 erkek ve 267 kadın tıkınırcasına yeme bozukluğu hastasında BKİ, çocuklukta fazla kilolu olma ile alay edilme başlama yaşı, çocukluk çağında

genel görünümle alay edilme, depresyon, benlik saygısı değişkenleri prediktör olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Grilo ve Masheb (2005) beden memnuniyetsizliğini Beden Şekli Ölçeği (BSQ) ile, tıknırcasına yeme belirtilerini Yeme ve Kilo ile İlgili Patern Ölçeği'nin gözden geçirilmiş versiyonu ile, depresyon belirtilerini Beck Depresyon Ölçeği ile, benlik saygısı düzeyini Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile değerlendirmişlerdir. Grilo ve Masheb'in (2005) çalışmalarında tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda ve erkeklerde beden memnuniyetsizliği ile depresyon ve benlik saygısı arasında ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Yetişkinlerde psikolojik işlevselliğin önemine vurgu yapılırken, depresyon şiddeti ve düşük benlik saygısının tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan kişilerde beden memnuniyetsizliğini öngörmeyi sağladığı bildirilmiştir. Yine Goldschmidt ve arkadaşlarının (2010) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan 18- 40 yaş aralığında yaş ortalaması =30.6 olan 160 kadın ve herhangi bir yeme bozukluğu tanısı olmayan toplum örneğine dahil 108 psikiyatrik kontrol grubunu oluşturan kadın üzerinde yürüttükleri çalışmalarında tıknırcasına yeme bozukluğunda beden şekli ve kiloyu aşırı değerlendirmeyi roc analizi ile eşik ve eşik altı olarak iki gruba ayırmışlardır. Bu değişkenler YBDÖ ile değerlendirilmiştir. Eşik puana sahip olup beden şeklini ve kilosunu aşırı değerlendirme eğilimi gösteren katılımcıların eşik altında değerlendirme eğilimi gösterenlere göre daha zayıf psikososyal işleyiş gösterdikleri bildirilmektedir. Bu çalışmada psikososyal işlevsellik Sosyal İstenirlik Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu grubun diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla %67.7 oranında tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alacakları öngörülmektedir. Ayrıca yine bu çalışmada YBDÖ ile değerlendirilen beden şekli ve kilonun aşırı değerlendirilmesinin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının konulmasında belirleyici olduğu iddia edilmiştir. Ahrberg, Trojca, Nasrawi, Vocks (2011) beden imgesinin bilişsel-afektif, davranışsal ve algısal yönlerinin incelendiği bir gözden geçirmede tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin beden imgesinin değerlendirilmesinde kişinin kendi bedenine yönelik tutum ve duygularını içeren bilişsel-afektif bileşenlerinden beden şekli ve kilo ile ilgili endişelerinin TYB'si olmayan obezite hastalarına kıyasla daha yoğun olduğu ifade edilmiştir. Kişinin kendi bedeni ile ilgili zihinsel tasarımı anlamına gelen beden imgesinin algısal yönü değerlendirildiğinde ise TYB'si olan ve olmayan kişilerin kendi beden boyutlarının algılanması açısından

herhangi bir fark gösterdiklerine dair kanıt bulunmadığı bildirilmiştir. Beden imgesinin bilişsel-afektif boyutuna yönelik birçok çalışma mevcutken, sık sık tartılarak vücut kontrolü, kişinin bazı vücut bölgelerine dokunması ve beden bölgelerinin çevresini ölçmesi gibi davranış paternlerini içeren davranışsal boyutuna dair çalışmalar eksik kalmıştır. Bu gözden geçirmede literatürde TYB'si olan kişilerin vücut kontrolü ve kaçınma gösterdiklerine dair ilk kanıtların bulunduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak Ahrberg ve arkadaşları (2011) bu çalışmada beden imgesi bozukluğunun tıknırcasına yeme bozukluğunun bir belirtisi gibi görülebileceğini ifade etmişlerdir.

Beden imgesi bozukluğunun tutumsal ve algısal yönlerinin incelendiği çalışmalarında Waldman ve arkadaşları (2013) 30 anoreksiya nervoza tanısı almış kadın hasta ile bu grup ile mukayese etmek üzere sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 31 kişiyi çalışmalarına dahil etmişlerdir. Beden imgesinin tutumsal boyutunun değerlendirmesini “Beden Algısının Silüetleri Ölçeği” ile beden imgesinin davranışsal boyutunu “Beden İmgesi Kaçınma Ölçeği” ile yeme bozukluğu belirtilerini YBDÖ ile mükemmeliyetçilik değişkenini “Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği” ile beden imgesinin algısal boyutunu ise “Ayarlanabilir Işık Demeti Aparatı” ve “Açı Paradigması Görevi” ile yapmışlardır. Katılımcıların vücut ölçülerinin kendileri tarafından değerlendirilmesi görevi “Ayarlanabilir Işık Demeti Aparatı” ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda öngörüldüğü üzere anoreksiya nervoza tanısı almış hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek beden memnuniyetsizliği puanları aldıklarını, mükemmeliyetçilik ve beden imgesi bozukluğunun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. AN’de beden imgesi bozukluğunun bilişsel-afektif özellikler ve mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada AN grubunda YBDÖ’nün alt ölçeklerinden “Beden Şekli ile İlgili Endişeler”in vücut ölçülerini olduğundan fazla değerlendirme ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ifade edilmiştir ($r = .61$). Benzer şekilde yine AN grubunda YBDÖ’nün alt ölçeklerinden “Kilo ile İlgili Endişeler” alt ölçeği ile kişinin vücut ölçüsünü olduğundan fazla değerlendirmesi ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir ($r = .56$) (Waldman, Loomes, Mountford ve Tchanturia, 2013).

4.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin BKİ ile İlişkisi

Bu çalışmada elde edilen YBDÖ yeni toplam puanı, alt ölçek puan ortalamaları ile YBDÖ Orijinal Alt Ölçek puan ortalamaları ve toplam puanı ile BKİ ilişkisi incelendiğinde kişilerin BKİ'leri arttıkça YBDÖ yeni ve orijinal alt ölçek puanlarının da arttığı görülmektedir. Ancak tıknırcasına yeme toplam, tıknırcasına yeme ve telafi alt ölçekleri ile BKİ arasında anlamlı ilişkiler saptanamamıştır. Korelasyon güçleri değerlendirildiğinde; BKİ ile en güçlü ilişkilerin bu tez çalışmasında elde edilen YBDÖ yeni toplam puanı ile olduğu bulunmuştur ($r = .35$). Ölçeğin orijinal formundan ise BKİ ile en güçlü ilişkinin “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” ($r = .39$) alt ölçeği ile olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar ayrıca beden kitle indekslerine göre “Zayıf, Normal, Fazla Kilolu ve Obez” olarak gruplanmış ve YBDÖ puanlarına göre karşılaştırılmışlardır. Beden Kitle İndeksine göre obez olduğu görülen katılımcıların puan ortalamalarının tüm YBDÖ alt ölçek ve toplam puanlarında diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır. Yalnızca tıknırcasına yeme toplam, tıknırcasına yeme ve telafi alt ölçek puanlarında en yüksek ortalamalar obez gruplara ait olsa da puanların gruplar arasında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir.

Ro, Reas ve Rosenvinge (2012) toplum örnekleminde random olarak seçilmiş 16-50 yaş aralığında 3000 kadın katılımcının dahil edildiği çalışmalarında yaş ve BKİ'nin katılımcıların YBDÖ puanları üzerinde etkisi incelenmiştir. Katılımcılar yaşlarına (16-20, 21-30, 31-40 ve 41-50) ve BKİ'lerine göre dört gruba ayrılmışlardır (Zayıf, Normal Kilolu, Kilolu ve Obez). Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 1.27 olarak saptanmıştır ve YBDÖ puanlarının yaşla birlikte anlamlı olarak azalırken, BKİ ile birlikte ise anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Beden şekli ve kilo ile ilgili aşırı endişelerin kilolu ve obez bireylerde YBDÖ toplam puanını beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçekleri için önerilen klinik kesme puanı %30-40 üzerinde arttırıyor görüldüğü ifade edilmiştir. Obez katılımcıların normal kiloya sahip katılımcıların yaklaşık iki katı YBDÖ toplam skora sahip oldukları bildirilmiştir.

Yine bu çalışmada $BKI \geq 30$ olan obez bireylerin normal kilodaki katılımcıların üç katı oranında düzenli tıknırcasına yeme nöbetlerinin olduğu bildirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda yukarıda da bahsedildiği üzere tıknırcasına yeme alt ölçek puanları açısından her ne kadar BKI arttıkça TY puanları artsa da, anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öte yandan bizim bulgularımızı destekler biçimde Lavender ve arkadaşlarının (2010) ABD’de 404 üniversite erkek öğrencisini dahil ettikleri YBDÖ’nün normatif bulgularının incelendiği çalışmalarında katılımcıların BKI’leri ile YBDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı arasında pozitif ilişkiler ortaya konmuştur. Ancak yine bu çalışmada YBDÖ’nün Tıknırcasına Yeme alt ölçeği ile BKI arasında ilişkilere dair bir bulgu verilmemiştir.

Özetle, ilgili literatür değerlendirildiğinde YBDÖ puanları arttıkça BKI’de de artışın söz konusu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte tıknırcasına yeme davranışları açısından ise bu ilişki TY’nin ölçüm şekli, hangi ölçüm araçları ile değerlendirildiği gibi faktörlere göre değişkenlik gösteriyor olabilir.

4.6. Ayırt Edici Geçerlik

Çalışmanın bu aşamasında Kadınlar İçin Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)’nin Beden Memnuniyetsizliği değişkeni açısından gruplar oluşturacağı varsayılmıştır. Bu hipotezimiz doğrultusunda ortaya “Şişman Olmak İsteyen, Kilosundan Memnun ve Zayıf Olmak İsteyen” olarak üç grup çıktığı görülmüştür. YBDÖ yeni faktör yapısı ve yeni toplam puanı ile orijinal alt ölçekler ve toplam puanlarının tümünün zayıf olmak isteyenlerde anlamlı derecede yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu veriler ışığında hipotezimizin doğrulandığı dikkati çekmektedir. Öte yandan tıknırcasına toplam puan, tıknırcasına yeme ve telafi alt ölçek puan ortalamalarının ise söz konusu üç beden memnuniyetsizliği kategorileri açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

Kadınlar İçin Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ-K)’nin puanlarının Beden İmgesi Bozukluğu açısından yine üç kategoriye ayrıldığı ve bazı alt ölçek dışındakilerde anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bu kategoriler “Kendini Olduğundan Zayıf Algılayan, Beden Görünümünü Olduğu gibi Algılayan,

Kendini Olduğundan Şişman Algılayan” olarak farklılaşmıştır. Bu çalışmada ortaya koyduğumuz Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Endişeler ve YBDÖ yeni toplam puan ortalamaları kendisini olduğundan şişman olarak algılayanlarda yüksek bulunmuştur. YBDÖ’nin orijinal versiyonunun alt ölçeklerinden Yeme ile İlgili Endişeler, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve toplam puan ortalamaları da bu gruplardan kendisini olduğundan şişman olarak algılayanlarda yüksek bulunmuştur. Yalnızca Telafi alt ölçeğinde kendisini olduğu gibi algılayanlarda puan ortalaması diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı, Kısıtlama, Tıkınırcasına Yeme ve Tıkınırcasına Yeme alt ölçek toplam puan ortalamaları bu gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Annis, Cash ve Hrabosky (2004) 18-81 yaş aralığında yaş ortalaması= 30.4 olan 65’i genel toplum örneklemine dahil 100’ü ise üniversite öğrencisi olan bir grup kadın katılımcıyı dahil ettikleri çalışmalarında kişilerin BKİ’lerini hesaplayarak 18.5 ve 24.9 aralığında olanları normal ağırlıkta, 25-29.9 aralığındakileri kilolu ve 30’un üzerindeki ise obez olarak sınıflandırmışlardır. Bu çalışmada beden imgesinin tutumsal boyutu “Çok Boyutlu Beden-Kişi İlişkileri Ölçeği” (MBSRQ) ile kişinin beden imgesine dair olumsuz duygularını “Durumsal Beden İmgesi Disforisi Ölçeği” (SIBID) ile, kişilerin işlevsel olmayan beden imgesi yatırımlarını “Görünüm Şemaları Envanteri” (ASI) ve tıkınırcasına yeme ile ilgili duygu, biliş, davranışsal uğraşları ise “Tıkınırcasına Yeme Ölçeği” (BES) ile değerlendirmişlerdir. Annis, Cash ve Hrabosky (2004) bu çalışmalarında; hiç kilolu olmamış, önceden kilolu olan ve halihazırda kilolu olan üç grubu karşılaştırmışlardır. Hiç kilolu olmamış kadınlara göre şu an kilolu olanların daha fazla tıkınırcasına yeme gibi beden memnuniyetsizliği/sıkıntısı, kilo ile ilgili aşırı meşguliyet ve işlevsel olmayan görünüm yatırımı olduğu bulunmuştur.

Furnham, Badmin ve Sneade (2002) tarafından beden hoşnutsuzluğu, yeme tutumu, benlik saygısı ve egzersiz yapmaya yönelik motivasyon nedenleri gibi değişkenlerin cinsiyete dair farklılıklarını inceledikleri çalışmalarında, 16-18 yaş aralığında 235 ergen katılımcıya yeme ile ilgili tutum ve inanışlarını değerlendirmek

üzere Yeme Tutumu Testi, benlik saygısı değişkenini değerlendirmek üzere Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini ve beden hoşnutsuzluğu değişkenini değerlendirmek üzere ise Beden Çizimi Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Furnham, Badmin ve Sneade (2002) yürüttükleri çalışmalarında erkeklerin zayıf olmak gibi kilolu olmayı da isteyebildiği kızların ise az bir kısmının kilolu olmayı istediğini bildirmektedirler. Erkeklerin mevcut ve ideal beden biçimleri arasındaki fark anlamlı bulunmazken yani fark çok küçük iken kız öğrencilerin mevcut ve ideal beden şekiller arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Bir diğer ifade ile erkek öğrencilerin beden hoşnutsuzluğu bulunmazken kız öğrencilerin beden hoşnutsuzluğu yaşadıkları bulunmuştur. Yine bu çalışmada benlik saygısı değişkeninin beden hoşnutsuzluğunun nedeni olabileceği bildirilmiştir. Her ne kadar bu bulgular bu tez çalışmasında elde edilenlerle uyumlu olsa da, söz konusu çalışmada örneklemin tez çalışmamızda yer alan katılımcılardan farklı olarak ergenlerden oluştuğunun altı çizilmelidir.

