

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



YEME BOZUKLUKLARI-15 ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Muhammet Berkay ÖZYÜREK

Balıkesir, 2021

T.C.

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**YEME BOZUKLUKLARI-15 ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Muhammet Berkay ÖZYÜREK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Tunay KARLIDERE

Balıkesir, 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, eğitimimde büyük emekleri olan, bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında desteğini gösteren Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Tunay Karlıdereye'ye

Eğitim sürecimde daima yanımda olup desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Hayriye Baykan, Dr. Öğr. Üyesi Merve Şahin Can ve Dr. Öğr. Üyesi Nazan Dolapoğlu'na,

Asistanlık sürecimi birlikte geçirdiğim deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalandığım ve yardımlarını esirgemeyen değerli dostlarım ve çalışma arkadaşlarım Uzm. Dr. Osman Başkaya, Dr. Hüseyin Gülen, Dr. Emre Cem Esen, Dr. Özge Bebek İrem