Stice ve Shaw (2002) tarafından yapılan yeme bozukluklarının başlangıç ve tedavi sürecinde beden memnuniyetsizliğinin rolünün incelendiği bir gözden geçirmede; beden memnuniyetsizliğinin varsayılan köken ve sonuçlarına dair teorik ve deneysel bulgular gözden geçirilmiştir. İlgili prospektif ve deneysel çalışmaların belirlenebilmesi için bilgisayar destekli literatür taraması yapılmıştır. Yeme bozukluklarında beden memnuniyetsizliğinin teorik açıklamasına göre, özellikle batı toplumlarında kadının ince olmasının özendirilmesine dair sosyokültürel baskılar kişileri kendi bedenlerinden memnuniyetsiz olmaya ve bu nedenle de diyet davranışına yönelmeye zorlamaktadır. Bu durum da beden ile ilgili süregelen bir memnuniyetsizlik ve diyet davranışı ile birlikte yeme patolojilerine neden olabilmektedir. Kişiler bedenlerinden memnun olmama hali ile kilolarını da kontrol etmiş olmaktadır. Diyet yapma davranışının olası başka bir sonucu ise kalori kısıtlamasının bir noktada kişide tıknırcasına yemeye neden olabilmesidir. Uzun süre açlık çeken kişi diyetini bozup birden fazla öğünde tüketeceği gıdayı tüketebilmektedir. Tıknırcasına yeme davranışının ortaya çıkmasının bir diğer nedeni de beden memnuniyetsizliğinin ortaya çıkardığı olumsuz duygulanımlardır. Kişiler tıknırcasına yiyerek bu olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktadırlar.

Konu ile ilgili deneysel çalışmalara göre ise ilk olarak, ince olmaya yönelik baskıların artması ortaya beden memnuniyetsizliğini çıkarabilmektedir. Ayrıca medya yoluyla ince olmaları nedeniyle ideal kabul edilen görüntülere maruz kalma da beden memnuniyetsizliğini arttırmaktadır. Bu faktörlere ek olarak kişinin ince bir bedene sahip olmayı ideal olarak kabul edip içselleştirmesi ya da BKİ'sinde artış olması beden memnuniyetsizliği için risk faktörleri olarak bulunmuştur. Ayrıca yine deneysel çalışmalarda artan beden memnuniyetsizliğinin sonucu olarak ortaya artan diyet davranışı ve sonuçta da ortaya çıkan yeme patolojileri özellikle bulimiya nervoza olabileceği bildirilmiştir (Stice ve Shaw, 2002).

Tüm bu bulgular ışığında özellikle BN'de değerlendirme ve tedaviye yönelik müdahalelerde beden imgesi bozukluklarına odaklanılmasına dikkat edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Tüm bunlarla birlikte söz konusu derlemede her ne kadar beden imgesi beden memnuniyetsizliği üzerinden işlemselleştirilmiş olsa da, memnuniyetsizlik arttıca diyet davranışlarının da artmasına dair tartışma çalışmamızda telafi davranışlarının kendini olduğu gibi algılayanlarda en yüksek çıktığı BN zellikleri açısından ele alınabilir. BN zellikleri gösteren vakalarda da kendini olduğu gibi algılayanların oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (Ergüney Okumuş, 2013).

Beden imgesi ve beden memnuniyetsizliğinin yıllar içerisindeki değermezliğinin incelendiği çalışmalarında Rozin, Trachtenberg ve Cohen (2001) Amerikada'da bir üniversitede okuyan erken döneme ait (1983-1984 yılları arasında çalışmaya katılan) 191 erkek ve 200 kadın katılımcı ile, yeni oluşturulan örnekleme (1995, 1996, 1998 yıllarında çalışmaya dahil olan) 173 erkek ve 300 kadın bireyde beden imgesi değerkeni Stunkard, Sorenson ve Schlusinger'in (1983) alışmalarından alınarak kullanılan figürleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerden kendilerinin bulundukları andaki ve ideallerindeki figürleri göstermeleri istenmiştir. Rozin, Trachtenberg ve Cohen (2001) alışmalarında kadınlara göre erkeklerde mevcut ve ideal beden şekilleri arasında fark az bulunmuşsa da, her iki grupta da beden memnuniyetsizliği düzeylerinin aynı olduğu bildirilmiştir.

4.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

YBDÖ puanları ile yaş ilişkisi incelendiğinde, yaş arttıkça tıknırcasına yeme ve tıknırcasına yeme toplam puanının arttığı diğer alt ölçek puanlarıyla yaş arasında anlamlı ilişkiler oluşmadığı görülmektedir. YBDÖ puanları ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde ise tıknırcasına yeme toplam puanı, tıknırcasına yeme ve telafi alt ölçek puanları dışındaki tüm alt ölçek ve toplam puanlarda kadınların anlamlı olarak erkeklerden yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu bulgulanmıştır. Bu tez çalışmasına dahil edilmemiş olmakla birlikte Hilbert, Zwaan ve Braehler (2012) Almanya'da 14-95 yaş aralığında (14-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-95) 1166 erkek, 1354 kadın katılımcıyla yürüttükleri çalışmalarında 65 yaş ve üstündeki katılımcılarda tutumsal belirtilere ait alt ölçek puanlarının ve YBDÖ toplam puanının artış gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgunun yaşlanma ile birlikte oluşan olumsuz beden imgesi ya da ek psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.

Yine aynı çalışmada yaş ile yeme bozukluğunun davranışsal belirtileri arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir. Hilbert, Zwaan ve Braehler çalışmalarında (2012) kadın katılımcıların yeme bozukluğu skorlarının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın aksine Reagan ve Hersch (2005) tarafından genel toplum örnekleminde bulunan 18-97 yaş aralığında 573 kadın ve 360 erkek katılımcının dahil edilerek yürütülen çalışmada tıknırcasına yeme sıklığının gerek kadınlarda gerekse erkeklerde yaş ile birlikte azalma gösterdiği bildirilmiştir. Hilbert, Zwaan ve Braehler'in (2012) çalışmalarında yeme bozukluğunun davranışsal belirtileri ile yaş arasında bir ilişki bulunmamış, Reagan ve Hersch'in (2005) çalışmasında ise yaşla birlikte tıknırcasına yeme sıklığının azaldığı bildirilmiş, bu tez çalışmasında bu iki çalışmadan farklı olarak yeme bozukluğunun davranışsal boyutları ile yaş arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sonuçlar arasındaki bu farklılık yaş ve YBDÖ arasındaki ilişkiye dayalı çalışmaların gerekliliğine işaret etmektedir.

YBDÖ puan ortalamaları ile medeni durum ilişkisi incelendiğinde medeni duruma göre "Diğer" olan katılımcıların puan ortalamalarının Beden Şekli ile İlgili

Duygu ve Düşünceler, YBDÖ yeni toplam puanı, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve YBDÖ toplam puanlarının “Bekar” ve “Evli” olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Diğer alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu eşini kaybetmiş ya da eşinden ayrılmış olmanın bekar ya da evli olmaya göre yeme tutumlarını etkileyecek düzeyde bir stresör olabileceğini düşündürmektedir. Reagen ve Hersch’in (2005) 18-97 yaş aralığında 573 kadın ve 360 erkek katılımcıyı dahil ettikleri kesitsel çalışmalarında ise kadınlarda evli olmanın tıknırcasına yeme sıklığını arttırdığı ifade edilmiştir.

YBDÖ puan ortalamaları ile iş durumu değişkeninin ilişkileri incelendiğinde Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeği puan ortalamalarının çalışmıyor olanlarda, öğrenci, çalışan ve emeklilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Tıknırcasına yeme alt ölçeği puan ortalamaları ise öğrencilerde diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tıknırcasına yeme toplam puanı ise yine öğrencilerde diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Bu veriler ışığında çalışmıyor olmanın kişinin kilosu ile ilgili endişelerini arttıracak düzeyde stres faktörü olabileceğini, öğrencilerin ise yaşam koşulları ya da akademik başarıya dayalı performans baskısı ile birlikte yeme örüntülerinin bozulabileceği tıknırcasına yeme ataklarının daha sık görülebileceğini düşündürmektedir. YBDÖ puan ortalamalarının kilo alma korkusu olanlarda kilo alma korkusu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu da saptanmıştır. Bu bulgu kişinin zihinsel olarak kilo almakla ilgili endişelere dair düşüncelerle uğraşısının bir sonucu olarak yeme bozukluğunun tutumsal ve davranışsal yönüne dair belirtiler ortaya koyabileceğini düşündürmektedir. Muhtemeldir ki kişiler kilo alma ile ilgili korkularından kaynaklanan kaygıları neticesinde sağlıklı bir beslenme örüntüsü sürdürememektedirler. Stice ve Shaw’ın (2002) çalışmalarında da belirtildiği gibi olumsuz duygulanım ile özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu arasında ilişkiler mevcuttur. Dolayısı ise kişilerin strese bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz duygulanımlar ile tıknırcasına yeme davranışı ile baş edebildikleri düşünülebilir.

YBDÖ puan ortalamalarının psikiyatrik özgeçmişle ilişkisi incelendiğinde Beden Şekli ile İlgili Duygu ve Düşünceler, İşlevsellik ve Kontrol Kaybı, YBDÖ yeni toplam puanı, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler, Yeme ile İlgili Endişeler, YBDÖ toplam puanı ile Tıkınırcasına yeme toplam puanı ve tıkınırcasına yeme alt boyutu puan ortalamaları psikiyatrik özgeçmiş olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Kısıtlı Yeme Motivasyonu, Kısıtlama ve Telafi alt ölçekleri ile psikiyatrik özgeçmiş arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu yeme bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi ile açıklanabilir.

YBDÖ puan ortalamaları ile kronik hastalık tanısı arasındaki ilişki incelendiğinde Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler, Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, YBDÖ yeni toplam puanı, Beden Şekli ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler, YBDÖ orijinal toplam puanı ve Telafi alt ölçeği puan ortalamaları kronik hastalık tanısı olan kişilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. YBDÖ puan ortalamaları ile ilaç tüketimi ilişkisine dair analizlerde Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler, Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı, YBDÖ yeni toplam puanı, Beden Şekli ile İlgili Endişeler ve YBDÖ Yeni toplam puan ortalamalarının ilaç tüketimi olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu diğer alt ölçeklerde ise herhangi bir anlamlı farklılık görülmediği dikkat çekmektedir. Webb, Applegate ve Grant (2011) Tip 2 Diabet ile tıkınırcasına yeme bozukluğunun ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, obezite cerrahisi ameliyatı olacak olan 406'sı kadın 488 obez hastada yeme bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi için Yeme ve Kilo ile İlgili Örüntüler Ölçeği'nin (QEWPR) gözden geçirilmiş versiyonu ile Tıkınırcasına Yeme Ölçeği (BES) uygulanmıştır. Katılımcıların %8.2'sinde hem Tip 2 diabet hem de tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu kişide tıkınırcasına yeme bozukluğunun olmasının ya da obezite tanısının olmasının yaşam tarzına bağlı olarak geliştiği bilinen Tip 2 diabet için risk faktörü olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Dolayısı ile bizim bulgumuzu da destekler biçimde kendisi de kronikleşme eğiliminde olan yeme bozukluklarının özellikle tıbbi sonuçları nedeni ile başka kronik hastalıklara da sebep olabileceği düşünülebilir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak kişilerin tüketmek zorunda kalacakları ilaçları olabilir. Bir diğer bakış açısı ile de özellikle genetik temelli olduğu bilinen Tip 1 diabet tanısı olan

kişilerin kan şekerlerindeki dalgalanmaya bağlı olarak karbonhidrat tüketmeye meyilli olabilecekleri ve bu durumun da bir yeme bozukluğuna dönüşebileceği şeklinde de yorumlanabilir.

4.8. Cinsiyet ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Yaş Kategorilerine Göre YBDÖ Orijinal ve Türkçe Versiyonlarına Ait Norm Değerleri

Bu çalışmanın sonuçlarına göre Tıkınırcasına Yeme toplam ve alt test puanları hariç tüm ölçek puanları için cinsiyet ana etkisi yüksek düzeyde anlamlı çıkmıştır ($p < .001$). Kadınların puanları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir. Buna göre Tıkınırcasına Yeme toplam puanı en yüksek olanlar 18-25, en düşük olanlar ise 46-65 yaş grubunda olanlardır. Hem TY Toplam hem de alt boyut puanlarının 46-65 yaş arasındaki kadın ve erkeklerde birbirine benzer olduğu; 26-45 yaş grubunda kadınların puanlarının erkeklerinkinden daha yüksek seyrettiği gözlenirken; diğer yaş kategorilerinden farklı olarak 18-25 yaş grubunda ise erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından önemli ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan, kadınlarda en yüksek tıkınırcasına yeme toplam ve alt boyut puanları 26-45 yaş grubunda gözlenip diğer yaş gruplarının puanları birbirine çok benzer seyrederken; erkeklerde ise yaş azaldıkça tıkınırcasına yeme toplam ve alt boyut puanlarının belirgin bir biçimde arttığı dikkati çekmektedir.

Quick ve Byrd-Bredbenner (2013) tarafından Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Amerika'da 18-26 yaş aralığında %63'ü kadın 2.448 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen norm çalışmasında; kadın katılımcıların tüm alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca kadınların uygunsuz telafi edici davranışları erkeklerle göre daha sık kullanmaya eğilimli olduğu saptanmıştır. Klinik olarak anlamlı derecede yüksek kısıtlama, kilo ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve yeme ile ilgili endişeler puanları olan kadınların oranları sırasıyla; %5.4, %13, %18.6 ve %2'dir. Bu oranlar erkeklerde ise %3, %2, %6 ve %0.3 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma yalnızca 18-26 yaş aralığındaki kişilerden oluşmaktadır ve üniversite öğrencileri

üzerinde yürütülmüştür. Bu tez çalışması ise 18-65 yaş aralığında yaş ortalaması 36.7 olan hem TÜİK (2013) kategorilerine hem de Dünya Sağlık Örgütü Kategorilerine (WHO, 2018) göre oluşturulmuş oldukça çeşitli yaş grupları üzerinde yürütülmüştür. Quick ve Byrd-Bredbenner'in (2013) aksine bizim çalışmamızda aynı yaş grubuna denk düşen üniversite çağındaki (18-25) grupta tıknırcasına yeme toplam ve yeni oluşan alt boyut puan ortalamaları erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçta üniversite öğrencisi erkek birey olmanın cinsiyet rollerine dair kültürel farklılıkların etkisinin olabileceği düşünülebilir. Literatürde “Beliren Yetişkinlik” kavramı ile açıklanan kişilerin 18-25 yaş aralığına denk düşen özellikle endüstrileşmiş ülkelerde ergenlikten çıkmaya çalışan ancak yetişkin bir birey olmanın sorumlulukları ile de yüzleşmekten kaçınan bireyler olabildiğine işaret edilmektedir (Arnett, 2000). Dolayısı ile bu yaş grubuna dahil olan erkeklerin olası yeni sorumlulukları ile baş edemeyerek üniversite öğrencisi olarak belki ailesinden uzakta, kendi yemeğini pişiremediği için sağlıklı yeme örüntüleri ve tıknırcasına yeme eğilimi içerisinde olabileceği düşünülebilir.

Lavender, De Young ve Anderson (2009) 18-26 yaş aralığında 404 erkek üniversite öğrencisi üzerinde yürüttükleri çalışmalarında erkek üniversite öğrencilerinin %25'inin bir ay içerisinde en az 8 saat boyunca objektif tıknırcasına yeme nöbetlerinin olduğu ya da yeme ve kilo ile ilgili endişelerinden ötürü kendilerini yiyeceksiz bırakma amacıyla olduklarını ortaya koymuşlardır. Erkeklerin %30'undan fazlasının ısrarlı ve kompulsif biçimde egzersiz yapmaya olumlu baktığı buna karşın telafi oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir. Lavender, De Young ve Anderson (2009) çalışmalarına kadın katılımcı dahil etmemiş olsalar da çalışma sonuçlarını literatürde kadın üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmalarla kıyaslayarak yorumlamışlardır. Örneğin bu çalışmada ortaya çıkan objektif tıknırcasına yeme oranlarını literatürdeki kadınlar üzerinde yürütülen norm çalışmaları ile kıyaslanabilir bulsalar da erkeklerde Yeme ile İlgili Endişeler puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı şekilde egzersiz davranışı ve kısıtlama düzeyleri kadınlarla karşılaştırılabilir olsa da kendi çalışmalarında erkeklerde Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçek puanlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumun TY'nin kadınlara göre

erkeklerde daha az sıkıntı veren bir durum olabildiğine bağlamışlardır. Erkeklerin bu davranışı kadınlarla benzer oranlarda sergilemeler bile bu davranışlarla ilgili endişelerinin kadınlardan daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca kısıtlama ve aşırı düzeyde egzersiz yapma davranışını sonuçlarına dair endişelerinin düşük olmasından yola çıkarak erkeklerin beden imajı idealleri ile ilgili olabileceğini ifade etmişlerdir. Yani tıknırcasına yeme davranışı vücudunu geliştirmek isteyen erkekler için sıkıntı veren bir durum olmayabilir. Telafi davranışı vücudunu geliştirmek isteyen erkekler için kadınlardan farklı olarak zarar verici olarak algılanabilir ve bu durumda aşırı düzeyde egzersiz yapma durumu bir telafi davranışı olmayacaktır. Ancak bu çalışmanın eksikliği de karşılaştırma grubu olarak kadınların olmayışıdır. Yani her ne kadar erkeklerde diğer çalışmalara oranla daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme davranışları bulgulanmış olsa da bu bulgunun erkek cinsiyetinde olmaktan mı yoksa araştırmada kullanılan ölçümlerden mi kaynaklandığı, çalışmada kadınlar yer almadığı için net değildir.

Mond ve arkadaşları (2005) tarafından Avustralya’da 18-42 yaş aralığında (18-22, 23-27, 28-32, 33-37, 38-42) kadın katılımcılar üzerinde yürütülen norm data çalışmasında Kısıtlama, Yeme ile İlgili Endişeler, Kilo ile İlgili Endişeler ve Beden Şekli İle İlgili Endişeler ortalama puanları sırasıyla, 1.3, 0.76, 1.79, 2.23 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında bu alt ölçeklere ait puan ortalamaları ise sırasıyla 1.2, 0.8, 1.5, 2.2 olarak bulunmuştur. Objektif ve subjektif aşırı yeme döngülerinin görülme oranları sırasıyla %10.6 ve %12.7 olarak bildirilirken, kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanımı davranışlarının görülme sıklığı ise %1.4, %1 ve %0.3 olarak bildirilmiştir. Ek olarak katılımcıların %2.2’sinin düzenli olarak diyet hapları kullandığı görülmektedir. “Aşırı Yiyecek Kısıtlaması” ve “Aşırı Egzersiz Davranışı” ise sırasıyla %3.4 ve %4.9 oranlarında saptanmıştır. Yeme bozukluğu psikopatolojisinin tutumsal ve davranışsal özelliklerinin yaşla birlikte azalmaya meyilli olduğu ifade edilmiştir (Mond, Hay, Rodgers ve Owen, 2006). Bu tez çalışmasında ise yaşla birlikte yalnızca tıknırcasına yeme toplam ve yeni oluşan tıknırcasına yeme alt boyutunun yani davranışsal özelliklerinin azalmaya meyilli olduğu görülmektedir. 18-22 yaş grubunda haftada üç yada daha fazla kez en az 8 saat süren yiyecek kısıtlaması diğer gruplara göre daha yaygın bulunmuştur. Bu

davranışı bildiren ve boy-kilo bilgisini veren 18-22 yaş grubundaki 49 katılımcıdan 10'unda beden kitle indeksi 20 veya daha az olarak tespit edilmiş, 12'sinin ise BMI'si 25 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışması kapsamında bu incelenmemiştir ama ileriki çalışmalarda buna da bakılabilir. Mond ve arkadaşlarının (2006) bu çalışmasında da sadece kadınlar mevcuttur, oysa bizim çalışmamız erkekleri de içermesi açısından ayrıca ele aldığı geniş ranjdaki yaş grupları açısından önemli sayılabilir.

Luce, Crowther ve Pole'un (2008) çalışmalarında ise ABD'de yaşayan 18-25 yaş aralığında 723 kadın üniversite öğrencisinin YBDÖ toplam puanlarının ve Kısıtlama ile Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçek puanlarının Mond ve arkadaşlarının (2005) çalışmasındaki sonuçlardan anlamlı derecede yüksek çıktığı bildirilmiştir. Bu çalışmada, telafi edici kilo kontrol stratejilerinden düzenli egzersizin dışında (%5.9); yine düzenli olarak diyet kısıtlaması (%8.4), kendini kusturma davranışı (%4) ile laksatif (%3.1) ve diüretik (%3.6) kullanımları da bildirilmiştir. Luce, Crowther ve Pole (2008) çalışmalarında her ne kadar tek bir yaş aralığında oldukça yüksek bir katılımcıyla gerçekleştirilmiş olsa da örneklemin yalnızca tek bir yaş dönümü ve kadınlardan oluştuğu dikkati çekmektedir. Reas, Overas ve Ro (2012) Norveç'te yaşları 15 ile 30 arasında değişmekte olan (yaş ortalaması = 19.7) 250 erkek 282 kadın lise ve üniversite öğrencisini dahil ederek yürüttükleri çalışmalarında, normal kilolu klinik belirtiler göstermeyen erkeklerin YBDÖ genel puan ortalamaları 0.44 iken, alt ölçek puan ortalamaları ise yeme ile ilgili endişeler 0.15 ile beden şekli ile ilgili endişeler 0.70 arasında değişmektedir. Bu ortalamaların aynı yaş grubundaki kadın öğrencilere göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Bu tez çalışmasına örnekleme 18 yaş altı katılımcı dahil edilmemiştir bununla birlikte YBDÖ'nün ülkemizde ergenler üzerinde Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında tüm alt ölçek puanlarının kız öğrencilerde erkeklere göre yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yukarıda bahsi geçen çalışmalar ya tek bir cinsiyette ya ranji daha dar bir yaş grubunda katılımcıları içermekte iken bizim çalışmamıza benzeyen şekilde geniş yaş aralığında kadın ve erkek katılımcıları içeren bir norm çalışması ise Hilbert, Zwaan ve Braehler (2012) tarafından Almanya'da 14-95 yaş aralığında (14-24, 25-34, 35-

44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-95) 1166 erkek, 1354 kadın katılımcıyla yürütülmüş ve YBDÖ'nün normatif verileri belirlenmiştir. Yeme bozukluğu belirtilerinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu psikopatolojisinin 65 yaş ve üstünde her iki cinsiyette de gerileme eğilimi gösterdiği erkeklerde 55-64 yaşları arasında belirtilerin tepe noktasına ulaştığı görülmektedir. Kadınların %5.9'u, erkeklerin ise %1.5'i yeme bozukluğu olduğunu ifade etmiştir. Yeme bozukluğu sıklığının kadınlarda yaşla birlikte azaldığı saptanmıştır ve yeme bozukluğu görülme sıklığı obezlerde normal kilolulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yeme bozukluğunun davranışsal belirtilerinin düzenli olarak görülmesinin yaş ve cinsiyete göre bir değişiklik göstermediği ifade edilmiştir. YBDÖ toplam ortalama puanı 2.30'a göre değerlendirildiğinde kadınların (%5.9) erkeklere (%1.5) göre yaklaşık 4 katı oranla yeme bozukluğu gösterdiği bildirilmiştir. Yine tüm katılımcılarda BKİ arttıkça yeme bozukluğu oluşma ihtimali de artmaktadır. Ölçeğin alt ölçeklerinin cronbach alfa puanları ise kadın ve erkeklerde sırasıyla; Kısıtlama için .84/.80, Yeme İle İlgili Endişeler alt ölçeği için .81/.70, Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeği için .80/.72, Beden Şekli ile İlgili Endişeler alt ölçeği için .90/.86 ve YBDÖ toplam puanı için ise .94/.91 olarak bulunmuştur. YBDÖ toplam puan ve tüm alt ölçek puanlarına ait cronbach alfa değerlerinin kadın katılımcılarda daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Yine Hilbert, Zwaan ve Braehler'in (2012) çalışmalarında yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya üç faktörlü bir yapının çıktığı bildirilmiştir. Buna göre ilk faktöre; beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeğine ait 5, Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeğine ait 3 ve Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçeğine ait 1 madde bir araya gelmiştir. İkinci faktöre ise; Kısıtlama alt ölçeğine ait 3, Beden Şekli ile İlgili Endişeler alt ölçeğine ait 2 ve Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeğine ait 1 madde bir araya gelmiştir. Üçüncü faktör yapısına ise; Yeme ile İlgili Endişeler alt ölçeğine ait 4 madde, Kısıtlama alt ölçeğine ait 2 madde ve Beden Şekli/Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçeklerine ait bir madde bir araya gelmiştir. İlk faktör negatif beden imgesinin kognitif ve tutumsal yönlerine odaklanan maddelerden oluşurken, ikinci faktör yapısı diyet kısıtlamasına dair davranışsal ve motivasyonel maddelere odaklanmaktaydı. Üçüncü faktörde ise yeme patolojilerinin kognitif belirtilerine odaklanan maddeler bir araya gelmiştir.

Hilbert, Zwaan ve Braehler'in (2012) çalışmalarında kadın katılımcıların yeme bozukluğu skorlarının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Fakat her iki cinsiyette de 65 yaş ve üstü kişilerde YBDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının artış gösterdiği bildirilmektedir. Bu sonucu yaşlı kadınlarda bulunan olumsuz beden imajının yaşlı erkeklerde de bulunduğu şeklinde yorumlamışlardır. Ayrıca yeme bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla paralel şekilde yaşla birlikte artış gösterdiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca erkeklerde 55-64 yaş aralığında obezite oranının artışı ile birlikte Kilo, Beden Şekli ile İlgili Endişeler ve YBDÖ toplam puan ortalamalarında artışı dikkate değer olduğu vurgulanmıştır. Yeme bozukluğunun davranışsal belirtilerinin ise artık erkeklerde de kadın katılımcılar kadar yüksek olduğu ifade edilmiştir. Davranışsal belirtiler açısından karşılaştırıldığında yalnızca laksatif kullanımı ve aşırı diyet yapma davranışı arasında farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Literatürde yaş ve davranışsal belirtilerin görülme sıklığı ilişkisine yönelik farklı sonuçların mevcut olduğu bunun ölçme araçlarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği bildirilmiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada ortaya çıkan kadınların erkeklere göre yeme bozukluğu belirtilerini görme sıklığının fazla olduğu bulgusunun literatürle uyumlu olduğu düşünülebilir.

Çalışmanın bir takım sınırlılıkları da mevcuttur. Bu tez çalışmasının genel toplum örneklemini üzerinde yürütülmüş olması kısıtlılık sayılabilir. Aynı çalışmanın klinik örneklem üzerinde yenilenmesi sonuçların genellenebilmesi açısından gelecek çalışmalar için önerilmektedir. Ek olarak bu tez çalışması yalnızca İstanbul ilinde yaşayan katılımcılar üzerinde yürütülmüştür. Ülkemizde farklı şehirlerde yaşayan kişileri de dahil ederek yürütülecek çok merkezli çalışmalar yapılması örneklemin temsilini güçlendireceği için önerilmektedir.

SONUÇ

Bu tez çalışmasında Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun toplum örnekleminde yetişkinler üzerinde geçerlik, güvenirlik ve norm çalışması gerçekleştirilmiştir. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan üç faktörlü model ve alanyazındaki bulgular dikkate alındığında Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin orijinalindeki dört boyutlu yapıya alternatif olan ağırlıklı olarak üç boyutlu yapıların oluştuğu görülmektedir. Bu durum dört faktörlü yapının gözden geçirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu durum hem dört faktörlü orijinal yapının gözden geçirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir, hem de 3 faktörlü ve orijinal dört faktörlü yapılardan hangisinin yeme patolojileri ve bu patolojilerle ilişkili faktörler açısından daha işlevsel olduğunun incelenmesine olanak tanıyarak yeme bozukluğunun kökenlerine ve sonuçlarına dair farklı açıklamalar da yapma şansını verebilir.

Bu tez çalışması 18-65 yaş aralığında genel toplum örneklemine ait 716 kişi (370 kadın, 346 erkek) dahil edilerek yürütülmüştür. Kadın ve erkek katılımcıların TÜİK (2013) İstanbul ili verileri göz önünde bulundurularak yaş aralıklarını göre sayıları belirlenmiştir. Dolayısı ile örneklemin İstanbul ili için temsili ve bu kadar geniş bir yaş ranjı çalışmanın güçlü yönlerindendir. Bu tez çalışması ile birlikte YBDÖ'nün ülkemizde yetişkinler üzerinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur. Ayrıca yine bu tez çalışması ile birlikte YBDÖ'nün yetişkinler üzerinde genel toplum örnekleminde normatif verileri de ortaya konmuştur. Yeme bozukluklarının, benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu, BKİ gibi çeşitli değişkenlerle güçlü ilişkiler içerisinde olduğu ve hastalığın değerlendirilmesi ve tedavi sürecinin planlanmasında bu değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- ABRAHAM, S.F., MIRA, M., LLEWELLYN-JONES, D. : 1983 "Bulimia: A Study of Outcome", **International Journal of Eating Disorders**, 4/2, 175-180.
- AGRAS, W.S. : 2001 "The Consequences And Costs Of The Eating Disorders", **The Psychiatric Clinics Of North America**, 24/2, 371-379.
- AHRBERG, M., TROJCA, D., NASRAWI, N., VOCKS, S. : 2011 "Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review", **European Eating Disorders Review**, 19, 375-81.
- ALTABE, M., THOMPSON, K. : 1996 "Body Image: A Cognitive Self-Schema Construct", **Cognitive Therapy and Research**, 20/2, 171-193.
- ANDERSON, D.A., LAVENDER, J.M., DE YOUNG.: 2010 "The Assessment Process: Refining the Clinical Evaluation of Patients with Eating Disorders", **Treatment of Eating Disorders: Bridging the Gap Between Research and Practice**, New York, Elsevier, p.71-87.
- ANNIS, N.M., CASH, T.F., HRABOSKY, J.I.: 2004 "Body Image and Psychosocial Differences Among Stable Average Weight, Currently Overweight, and Formerly Overweight Women: The Role of Stigmatizing Experiences", **Body Image**, 1, 155-67.
- ARNETT, J.J.: 2000 "Emerging Adulthood : A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties", **American Psychologist**, 55/5, 469-80.

- AWAD, G.A.,
VORUGANTI, L.N. : 2004 "Body Weight, Image and Self-Esteem Evaluation Questionnaire: Development and Validation of a New Scale", **Schizophrenia Research**, 70, 63-7.
- BARDONE, A.M., VOHS, K.D., ABRAMSON, L.Y., HEATHERTON, T.F., JOINER, T.E. : 2000 "The Confluence of Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Low Self-Esteem Predicts Bulimic Symptoms: Clinical Implications", **Behavior Therapy**, 31, 265-280.
- BEATO-FERNANDEZ, L., RODRÍGUEZ-CANO, T., BELMONTE-LLARIO, A., MARTINEZ-DELGADO, C. : 2004 "Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents. A Spanish Community-Based Longitudinal Study", **European Child & Adolescent Psychiatry**, 13/5, 287-94.
- BECKER, A.E., BURWELL, R.A., NAVARA, K., GILMAN S.E. : 2003 "Binge Eating and Binge Eating Disorder in a Small-Scale, Indigeneous Society: The View from Fiji", **The International Journal of Eating Disorders**, 34/4, 423-31.
- BELL, R.M. : 1985 "Recognition and Treatment", **Holy Anorexia**, The University of Chicago Press, Chicago, p.1-21.
- BELL, R.M. : 1985 "I, Catherine", **Holy Anorexia**, The University of Chicago Press, Chicago, p. 22-53.
- BEMPORAD, J.R. : 1996 "Self-Starvation Through the Ages: Reflections on the Pre-History of Anorexia Nervosa", **International Journal of Eating Disorders**, 19/3, 217-237.
- BEMPORAD, J.R. : 1997 "Cultural And Historical Aspects Of Eating Disorders", **Theoretical Medicine**, 18, 401-420.

- BEUMONT, P.J.V. : 2002 “Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa”, **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**, Ed. Fairburn C. and Brownell K., New York, Guilford Press, p.162-170.
- BRECHAN, I., KVALEM, I.K. : 2015 “Relationship between Body Dissatisfaction and Disordered Eating: Mediating Role of Self- Esteem and Depression”, **Eating Behaviors**, 17, 49-58.
- BRUCH, H.: 1962 “Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa”, **Psychosomatic Medicine**, 24/2, 187-94.
- BRUCH, H.: 1973 “Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, And The Person Within”, Basic Books, New York.
- BULIK, C.M., SULLIVAN, P.F., KENDLER, K.S. : 1998 “Heritability of Binge-Eating and Broadly Defined Bulimia Nervosa”, **Biological Psychiatry**, 44/12, 1210-18.
- BUTTON, E.J., SONUGA-BARKE, E.J., DAVIES, J., THOMPSON, M. : 1996 “A Prospective Study of Self-Esteem in the Prediction of Eating Problems in Adolescent Schoolgirls: Questionnaire Findings”, **The British Journal of Clinical Psychology**, 35/2, 193-203.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş: 2007 Çok Değişkenli İstatistikler, **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**, Sekizinci Baskı, Ankara, Pegem A. Yayıncılık, s.123-143.
- CASELL, D.K.; GLEAVES, D.H. : 2006 A History of Obesity and Eating Disorders, **Obesity and Eating Disorders**, New York, Facts on File, 17-8.

- COLLES, S.L, DIXON, C.B, O'BRIEN P.E. :2008 "Loss of Control Is Central to Psychological Disturbance Associated With Binge Eating Disorder", **Obesity**, 16, 608-14.
- COLLINGS, S., KING, M. : 1994 "Ten-Year Follow-Up of 50 Patients with Bulimia Nervosa", **The British Journal of Psychiatry**, 164/1, 80-87.
- COOPER, Z., FAIRBURN, C.G. :1987 "The Eating Disorder Examination: A Semi-Structured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 6/1, 1-8.
- COOPERSMITH, S. : 1967 **The Antecedents of Self-Esteem**, Freeman Press, San Francisco.
- COUTURIER, J, LOCK, J. : 2006 "What is Remission in Adolescent Anorexia Nervosa? A Review of Various Conceptualizations and Quantitative Analysis", **International Journal of Eating Disorders**, 39/3, 175-183.
- CRICHTON, P. : 1996 "Were the Roman Emperors Claudius and Vitellius Bulimic?", **International Journal of Eating Disorders**, 19/2, 203-7.
- CROW, S.J., STEWART AGRAS, W., HALMI, K., MITCHELL J.E., KRAEMER H.C. : 2002 "Full Syndromal Versus Subthreshold Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Multicenter Study", **International Journal of Eating Disorders**, 32/3, 309-18.
- CROW, S.J., PETERSON, C.B., SWANSON, S.A., "Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders", **American Journal of**

- RAYMOND, N.C., **Psychiatry**, 166/12, 1342-6.
SPECKER, S., ECKERT,
E.D., MITCHELL, J.E.: 2009
- CROWTHER, J.H., “Assessment”, **Handbook of Treatment For**
SHERWOOD, N.E.: 1997 **Eating Disorders**, Ed. Garner D.M. and Garfinkel
P.E., New York, Guilford Press, 34-49.
- ÇORAPÇIOĞLU, A., **DSM-IV Eksen I Bozuklukları için**
AYDEMİR, Ö., YILDIZ, M., **Yapılandırılmış Klinik Görüşme**, Hekimler Yayın
ESEN, A., KÖROĞLU, E. : Birliği, Ankara.
1999
- DARCY, A.M, HARDY, “Factor structure of the Eating Disorder
K.K, CROSBY, R.D, LOCK, Examination Questionnaire (EDE-Q) in male and
J., PEEBLES, R. : 2013 female college athletes”, **Body Image**, 10, 399-405.
- DERENNE, J.L., BERESİN, “Body Image, Media, and Eating Disorders”,
E.V. : 2006 **Academic Psychiatry**, 30/3, 257-261.
- DERENNE, J.L., BAKER, “Clinical Ratings Scales and Assessment in Eating
J.W., DELINSKY, S.S., Disorders”, **Clinical Rating Scales and**
BECKER, A.E. : 2010 **Assessment in Psychiatry and Mental Health**,
Ed. Baer, L. and Blais, M.A., Boston, Humana
Press, p.145-74.
- DUNKLEY, D.M., GRILO, “Self-Criticism, Low Self-Esteem, Depressive
C.M. : 2007 Symptoms, and Over-Evaluation of Shape and
Weight in Binge Eating Disorder Patients”,
Behaviour Research and Therapy, 45, 139-49.
- EAPEN, V., MABROUK, “Disordered Eating Attitudes and Symptomatology
A.A., BIN-OTHMAN, S. : Among Adolescent Girls in the United Arab
2005 Emirates”, **Eating Behaviors**, 7, 53-60.

- ECKERT, E.D., HALMI, K.A., MARCHI, P., GROVE, W., CROSBY, R. : 1995. "Ten-Year Follow-Up of Anorexia Nervosa: Clinical Course and Outcome", **Psychological Medicine**, 25/1, 143-156.
- ELDER, K.A., GRÍLO, C.M. : 2007 "The Spanish Language Version of the Eating Disorders Examination Questionnaire: Comparison with the Spanish Language Version of the Eating Disorder Examination and Test-Retest Reliability", **Behaviour Research and Therapy**, 45, 1369-77.
- ERGÜNEY, E. : 2012 "Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.
- FAIRBURN, C.G.: 1981 "A Cognitive Behavioural Approach To The Treatment of Bulimia", **Psychological Medicine**, 11/4, 707-711.
- FAIRBURN, C.G., BEGLIN, S.J. : 1990 "Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa", **The American Journal of Psychiatry**, 147/4, 401-408.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z. : 1993 "The Eating Disorder Examination", **Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment**, Ed. Fairburn C. and Wilson G.T., New York, Guilford Press, p.317-360.
- FAIRBURN, C.G., BEGLIN, S.J. : 1994 "Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire?", **International Journal of Eating Disorders**, 16/4, 363-370.
- FAIRBURN, C.G., "A cognitive behavioural theory of anorexia

- COOPER, Z. : 1998
nervosa”, **Behaviour Research and Therapy**, 37, 1-13.
- FAIRBURN, C.G., DOLL, H.A., WELCH, S.L., HAY, P.J., DAVIES, B.A., O’CONNOR, M.E.: 1998
“Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study”, **Archives of General Psychiatry**, 55/5, 425-32.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., DOLL, H.A., NORMAN, P., O’CONNOR, M. :2000
“The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women”, **Archives of General Psychiatry**, 57/7, 659-65.
- FAIRBURN, C.G., HARRISON, P.J. : 2003
“Eating Disorders”, **The Lancet**, 361, 407-416.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., BOHN, C., O’CONNOR, M.E., DOLL, H.A., PALMER, R.L. : 2007
“The Severity and Status of Eating Disorder NOS: Implications for DSM-V”, **Behaviour Research and Therapy**, 45, 1705-15.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z. : 2011
“Eating Disorders, DSM-5 and Clinical Reality”, **The British Journal of Psychiatry**, 198, 8- 10.
- FICHTER, M.M., QUADFLIEG, N., BRANDL, B. : 1993
“Recurrent Overeating: An Empirical Comparison of Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, and Obesity”, **International Journal of Eating Disorders**, 14/1, 1-16.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W.: 1997
“**Structured Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I), Clinical Version**, Washington D.C., American Psychiatric Press Inc.
- FURNHAM, A., BADMIN, “Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for

- N., SNEADE, I. : 2002 Exercise", **The Journal of Psychology**, 136/6, 581-96.
- GARNER, D.M. : 2002 "Body Image and Anorexia Nervosa", **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Cash T.F. and Pruzinsky T., New York, Guilford Press, 295-303.
- GARNER, W. : 2002 "Measurement of Eating Disorder Psychopathology", **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**, Ed. Fairburn C. and Brownell K., New York, Guilford Press, 141-46.
- GOLDSCHMIDT, A.B.,
HILBERT, A.,
MANWARING, J.L.,
WILFLEY, D.E., PIKE,
K.M., FAIRBURN, C.G.,
STRIEGEL-MOORE, R.H. :
2010 "The Significance of Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder", **Behaviour Research and Therapy**, 48, 187-193.
- GÜRDAL, A. : 1999 "Yeme Bozuklukları ve Tedavisi", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 9/1, 21-27.
- GRILO, C.M. : 2002 "Binge Eating Disorder", **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**, Ed. Fairburn C. and Brownell K., New York, Guilford Press, 178-82.
- GRILO, C.M., MASHEB,
R.M. : 2005 "Correlates of Body Image Dissatisfaction in Treatment-Seeking Men and Women with Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating**

Disorders, 38, 162-66.

- GRILO, C.M.,
HENDERSON, K.E., BELL,
R.L., CROSBY, R.D. : 2013
“Eating Disorder Examination- Questionnaire
Factor Structure and Construct Validity in Bariatric
Surgery Candidates”, **Obesity Surgery**, 23/5, 657-
62.
- GRILO, C.M., IVEZAJ, V.,
WHITE M. A. : 2015
“Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for
Binge Eating Disorder in Community Sample”,
Behaviour Research and Therapy, 66, 72-76.
- GULL, W.W. : 1868
“Address in Medicine”, **The British Medical
Journal**, 2/397, 131-135.
- GULL, W.W. : 1874
“Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia
Hysterica)”, **Transactions of the Clinical Society**,
7, 22-28.
- HALMI, K. : 1994
“Princess Margaret of Hungary, 1242-1271”,
American Journal of Psychiatry, 8/151, s.1216.
- HALMI, K. : 2002
“Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia
Nervosa”, **Eating Disorders and Obesity: A
Comprehensive Handbook**, Ed. Fairburn C. and
Brownell K., New York, Guilford Press, 267-72.
- HAY, P. : 1998
“The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors:
An Australian Community Based Survey”,
International Journal of Eating Disorders, 23,
371-82.
- HAWORTH-HOEPPNER,
S. : 2000
“The Critical Shapes of Body Image: The Role of
Culture and Family in the Production of Eating
Disorders”, **Journal of Marriage and the Family**,

- 62, 212-227
- HAWORTH-HOEPPNER, S. : 2004 "The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders", **Journal of Marriage and Family**, 62/1, 212-27.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B. : 2008 "Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity", **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 18, 31-47.
- HERZOG, D.B., NUSSBAUM, K.M., MARMOR A.K. : 1996 "Comorbidity and Outcome in Eating Disorders", **The Psychiatric Clinics of North America**, 19/4, 843-859.
- HERZOG, D.B., KELLER, M.B., LAVORI, P.W. : 1988 "Outcome in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Review of The Literature", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 176/3, 131-43.
- HERZOG, D.B., EDDY, K.T. : 2007 "Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course of Eating Disorders", Ed. Yager J. and Powers P.S., **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, 1-29.
- HILBERT, A., DE ZWAAN, M., BRAEHLER, E. : 2012 "How Frequent Are Eating Disturbances in the Population? Norms of the Eating Disorder Examination- Questionnaire", **PLOS ONE**, 7/1.
- HILBERT, A., PIKE, K. M., GOLDSCHMIDT, A.B., FAIRBURN, C.G., WILFLEY, WALSH,

B.T.,DOHM, F.A.,D.E.,
WEISSMAN, R.S.: 2014

HOEK, W.H. : 2006

“Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders”, **Current Opinion in Psychiatry**, 19, 389-394.

HUDSON, J.I., HIRIPİ, E.,
POPE H.G., KESSLER
R.C. : 2007

“The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, **Society of Biological Psychiatry**, 61, 348-358.

JAMES, R. : 1743

Medical Dictionary: Including Physic, Surgery, Anatomy. Chemistry and Botany, Together With a History of Drugs, London, T. Osborn.

JOINER, T.E.,
HEATHERTON, T.F.,
RUDD M.D., SCHMIDT,
N.B. : 1997

“Perfectionism, Perceived Weight Status, and Bulimic Symptoms: Two Studies Testing a Diathesis-Stress Model”, **Journal of Abnormal Psychology**, 106/1, 145-53.

KARPOWICZ, E.,
SKARSATER, I.,
NEVONEN, L. : 2009

“Self-Esteem in Patients Treated for Anorexia Nervosa”, **International Journal of Mental Health Nursing**, 18/5, 318-25.

KAYE, W., STROBER, M.,
STEIN, D., GENDALL, K. :
1999

“New Directions in Treatment Research of Anorexia and Bulimia Nervosa”, **Society of Biological Psychiatry**, 45, 1285-1292.

KAYE, W. : 2008

“Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa”, **Physiology & Behavior**, 94/1, 121- 35.

KEEL, P.K., MITCHELL,
J.E., MILLER, K.B., DAVIS,
T.L., CROW, S.J. : 1999

“Long-Term Outcome of Bulimia Nervosa”, **Archive General Psychiatry**, 56/1, 63-69.

- KEEL, P.K., DORER, D.J., "Predictors of Mortality in Eating Disorders",
EDDY, K.T., FRANKO, D., **Archive General Psychiatry**, 60, 179-183.
CHARATAN, D.L.,
HERZOG, D.B. : 2003
- KEEL, P.K., KLUMP, K.L. : "Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes?
2003 Implications for Conceptualizing Their Etiology",
Psychological Bulletin, 129/5, 747-769.
- KELLY, A.C., "Self-compassion moderates the relationship
VIMALAKANTHAN, K., between body mass index and both eating disorder
MILLER, K. E. : 2014 pathology and body image flexibility", **Body
Image**, 11, 446-53.
- KELLY, A.C., "Understanding the Roles of Self- Esteem, Self-
VIMALAKANTHAN, K., Compassion, and Fear of Self-Compassion in
JACQUELINE, C. C. : 2014 Eating Disorder Pathology: An Examination of
Female Students and Eating Disorder Patient",
Eating Behaviors, 15/3, 388-91.
- KESSLER, R.C., "The Prevalence and Correlates of Binge Eating
BERGLUND, P.A., CHIU, Disorder in the WHO World Mental Health
W.T., DEITZ, A.C., Surveys", **Biological Psychiatry**, 73/9, 904-914.
HUDSON, J.I., SHAHLY,
V., AGUILAR-GAXIOLA,
S., ALONSO, J.,
ANGERMEYER, M.C.,
BENJET, C.,
BRUFFAERTS, R., DE
GIROLAMO, G., DE
GRAAF, R.,
HARO, J.M., KOVESS-
MASFETY, V., O'NEILL,

S., POSADA-VILLA, J.,
SASU, C., SCOTT, K.,
VIANA, M.C., XAVIER, M.:
2013

KINZL, J.F., TRAWEGER, C., TREFALT, E.,
MANGWETH, B., BIEBL, W. : 1999b
“Binge Eating Disorder in Males: A Population-
Based Investigation”, **Eating and Weight
Disorders**, 4, 169-74

KJELSAS, E.,
BJORNSTROM, C.,
GÖTESTAM, K.G. : 2004
“Prevalence of Eating disorders in Female and
Male Adolescents (14-15 Years)”, **Eating
Behaviors**, 5, 13-25.

KLUCK, A.S.: 2010
“Family Influence on Disordered Eating: The Role
of Body Image Dissatisfaction”, **Body Image**, 7, 8-
14.

KOHN, M., GOLDEN, N.H. : 2001
“Eating Disorders in Children and Adolescents”,
Paediatr Drugs, 3/2, 91-99.

KOSTANSKI, M.,
GULLONE, E. : 1998
“Adolescent Body Image Dissatisfaction:
“Relationships with Self-Esteem, Anxiety, and
Depression Controlling for Body Mass”, **Journal
of Child Psychology and Psychiatry**, 39/2, 255-
262.

KÖROĞLU, E. : 1989
Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozukluların
Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden
Geçirilmiş Tam Metin (DSM-III-TR), Amerikan
Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1989, Köroğlu
E. (çeviri ed.), cilt 2, Ankara, Hekimler Yayın
Birliği.

- KÖROĞLU, E. : 2007b Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4.Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E. (çeviri ed.), cilt 2, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- KÖROĞLU, E. : 2013 Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- LA MELA, C.,
MAGLIETTA, M., CAINI,
S., CASU, G. P.,
LUCARELLI, S., MORI, S.,
RUGGIERO, G. M. : 2015 “Perfectionism, weight and shape concerns, and low self-esteem: Testing a model to predict bulimic symptoms”, **Eating Behaviors**, 19, 155-158.
- LACEY, J.H. : 1982 “Anorexia Nervosa and A Bearded Female Saint”, **British Medical Journal**, 285, 1816-1817.
- LASEGUE, C. : 1873 “On Hysterical Anorexia”, **The Medical Times and Gazette: A Journal of Medical Science, Literature, Criticism and News**, 3, 265-266, 367-369.
- LAVENDER, J.M., DE
YOUNG, K.P.,
ANDERSON, D.A.: 2010 “Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Undergraduate Men”, **Eating Behaviors**, 11, 119-21.
- LE GRANGE, D.,
SWANSON, S.A., CROW,
S.J., MERIKANGAS, K.R. : “Eating Disorder Not Otherwise Specified Presentation in the US Population”, **International Journal of Eating Disorders**, 45/5, 711-718.

2012

- LEE, Y.H., ABBOTT, D.W., SEIM, H., CROSBY, R.D., MONSON, N., BURGARD, M., MITCHELL, J.E. :1999 "Eating Disorders and Psychiatric Disorders in the First-Degree Relatives of Obese Probands with Binge Eating Disorder and Obese Non-Binge Eating Disorder Controls", **International Journal of Eating Disorders**, 26/3, 322-32.
- LILENFELD, L.R., KAYE, W.H., GREENO, C.G., MERIKANGAS, K.R., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., RAO, R., STROBER, M., BULIK, C.M., NAGY, L. : 1998 "A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity", **Archives of General Psychiatry**, 55/7, 603-10.
- LUCE, K.H., CROWTHER, J.H. : 1999 "The Reliability of the Eating Disorder Examination Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q)", **International Journal of Eating Disorders**, 25, 349-51.
- LUCE, K.H., CROWTHER, J.H., POLE, M.: 2008 "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Undergraduate Women", **International Journal of Eating Disorders**, 41, 273-76.
- MACHADO, P.P., MACHADO, B.C., GONÇALVES, S., HOEK, H.W. : 2007 "The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified", **International Journal of Eating Disorders**, 40/3, 212-217.
- MACNALTLY, A.S. : 1961 "The Maladies of Mary Queen of Scots", **Medical History**, 5/3, 203-9.

- MANER, F. : 2001 "Yeme Bozuklukları", **Psikiyatri Dünyası**, 5, 130-139.
- McVEY., G.L., PEPLER, D., DAVIS, R., FLETT, G.L., ABDOLELL, M. :2002 "Risk and Protective Factors Associated with Disordered Eating During Early Adolescence." **The Journal of Early Adolescence**, 22/2, 75-95.
- MENDELSON, B.K., McLAREN, L., GAUVIN, L., STEIGER, H. : 2002 "The Relationship of Self-Esteem and Body Esteem in Women with and without Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 31, 318-323.
- MILLER, M.N., PUMARİEGA.: 2001 "Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review", **Psychiatry**, 64/2, 93-110.
- MILOSEVIĆ, A. : 1999. "Eating Disorders: A Dentist's Perspective", **European Eating Disorders Review**, 7, 103- 110.
- MITCHELL, J.E., PYLE, R.L., HATSUKAMI, D., GOFF, G., GLOTTER, D., HARPER, J. :1989 "A 2-5 Year Follow-Up Study of Patients Treated for Bulimia", **International Journal of Eating Disorders**, 8/2, 157-165.
- MITCHELL, J.E., POMEROY, C., ADSON, D.E., 1997 "Managing Medical Complications", **Handbook of Treatment For Eating Disorders**, Ed. Garner D.M. and Garfinkel P. E., New York, Guilford Press, 383-93.
- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C.: 2006 "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Young Adult Women", **Behaviour Research**, 44, 53-62.
- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C.: "Self-Report Versus Interview Assessment of Purging in an Community Sample of Women",

- 2007 **European Eating Disorders Review**, 15/6, 403-9.
- MORGAN, H.G., RUSSELL G.F.M : 1975 “Value of Family Background and Clinical Features as Predictors of Long Term Outcome In Anorexia Nervosa: Four Year Follow-Up Study of 41 Patients”, **Psychological Medicine**, 5/4, 355-371.
- MORTON, R. : 1689 **Phthisiologia: Or a Treatise of Consumption**, London.
- MUISE, A.M. STEIN, D.G., ARBESS, G. : 2003 “Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Literature”, **Journal of Adolescent Health**, 33, 427-435.
- MURPHY, R., STRAEBLER, S., COOPER, Z., FAIRBURN, C.G. : 2010 “Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders”, **The Psychiatric Clinics of North America**, 33/3, 611-27.
- MRUK, C.J. : 2006 **Self-Esteem Research, Theory, and Practice: Toward a Positive Psychology of Self- Esteem**, Ed. Fairburn C. and Brownell K., New York, Springer Publising Co.
- O’DEA, J. : 2004 “Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents”, **Eating Disorders**, 12, 225-239.
- PARRY-JONES, B., PARRY-JONES, W.L. :1991 “Bulimia: An Archival Review of Its History in Psychosomatic Medicine”, **International Journal of Eating Disorders**, 10, 129-143.
- PASMAN, L., THOMPSON , J.K :1988 “Body Image and Eating Disturbance in Obligatory Runners, Obligatory Weightlifters, and Sedentary Individuals, **International Journal Of Eating**

- Disorders**, 7/6, 759-769.
- PEARCE, J.M.S. : 2004 “Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa”, **European Neurology**, 52, 191-192.
- PEARCE, J.M.S. : 2006 “Sir William Withering (1761-1842)”, **European Neurology**, 55, 53-56
- PECK, L.D., LIGHTSEY, O.R. : 2008 “The Eating Disorders Continuum, Self-Esteem, and Perfectionism”, **Journal of Counseling & Development**, 86, 184-192
- PETERSON, C.B, CROSBY, R.D, WONDERLICH, S.A, JOINER, T., CROW, S.J, MITCHELL, J.E, BARDONE-CONE, A.M, KLEIN, M., LE GRANGE, D. : 2007 “Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Factor Structure and Internal Consistency”, **International Journal of Eating Disorders**, 40/4, 386-89.
- PIKE, K.M., WILFLEY, D., HILBERT, A., FAIRBURN, C.G., DOHM F.A., STRIEGEL-MOORE, R.H. : 2006 “Antecedent Life Events of Binge- Eating Disorder”, **Psychiatry Research**, 142/1, 19-29.
- POLIVY, J., HERMAN, C.P. : 2002 “Causes of Eating Disorders”, **Annual Review of Psychology**, 53, 187-213.
- POLIVY, J., HEATHERTON, T.F., HERMAN, C.P. : 1988 “Self-Esteem, Restraint, and Eating Behavior”, **Journal of Abnormal Psychology**, 97/3, 354-356.
- POLLACK, L.O., “Why Do Eating Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder Co-Occur”, **Eating**

- FORBUSH, K.T. : 2013 **Behaviors**, 14/2, 211-15.
- POPE, H.G., LALONDE, J.K., PINDYCK, L.J., WALSH T., BULIK, C.M., CROW, S.J., MCELROY, S.L., ROSENTHAL, N., HUDSON, J.I. : 2006 “Binge Eating Disorder: A Stable Syndrome” **The American Journal of Psychiatry**, 163/2, 2181-3.
- QUICK, V.M., BYRD-BREDBENNER, C.: 2013 “Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for US College Students”, **Eating Weight Disorders Journal**, 18, 29-35
- RASTAM, M., GILLBER, C. : 1992 “Background Factors in Anorexia Nervosa. A Controlled Study of 51 Teenage Cases Including a Population Sample”, **European Child and Adolescent Psychiatry**, 1, 54-65
- REAGEN, P., HERSCH, J.: 2005 “Influence of Race, Gender, and Socioeconomic Status on Binge Eating Frequency in a Population-Based Sample”, **International Journal of Eating Disorders**, 38/3, 252-6.
- REAS, D.L., GRILO, C.M., MASHEB, R.M. : 2006 “Reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire in Patients with Binge Eating Disorder”, **Behaviour Research and Therapy**, 44, 43-51.
- REAS, D.L., OVERAS, M., RO, O.: 2012 “Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Among High School and University Men”, **Eating Disorders**, 20, 437-43.
- RO., O., REAS., D.L., ROSENVINGE, J. : 2012 “The Impact of Age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Scores in a

- Community Sample”, **Eating Behaviors**, 13, 158-61.
- ROSE, J.S., VAEWSORN, A., ROSSELLI-NAVARRA, F. WILSON, G.T.
WEISSMAN, R.S. : 2013
ROSS, C.C. : 2007
“Test-Retest Reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) in a College Sample”, **Journal of Eating Disorders**, 1:42.
- “The Importance of Nutrition As The Best Medicine For Eating Disorders”, **Diet and Nutrition**, 3/2, 153-157
- ROZIN, P.,
TRACHTENBERG, S.,
COHEN, A.B.: 2001
“Stability of Body Image and Body Image Dissatisfaction in American College Students Over About The Last 15 Years”, **Appetite**, 37, 245-48.
- RUSSELL, G.F.M. : 1970
“Anorexia Nervosa: Its Identity as an Illness And Its Treatment”, **Modern Trends in Psychological Medicine**, 2, 131-164.
- RUSSELL, G.F.M. : 1979
“Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa, **Psychological Medicine**, 9/3, 429-48.
- RUSSELL, G.F.M. : 1997
“The History of Bulimia Nervosa”, **Handbook of Treatment For Eating Disorders**, Ed. Garner D.M. and Garfinkel P. E., New York, Guilford Press, 11-24.
- SALSALI, M.,
SILVERSTONE, P.H. : 2003
“Low self-esteem and psychiatric patients: Part II- The relationship between low self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients”, **Annals of General Hospital Psychiatry**, 2/3, 1-8.

- SAVAŞIR, I., EROL, N. : 1989 “Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi”, **Psikoloji Dergisi**, 23/7, 19-25.
- SCHMİDT, U. : 2005 “Epidemiology and Aetiology of Eating Disorders”, **Psychiatry**, 4/4, 5-9.
- SERTEL-BERK, H.Ö., YÜCEL, B.: 2011 “Body Image Distortion and Eating Disorders: The Turkish Validation Study of the Female Photographic Figure Rating Scale”, Sözlü Bildiri, ECP.
- SILVERSTONE, P.H. : 1992 “Is Chronic Low Self-Esteem The Cause of Eating Disorders?”, **Medical Hypotheses**, 39/4, 311-5.
- SILVERSTONE, P.H., SALSALI, M. : 2003 “Low self-esteem and psychiatric patients: Part I- The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis”, **Annals of General Hospital Psychiatry**, 2/2, 1-9.
- SLADE, P., BRODIE, D. : 1994 “Body-Image Distortion And Eating Disorder : A Reconceptualization Based on The Recent Literature”, **European Eating Disorders Review**, 2/1, 32-46.
- SMITH, D.E., MARCUS, M.D., LEWIS, C.E., FITZGIBBON, M., SCHREINER, P. : 1998 “Prevalence of Binge Eating Disorder, Obesity, and Depression in an Biracial Cohort of Young Adults”, **Annals of Behavioral Medicine**, 20/3, 227-32.
- SMINK, F.R.E., HOEKEN, D.V. HOEK, H.W. : 2012. “Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality”, **Current Psychiatry Reports**, 14, 406-414.
- SPITZER, R.L., DEVLIN, M., WALSH, B.T., HASIN, “Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria”, **International Journal of**

- D., WING, R., MARCUS, M., STUNKARD, A., WADDEN, T. YANOVSKI, S., AGRAS, S., MITCHELL, J., NONAS, C. : 1992 **Eating Disorders**, 11/3, 191-204.
- STEINHAUSEN, H.S. : 2002 “The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century”, **American Journal of Psychiatry**, 159/8, 1284-1293.
- STEINHAUSEN, H.S. : 2009 “Outcome of Eating Disorders”, **Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America**, 18/1, 225-242.
- STICE, E., SHAW, H.E. : 2002 “Role of Body Dissatisfaction in the Onset and Maintenance of Eating Pathology A Synthesis of Research Findings, **Journal of Psychosomatic Research**, 53, 985-93.
- STICE, E.: 2002 “Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review”, **Psychological Bulletin**, 128/5, 825-48.
- STRIEGEL-MOORE, R., FRANKO, D.L. : 2003 “Epidemiology of Binge Eating Disorder”, **International Journal of Eating Disorder**, 34, 19-29.
- STRIEGEL-MOORE, R., FRANKO, D.L. : 2008 “Should Binge Eating Disorder Be Included in the DSM-V? A Critical Review of the State of the State of the Evidence”, **Annual Review of Clinical Psychology**, 4, 305-24.
- STUNKARD, A.J. : 1959 “Eating Patterns and Obesity”, **The Psychiatric Quarterly**, 33, 284-95.

- STUNKARD, A.J. : 1993 “A History of Binge Eating”, **Binge Eating: Nature, Assessment, And Treatment**, Ed. Fairburn C. and Wilson G. T., New York, Guilford Press, 15-34.
- STRÖBER, J. : 2001 “The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent Validity Discriminant Validity, and Relationship with Age”, **European Journal of Psychological Assessment**, 17/3, 222-32
- SULLIVAN, P.F. : 1995 “Mortality in Anorexia Nervosa”, **American Journal of Psychiatry**, 152/7, 1073-1074.
- SWAMI, V., SALEM, N., FURNHAM, A., TOVE'E, M.J. : 2008 “Initial Examination of the Validity and Reliability of the Female Photographic Figure Rating Scale for Body Image Assessment”, **Personality and Individual Differences**, 44, 1752-61.
- TELCH, C.F., AGRAS, W.S. : 1996 “Do Emotional States Influence Binge Eating in The Obese” **International Journal of Eating Disorders**, 20/3, 271-9.
- TIGGEMAN, M., PICKERING, A.S. : 1996 “Role of Television in Adolescent Women’s Body Dissatisfaction and Drive for Thinnes”, **International Journal of Eating Disorders**, 20/2, 199-203.
- TOMORI, M., RUS-MAKOVEC M. : 2000 “Eating Behavior, Depression, and Self-Esteem in High School Students”, **Journal of Adolescent Health**, 26, 361-367.
- TURAL-BÜYÜK, E., DUMAN G. : 2014 “Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi”, **The Journal of Pediatric**

Research, 1/4, 212-217.

- TURAN, N., TUFAN, B. : 1987
Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul, 816-17.
- TURNBALL, S., WARD, A., TREASURE, A., JICK, H., DERBY, L. : 1996
“The Demand for Eating Disorder Care: An Epidemiological Study Using the General Practice Research Database”, **British Journal of Psychiatry**, 165, 705-12.
- TREASURE, J., HOLLAND, A. : 1989
“Genetic Vulnerability to Eating Disorders: Evidence from Twin and Family Studies”, **Child and Young Psychiatry**, Ed. Remschmidt and Schmidt M.H., 59-68.
- TROOP, N.A., SCHMIDT, U.H., TURNBULL, S.J., TREASURE, J.L. : 2000
“Self-Esteem and Responsibility for Change in Recovery from Bulimia Nervosa”, **European Eating Disorders Review**, 8, 384-93.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU: 2014
İstanbul İli 2013 Yılı Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı : Erişim Adresi <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- UZUN, O., GÜLEÇ, N., ÖZŞAHİN, A., DORUK, A., ÖZDEMİR, B., ÇALIŞKAN, U. : 2006
“Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in a Sample of Turkish Female College Students”, **Comprehensive Psychiatry**, 47/2, 123-6.
- VAN SON, G.E., VAN HOEKEN, D., BARTELD, A.I., VAN FURTH, E.F., HOEK, H.W. : 2006
“Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands”, **The International Journal of Eating Disorders**, 39/7, 565-9.

- VANDEREYCKEN, W. : 2002 “History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa”, **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**, Ed. Fairburn C. and Brownell K., New York, Guilford Press, 151-55.
- VARDAR, E., ERZENGIN, M. : 2011 “Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 22/4, 205-12.
- VOHS, K.D., BARDONE, A.M., JOINER, T.E., ABRAMSON, L.Y., HEATHERTON, T.F. : 1999 “Perfectionism, Perceived Weight Status, and Self-Esteem Interact to Predict Bulimic Symptoms: A Model of Bulimic Symptom Development”, **Journal of Abnormal Psychology**, 108/4, 695-700.
- WADE, T.D., BERGIN, J.L., TIGGEMANN, M. BULIK, C.M., FAIRBURN, C.G. : 2006 “Prevalence and Long-Term Course of Lifetime Eating Disorders in an Adult Australian Twin Cohort”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40, 121-128.
- WALDMAN, A., LOOMES, R., MOUNTFORD, V.A., TCHANTURIA, K. : 2013 “Attitudinal and Perceptual Factors in Body Image Distortion: An Exploratory Study in Patients with Anorexia Nervosa”, **Journal of Eating Disorders**, 1:17.
- WALLER, J.W., KAUFMAN, M.R., DEUTSCH, F. : 1940. “Anorexia Nervosa: A Psychosomatic Entity”, **Psychosomatic Medicine**, 2/1, 3-16.
- WEBB, J.B., APPELEGATE, K.L., GRANT J.P. : 2011 “A Comparative Analysis of Type 2 Diabetes and Binge Eating Disorder in a Bariatric Sample”, **Eating Behaviors**, 12/3, 175-81.

- WHO: 2000 "Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic", Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894), Geneva.
- WILFLEY D.E., BISHOP, M.E., WILSON, G.T., AGRAS, W.S. : 2007 "Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V.", **International Journal of Eating Disorders**, 40, 123-9.
- WOLFE, B.E., METZGER, E.D., LEVINE, J.M., JIMERSON, D.C. : 2001. "Laboratory Screening for Electrolyte Abnormalities and Anemia in Bulimia Nervosa: A Controlled Study", **International Journal of Eating Disorders**, 30, 288-293.
- YÜCEL, B. : 2009 "Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları", **Klinik Gelişim**, 22/4, 39-44.
- YÜCEL, B., POLAT, A., İKİZ, T., PİRİM-DÜŞGÖR, B.; YAVUZ, A.E.; SERTEL-BERK, Ö. : 2011 "The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents", **European Eating Disorders Review**, 19/6, 509-511.
- ZANDIAN, M., IOAKIMIDIS, I., BERGH, C., SÖDERSTEN, P. : 2007 "Cause and Treatment of Anorexia Nervosa", **Physiology & Behaviour**, 92, 283-290.
- ZIOLKO, H.U. : 1996 "Bulimia: A Historical Outline", **International Journal of Eating Disorders**, 20/4, 345-358.

EKLER

EK-1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih:

1. Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐
2. Doğum Tarihiniz:
3. Doğum Yeriniz:
4. Eğitim Durumunuz:
Okuryazar Değil ☐ Okuryazar İlköğrenim ☐ Ortaöğrenim ☐ Yükseköğrenim ☐
5. İş Durumunuz:
Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum ☐ Emekliyim ☐ Öğrenciyim ☐
6. Mesleğiniz:
7. Sosyal güvenceniz var mı (SSK; Bağkur, Emekli Sandığı) Evet ☐ Hayır ☐
8. Kendinizi aylık gelir açısından aşağıda değerlendiriniz:
Çok Düşük ☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok İyi ☐
9. Medeni Durumunuz:
Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐ Ayrı Yaşıyor ☐
10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?:
Ailemle ☐ Yalnız ☐ Eşimle ☐ Diğer ☐
11. BKİ (Kilo/ Boy.....)
12. En düşük kilo:
13. En yüksek kilo:
14. Olunmak istenen kilo:
15. Kilo alma korkunuz var mı?
16. Yeme bozukluğu tanınız var mı? :
17. Ailede yeme bozukluğu tanısı var mı? :
18. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? :
19. Ailede psikiyatrik bir rahatsızlık var mı? :
20. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?:
21. Düzenli olarak kullanmak zorunda olduğunuz ilaçlar var mı? :

EK-2: YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ)

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...	Hiçbirin- de	1 -5	6 - 12	13 - 15	16 - 22	23 - 27	Hergü n
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğun-	0	1	2	3	4	5	6

	laşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?							
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbiri n-de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
8-	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, 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 korktuğunuz oldu?	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)...	
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 <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müşil (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 “tıkınırcasına 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? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		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)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir 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? (Tıkınırcasına 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.

22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		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-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
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-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

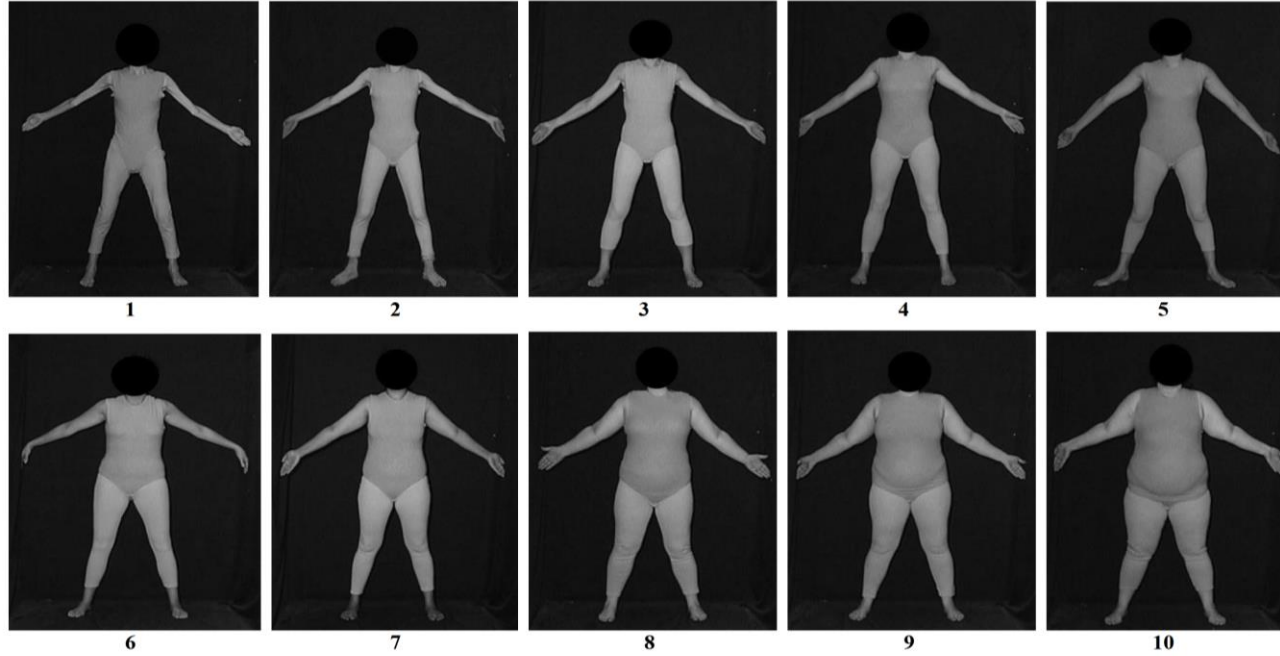
Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK-3 : COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır bu cümlelerden size uygun olanlarını “Aynen benim gibi”, uygun olmayanlarını ise “Benim gibi değil” sütununa “x” işareti koyarak belirtiniz.

	Aynen Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1. Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam	()	()
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir	()	()
3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki birçok şeyi değiştirmek isterdim.	()	()
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.	()	()
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	()	()
6. Evde kolayca moralim bozulur.	()	()
7. Yeni şeylere kolay alışamam	()	()
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.	()	()
9. Ailem genellikle duygularıma önem verir.	()	()
10. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.	()	()
11. Ailem benden çok şey bekler.	()	()
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.	()	()
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.	()	()
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.	()	()
15. Kendimi yetersiz buluyorum.	()	()
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.	()	()
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.	()	()
18. Başkaları kadar güzel değilim.	()	()
19. Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.	()	()
20. Ailem benim duygularımı anlar.	()	()
21. Çok sevilen bir kimse değilim.	()	()
22. Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.	()	()
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	()	()
24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.	()	()
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	()	()

EK-4: KADINLAR İÇİN FOTOĞRAFLI RESİM DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (FRDÖ-K)



FORM 1: Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız:

1. Hangi resmi fiziksel açıdan *en fazla* çekici buluyorsunuz? _____
2. Fiziksel açıdan çekici olarak değerlendirebileceğiniz en iri resim hangisidir? _____
3. Fiziksel açıdan çekici olarak değerlendirebileceğiniz en zayıf resim hangisidir? _____
4. (Yalnızca bayanlar) Sizin şu anki beden görüntünüze en çok benzeyen resim hangisidir? _____
5. (Yalnızca bayanlar) Sizin sahip olabilmeyi en çok istediğiniz beden görüntüne benzeyen resim hangisidir? _____

Aşağıdaki soruyu cevaplandırırken lütfen alttaki derecelendirme ölçeğini kullanınız:

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9
Hiç Çok az Kısmen Oldukça Fazlasıyla

Yukarıdaki resimlerde gördüğünüz her kadını ayrı ayrı fiziksel açıdan ne kadar çekici bulmaktasınız?

Resim1 ____ Resim2 ____ Resim3 ____ Resim4 ____ Resim5 ____ Resim6 ____ Resim7 ____ Resim8 ____ Resim 9 ____ Resim10 ____

EK-5: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1. BÖLÜM (AYDINLATMA) :

“Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin (YBDÖ) Yetişkinler Üzerinde Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli araştırmayı yapmaktayız. Türkiye’de yeme bozukluğunu değerlendirmek üzere kısıtlı sayıda ölçek bulunması bu çalışmayı önemli kılmaktadır. Bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

- Bu çalışmaya neden davet edildiniz, çalışmanın amacı nedir?

Sizi bu çalışmaya davet etmemizin nedeni çalışmada genel popülasyondan katılımcılara ihtiyaç duymamızdır. Bu araştırmada; Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin (EDE-Q) yetişkinler üzerinde geçerlik ve güvenilirliği yapılacaktır.

- Çalışma nasıl yürütülecektir?

Çalışma uygulamaya genel popülasyon dahil edilerek yapılacaktır.

- Uygulama nasıl olacaktır?

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk sorumluluğu ve danışmanlığında, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Başak Yücel sorumluluğunda olan, İstanbul Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı’nda doktora öğrencisi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda çalışan Uzman Psikolog Gülçin Baktıroğlu tarafından yürütülen bu çalışma için, size sizin için uygun olan bir zaman için randevu verecektir. Görüşmenin 30 dk sürmesi planlanmaktadır. Size kendinizin dolduracağı dört adet değerlendirme ölçeği verilecektir. Bu ölçeklerden ilki yaş, cinsiyet, medeni durum gibi kişisel bilgileri, yeme davranışlarını, kişinin kendisini nasıl algıladığını ve kendi bedenini nasıl

algıladığını değerlendirmektedir. Ölçekler karışık sıra ile verilecektir. Tüm görüşme boyunca ara vermek ya da görüşmeye son vermek konusunda serbestsiniz.

- Uygulama sonucunda tedavi masraflarınız karşılanacak mı?

Bu değerlendirme sizin tedavi masraflarınızı karşılamayacaktır. Bu değerlendirmeler esnasında size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden herhangi bir ücret de talep edilmeyecektir. Bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret sosyal güvenlik kurumunuzdan da talep edilmeyecektir.

-Çalışmaya katılmak zorunlu mu?

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Çalışmaya katılmayı reddederseniz herhangi bir kaybınız olmayacaktır.

- Bilgilerin mahremiyeti nasıl sağlanacaktır?

Çalışma kapsamında tarafınıza ait olan kimlik bilgileri, tıbbi ve kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları yayımlansa bile kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir.

- Araştırmanın literatüre katkısı nedir?

Bu çalışmanın sizin için öngörülebilir herhangi bir riski yoktur. Bu çalışmaya katılmanızın olası yararları; ülkemizde yetişkinler üzerinde yeme bozukluğunu ölçebilmek adına yeni bir ölçeğin daha kullanılabilecek olması, bunun yanı sıra yeme bozukluğu rahatsızlığını hazırlayan beden imgesi ile ilgili değişkenlere ve sonuçta beden imgesinin bileşenlerine dair detaylı bir perspektif kazanmak ve tedavi süreci için ayırt edici müdahaleler tasarlamak konusunda önemli adımlar atılabileceği olarak düşünülmektedir.

2. KATILIMCININ BEYANI:

Gülçin Baktıroğlu tarafından yürütülmekte olan “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği”nin (YBDÖ) Yetişkinler Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” hakkında bilgilendirildim. Aklıma gelen tüm soruları sordum, yazılı ve sözlü olarak yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım.

Bu çalışmaya katılmak zorunda olmadığımı çalışmaya katılmayı kabul etmez isem tedavi sürecinin hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini, katılmayı kabul ettikten sonra bile istersem bırakabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmayı kabul edersem yaklaşık 30 dk sürecek olan dört soru formu doldurmam istenecek. Bu çalışmada yer almam nedeni ile bana hiçbir ödeme yapılmayacak ve benden de herhangi bir ücret talep edilmeyecek.

Tarafıma ait olan kimlik bilgilerinin, tıbbi ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı, araştırma sonuçları yayımlansa bile kimlik bilgilerimin gizli tutulacağı ancak çalışmanın izleyicilerinin, etik kurulların ve resmi makamların gerektiğinde tıbbi bilgileri ulaşabileceği söylendi.

Buraya imza atmam sadece bu formu okuduğum ve çalışmaya katılmaya gönüllü olduğum anlamına geliyor.

Katılımcının Adı Soyadı :

Tarih:

İmzası:

Katılımcının Yakınının Adı Soyadı:

Uygulamacının Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

**EK-6: TÜİK (2013) YAŞ KATEGORİLERİ VE CİNSİYETE GÖRE YBDÖ
NORM DEĞERLERİ**

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler	18-19 yaş	32	1.82	1.40	32	0.92	1.04	64	1.37	1.31
	20-24 yaş	50	1.44	1.09	44	0.81	0.73	94	1.15	0.99
	25-29 yaş	47	1.64	1.74	44	0.89	1.08	91	1.28	1.50
	30-34 yaş	45	1.95	1.76	46	0.94	1.01	91	1.44	1.51
	35-39 yaş	47	1.69	1.65	43	0.90	1.25	90	1.31	1.52
	40-44 yaş	41	1.87	1.45	30	0.78	1.11	71	1.41	1.42
	45-49 yaş	33	1.93	1.58	36	1.36	1.59	69	1.63	1.60
	50-54 yaş	28	1.24	1.16	30	1.57	1.43	58	1.41	1.30
	55-59 yaş	23	1.95	1.90	21	0.86	1.41	44	1.43	1.75
	60-65 yaş	23	1.72	1.69	20	1.02	1.11	43	1.40	1.48
	Toplam	369	1.72	1.55	346	1.00	1.18	715	1.37	1.43
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	18-19 yaş	32	1.81	1.51	32	1.04	1.39	64	1.43	1.49
	20-24 yaş	50	1.71	1.48	44	0.99	1.37	94	1.37	1.47
	25-29 yaş	47	1.95	1.87	44	1.29	1.64	91	1.63	1.79
	30-34 yaş	45	2.28	1.93	46	1.41	1.68	91	1.84	1.85
	35-39 yaş	47	1.76	1.61	43	1.18	1.43	90	1.49	1.54
	40-44 yaş	41	2.12	1.80	30	0.80	1.04	71	1.56	1.65
	45-49 yaş	33	2.19	1.66	36	1.28	1.61	69	1.72	1.68
	50-54 yaş	28	1.54	1.54	30	1.24	1.41	58	1.38	1.47
	55-59 yaş	23	2.03	1.65	21	1.05	1.59	44	1.56	1.68
	60-65 yaş	23	1.98	1.78	20	1.16	1.44	43	1.60	1.67
	Toplam	369	1.94	1.69	346	1.16	1.47	715	1.56	1.64
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	18-19 yaş	32	0.66	0.96	32	0.44	0.82	64	0.55	0.90
	20-24 yaş	50	0.56	0.78	44	0.36	0.79	94	0.46	0.79
	25-29 yaş	47	1.04	1.33	44	0.27	0.71	91	0.67	1.14
	30-34 yaş	45	0.83	1.16	46	0.53	0.93	91	0.68	1.05
	35-39 yaş	47	0.57	0.86	43	0.49	0.89	90	0.53	0.87
	40-44 yaş	41	0.80	1.36	30	0.23	0.47	71	0.56	1.11
	45-49 yaş	33	0.94	1.35	36	0.60	1.20	69	0.76	1.27
	50-54 yaş	28	0.66	1.02	30	0.69	1.12	58	0.68	1.06
	55-59 yaş	23	0.83	1.08	21	0.39	0.68	44	0.62	0.93
	60-65 yaş	23	0.57	0.96	20	0.28	0.59	43	0.43	0.82
	Toplam	369	0.75	1.11	346	0.43	0.86	715	0.60	1.01
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	18-19 yaş	32	1.55	1.16	32	0.84	0.80	64	1.20	1.05
	20-24 yaş	50	1.31	0.89	44	0.76	0.78	94	1.05	0.88
	25-29 yaş	47	1.59	1.49	44	0.86	1.04	91	1.24	1.34

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Kısıtlama	30-34 yaş	45	1.78	1.44	46	0.98	0.95	91	1.38	1.28
	35-39 yaş	47	1.45	1.16	43	0.89	1.10	90	1.18	1.16
	40-44 yaş	41	1.69	1.29	30	0.66	0.85	71	1.25	1.23
	45-49 yaş	33	1.77	1.26	36	1.16	1.32	69	1.45	1.32
	50-54 yaş	28	1.19	1.11	30	1.26	1.10	58	1.23	1.10
	55-59 yaş	23	1.71	1.51	21	0.80	1.09	44	1.28	1.39
	60-65 yaş	23	1.53	1.36	20	0.89	0.93	43	1.23	1.21
	Toplam	369	1.55	1.27	346	0.91	1.01	715	1.24	1.19
	18-19 yaş	32	1.09	1.23	32	0.55	1.00	64	0.82	1.14
	20-24 yaş	50	1.09	1.06	44	0.66	0.94	94	0.89	1.02
	25-29 yaş	47	1.34	1.37	44	0.84	1.23	91	1.10	1.32
Yeme ile İlgili Endişeler	30-34 yaş	45	1.40	1.43	46	0.93	1.31	91	1.17	1.38
	35-39 yaş	47	1.06	1.23	43	0.86	1.16	90	0.96	1.19
	40-44 yaş	41	1.24	1.45	30	0.48	0.83	71	0.92	1.28
	45-49 yaş	33	1.27	1.14	36	1.06	1.28	69	1.16	1.21
	50-54 yaş	28	0.91	1.00	30	0.86	1.25	58	0.88	1.13
	55-59 yaş	23	1.12	1.25	21	0.58	0.95	44	0.86	1.14
	60-65 yaş	23	1.17	1.29	20	0.69	0.88	43	0.95	1.13
	Toplam	369	1.18	1.25	346	0.77	1.12	715	0.99	1.21
	18-19 yaş	32	0.78	0.80	32	0.38	0.61	64	0.58	0.74
	20-24 yaş	50	0.60	0.69	44	0.38	0.75	94	0.49	0.72
	25-29 yaş	47	0.97	1.14	44	0.41	0.72	91	0.70	0.99
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	30-34 yaş	45	0.90	1.11	46	0.43	0.64	91	0.66	0.93
	35-39 yaş	47	0.69	0.94	43	0.52	0.81	90	0.60	0.88
	40-44 yaş	41	0.81	1.11	30	0.29	0.54	71	0.59	0.95
	45-49 yaş	33	0.90	1.06	36	0.48	0.95	69	0.68	1.02
	50-54 yaş	28	0.65	0.95	30	0.60	0.83	58	0.63	0.88
	55-59 yaş	23	0.91	1.12	21	0.50	0.60	44	0.71	0.92
	60-65 yaş	23	0.57	0.83	20	0.50	0.68	43	0.54	0.76
	Toplam	369	0.78	0.98	346	0.44	0.73	715	0.62	0.88
	18-19 yaş	32	2.12	1.59	32	1.10	0.96	64	1.61	1.40
	20-24 yaş	50	1.60	1.26	44	1.06	1.06	94	1.35	1.20
	25-29 yaş	47	1.98	1.88	44	1.02	1.21	91	1.52	1.66
	30-34 yaş	45	2.29	1.84	46	1.28	1.35	91	1.78	1.68
	35-39 yaş	47	2.00	1.63	43	1.01	1.37	90	1.53	1.58
	40-44 yaş	41	2.37	1.75	30	0.95	1.19	71	1.77	1.68
	45-49 yaş	33	2.39	1.73	36	1.47	1.81	69	1.91	1.82
	50-54 yaş	28	1.50	1.53	30	1.66	1.39	58	1.58	1.45
	55-59 yaş	23	2.48	2.16	21	1.05	1.48	44	1.80	1.98

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Kilo İle İlgili Endişeler	60-65 yaş	23	2.23	2.02	20	1.21	1.33	43	1.75	1.79
	Toplam	369	2.07	1.73	346	1.18	1.32	715	1.64	1.61
	18-19 yaş	32	1.47	1.33	32	0.84	0.95	64	1.15	1.19
	20-24 yaş	50	1.32	0.98	44	0.64	0.72	94	1.00	0.93
	25-29 yaş	47	1.54	1.66	44	0.78	1.09	91	1.17	1.46
	30-34 yaş	45	1.80	1.58	46	0.93	0.94	91	1.36	1.36
	35-39 yaş	47	1.35	1.33	43	0.84	1.17	90	1.11	1.27
	40-44 yaş	41	1.66	1.41	30	0.67	0.90	71	1.24	1.31
	45-49 yaş	33	1.79	1.38	36	1.22	1.49	69	1.49	1.46
	50-54 yaş	28	1.11	1.05	30	1.38	1.18	58	1.25	1.12
	55-59 yaş	23	1.64	1.60	21	0.74	1.05	44	1.21	1.42
	60-65 yaş	23	1.68	1.54	20	0.86	0.92	43	1.30	1.34
	Toplam	369	1.53	1.40	346	0.89	1.07	715	1.22	1.29
	18-19 yaş	32	1.43	1.13	32	0.75	0.76	64	1.09	1.01
YBDÖ Orijinal Toplam Puanı	20-24 yaş	50	1.19	0.87	44	0.72	0.78	94	0.97	0.86
	25-29 yaş	47	1.50	1.41	44	0.79	0.99	91	1.16	1.27
	30-34 yaş	45	1.66	1.36	46	0.93	0.92	91	1.29	1.21
	35-39 yaş	47	1.34	1.11	43	0.83	1.05	90	1.09	1.11
	40-44 yaş	41	1.60	1.23	30	0.63	0.83	71	1.19	1.18
	45-49 yaş	33	1.66	1.21	36	1.09	1.26	69	1.36	1.26
	50-54 yaş	28	1.09	1.03	30	1.17	1.03	58	1.13	1.02
	55-59 yaş	23	1.62	1.45	21	0.75	0.98	44	1.21	1.31
	60-65 yaş	23	1.49	1.34	20	0.85	0.89	43	1.19	1.18
	Toplam	369	1.45	1.21	346	0.85	0.96	715	1.16	1.14
Tıkınırcasına Yeme	18-19 yaş	32	1.60	1.87	32	2.51	4.22	64	2.06	3.27
	20-24 yaş	50	1.23	2.71	44	3.67	6.10	94	2.37	4.75
	25-29 yaş	47	1.84	3.24	44	2.38	4.56	91	2.10	3.92
	30-34 yaş	45	2.37	4.57	46	1.57	2.53	91	1.96	3.68
	35-39 yaş	47	1.86	3.14	43	1.12	2.11	90	1.51	2.71
	40-44 yaş	41	1.89	3.85	30	1.60	2.68	71	1.77	3.39
	45-49 yaş	33	1.14	2.17	36	1.26	2.87	69	1.20	2.54
	50-54 yaş	28	1.58	2.15	30	2.41	5.58	58	2.01	4.26
	55-59 yaş	23	1.77	4.24	21	1.13	1.57	44	1.46	3.23
	60-65 yaş	23	0.57	1.07	20	0.58	1.43	43	0.58	1.23
Telafi	Toplam	369	1.64	3.16	346	1.93	3.91	715	1.78	3.54
	18-19 yaş	32	0.01	0.03	32	0.05	0.14	64	0.03	0.11
	20-24 yaş	50	0.05	0.21	44	0.88	4.26	94	0.44	2.93
	25-29 yaş	47	0.32	0.81	44	0.20	1.11	91	0.26	0.96
	30-34 yaş	45	0.46	1.61	46	0.48	1.57	91	0.47	1.58

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Tıkınırcasına Yeme Toplam	35-39 yaş	47	0.07	0.23	43	0.60	2.25	90	0.32	1.58
	40-44 yaş	41	0.28	0.81	30	0.52	1.81	71	0.38	1.32
	45-49 yaş	33	0.29	1.22	36	0.35	1.64	69	0.32	1.44
	50-54 yaş	28	0.03	0.14	30	0.05	0.15	58	0.04	0.14
	55-59 yaş	23	0.29	1.07	21	0.02	0.07	44	0.16	0.78
	60-65 yaş	23	0.14	0.50	20	0.00	0.00	43	0.08	0.37
	Toplam	369	0.20	0.84	346	0.37	2.00	715	0.28	1.52
	18-19 yaş	32	0.80	0.94	32	1.28	2.12	64	1.04	1.64
	20-24 yaş	50	0.64	1.37	44	2.28	4.46	94	1.41	3.30
	25-29 yaş	47	1.08	1.71	44	1.29	2.49	91	1.18	2.12
	30-34 yaş	45	1.41	2.55	46	1.03	1.68	91	1.22	2.15
	35-39 yaş	47	0.97	1.59	43	0.86	2.07	90	0.92	1.82
	40-44 yaş	41	1.08	1.98	30	1.06	1.67	71	1.07	1.84
	45-49 yaş	33	0.72	1.42	36	0.81	1.74	69	0.76	1.58
	50-54 yaş	28	0.81	1.12	30	1.23	2.78	58	1.03	2.14
	55-59 yaş	23	1.03	2.33	21	0.57	0.80	44	0.81	1.77
	60-65 yaş	23	0.36	0.63	20	0.29	0.71	43	0.33	0.66
	Toplam	369	0.92	1.70	346	1.15	2.46	715	1.03	2.11

EK-7: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞ KATEGORİLERİNE VE CİNSİYETE GÖRE YBDÖ NORM DEĞERLERİ

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve Düşünceler	18-25	93	1.62	1.34	91	0.85	0.84	184	1.24	1.19
	26-45	177	1.81	1.65	160	0.91	1.16	337	1.38	1.51
	46-65	99	1.65	1.53	95	1.28	1.44	194	1.47	1.50
	Toplam	369	1.72	1.55	346	1.00	1.18	715	1.37	1.43
Kısıtlı Yeme Motivasyonu ve Davranışı	18-25	93	1.76	1.53	91	1.05	1.42	184	1.41	1.52
	26-45	177	2.08	1.81	160	1.23	1.53	337	1.68	1.73
	46-65	99	1.84	1.61	95	1.15	1.44	194	1.50	1.56
	Toplam	369	1.94	1.69	346	1.16	1.47	715	1.56	1.64
İşlevsellik ve Kontrol Kaybı	18-25	93	0.64	0.95	91	0.35	0.74	184	0.50	0.86
	26-45	177	0.80	1.15	160	0.43	0.87	337	0.62	1.04
	46-65	99	0.76	1.16	95	0.52	0.96	194	0.64	1.07
	Toplam	369	0.75	1.11	346	0.43	0.86	715	0.60	1.01
YBDÖ Yeni Toplam Puanı	18-25	93	1.43	1.11	91	0.79	0.78	184	1.11	1.01
	26-45	177	1.65	1.33	160	0.89	1.05	337	1.29	1.26
	46-65	99	1.50	1.29	95	1.06	1.12	194	1.28	1.23
	Toplam	369	1.55	1.27	346	0.91	1.01	715	1.24	1.19
Kısıtlama	18-25	93	1.14	1.18	91	0.64	1.03	184	0.89	1.14
	26-45	177	1.27	1.35	160	0.85	1.19	337	1.07	1.29
	46-65	99	1.07	1.14	95	0.77	1.07	194	0.93	1.11
	Toplam	369	1.18	1.25	346	0.77	1.12	715	0.99	1.21
Yeme ile İlgili Endişeler	18-25	93	0.69	0.80	91	0.37	0.64	184	0.53	0.74
	26-45	177	0.85	1.06	160	0.43	0.74	337	0.65	0.95
	46-65	99	0.74	1.00	95	0.53	0.76	194	0.64	0.90
	Toplam	369	0.78	0.98	346	0.44	0.73	715	0.62	0.88
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	18-25	93	1.83	1.50	91	1.07	1.00	184	1.45	1.33
	26-45	177	2.19	1.76	160	1.10	1.33	337	1.67	1.66
	46-65	99	2.09	1.86	95	1.41	1.55	194	1.76	1.74
	Toplam	369	2.07	1.73	346	1.18	1.32	715	1.64	1.61
Kilo ile İlgili Endişeler	18-25	93	1.41	1.24	91	0.71	0.81	184	1.06	1.10
	26-45	177	1.61	1.47	160	0.85	1.10	337	1.25	1.36
	46-65	99	1.50	1.39	95	1.11	1.21	194	1.31	1.32
	Toplam	369	1.53	1.40	346	0.89	1.07	715	1.22	1.29
YBDÖ Orjinal Toplam Puanı	18-25	93	1.32	1.07	91	0.73	0.75	184	1.03	0.97
	26-45	177	1.54	1.26	160	0.83	1.01	337	1.21	1.20
	46-65	99	1.42	1.25	95	1.00	1.05	194	1.21	1.17

	Yaş grubu	Kadın			Erkek			Toplam		
		n	Ort	SS	n	Ort	SS	n	Ort	SS
Tıkınırcasına Yeme	Toplam	369	1.45	1.21	346	0.85	0.96	715	1.16	1.14
	18-25	93	1.33	2.28	91	2.97	5.05	184	2.14	3.98
	26-45	177	2.02	3.75	160	1.70	3.31	337	1.87	3.55
	46-65	99	1.27	2.65	95	1.32	3.40	194	1.30	3.03
	Toplam	369	1.64	3.16	346	1.93	3.91	715	1.78	3.54
Telafi	18-25	93	0.05	0.23	91	0.46	2.98	184	0.25	2.10
	26-45	177	0.31	1.11	160	0.45	1.73	337	0.38	1.44
	46-65	99	0.14	0.62	95	0.15	1.01	194	0.15	0.83
	Toplam	369	0.20	0.84	346	0.37	2.00	715	0.28	1.52
	18-25	93	0.69	1.16	91	1.71	3.41	184	1.20	2.58
Tıkınırcasına Yeme Toplam	26-45	177	1.16	2.03	160	1.07	2.08	337	1.12	2.05
	46-65	99	0.71	1.42	95	0.74	1.81	194	0.72	1.62
	Toplam	369	0.92	1.70	346	1.15	2.46	715	1.03	2.11
	Toplam	369	0.92	1.70	346	1.15	2.46	715	1.03	2.11

ÖZGEÇMİŞ

Gülçin Baktıroğlu

Tel: +90 533 572 10 60

E-posta: gulcinbaktiroglu@gmail.com

Adres: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Fatih/İstanbul

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi : 12 Haziran 1985

Doğum Yeri : İstanbul

Medeni Hali : Bekar

Bilgisayar : Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint), SPSS

Yabancı Dil : İngilizce

Eğitim

2003-2007: İstanbul Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Bölümü Lisans Eğitimi (Mezuniyet Ortalaması: 88.1)

2007-2010: T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tezli) (Mezuniyet Ortalaması: 92.3)

Tez Çalışması: “Hemodiyalize Giren ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması”

2010- tez sürecinde: İstanbul Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Doktora Programı

Çalıştığı Kurum

04/2012-halen: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Klinik Psikolog, Psikoterapist (Bireysel ve grup terapilerinin yürütülmesi, Rorschach, MMPI gibi kişilik testleri ile nöropsikolojik batarya ve zeka testlerinin uygulanıp raporlanması).

Mesleki Eğitimler

11/2006-01/2007: Attended 32 hours of lectures titled “ The Painting and Crafts Workshop on the Human Brain” with Constanze Hahn and Nina Patzke within the framework of the Erasmus Programme agreement between İstanbul University Department of Psychology and Ruhr- Universität Bochum

11/2008- 09/01/2011: Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Mehmet Zihni Sungur tarafından verilen Bilişsel-Davranışçı Terapi ve Süpervizyonu eğitimi 1. ve 2. Modülü.

2008 : İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Arşaluy Kayır'ın yönetiminde psikiyatri asistanları ve psikologlara yönelik yapılan Psikodrama Eğitimi

14/9/2009- 01/2011: İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi Sorumlusu Prof. Dr. Doğan Şahin tarafından sürdürülen Psikanalitik Psikoterapi Eğitimleri ve Süpervizyonu

28/9/2009- 01/2011: İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi Sorumlusu Prof. Dr. Doğan Şahin tarafından yürütülen Kişilik Bozuklukları Terapi Eğitimi, Süpervizyon ve Çalışma Grubu

9-10/2009 : İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi Sorumlusu Prof. Dr. Doğan Şahin tarafından yürütülen Politik Psikiyatri Çalışma Grubu

13/5/2010- 4/2011: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bağımlılık Eğitimi. Eğitimciler: Uzman Danışman Jale Kerimol Johnson, Uzman Danışman Lee Johnson

01/2013- 01/2014: Kognitif Davranış Terapileri Derneği tarafından verilen Bilişsel-Davranışçı Terapi Eğitimi ve Süpervizyonu 3. modülü bitirme sınavında da başarılı olunmuştur.

11/2015: Avrupa Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (EABCT) Akreditasyonu

27-28 Ocak 2018: Assessment Systems tarafından düzenlenen Yetkinlik Bazlı Mülakat Eğitimi

31 Mart-1 Nisan 2018, 2-3 Haziran 2018, 2-3 Şubat 2019: Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği tarafından düzenlenen Dr. Joe Oliver tarafından verilen 48 saatlik Kabul ve Adanmışlık (ACT) Terapisi eğitimi.

2-3 Mart 2019, 4-5 Mayıs 2019: Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği tarafından düzenlenen Uzm. Dr İbrahim Bilgen ve Uzm Dr. Çağdaş Öykü Memiş tarafından verilen 32 saatlik Kabul ve Adanmışlık (ACT) Terapisi eğitimi.

Psikolojik Testler

Yüksek Lisans, Klinik Değerlendirme Dersi Dahilinde;

- MMPI

-TAT
-CAT
-CAT-H

Gelişimin Değerlendirilmesi Dersi Kapsamında;

-AGTE
-BENDER-GESTALT
-RAVEN PROGRESSİVE MATRİCES
-PEABODY

ölçeklerinin uygulama, yorumlama ve raporlarının yazılması için eğitim alınmıştır.

07/2012-06/2013: Psikanalist, Psikolog Dr. Zehra Karaburçak Ünsal tarafından verilen 47 saatlik *Rorschach* testinin uygulama, yorumlama ve raporlanması eğitimi.

02/2014-06/2014: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Öget Öktem Tanör tarafından verilen *Nöropsikolojik Test Bataryası* Eğitimi, süpervizyon Uzm. Psk. Ayfer Tümaç yönetiminde alınmıştır.

Çalışma Deneyimi

06/2008-06/2010: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (gönüllü) (süpervizyon altında)

16/11/2009-04/2012: İstanbul Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, Mediko Sosyal Merkezi, Klinik Psikolog

04/2012- devam ediyor: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikolog

03/2016-12/2018 : İstanbul Teknokent A.Ş. ile Türk Hava Yolları A.O. arasındaki hizmet alımı ile Psikolojik Değerlendirme Testi geliştirilmesi çalışması, pilot adaylarının mülakatlarını gerçekleştirmek üzere değerlendirme kurulu üyeliği.

Üye Olunan Dernekler

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

Nöropsikoloji Derneği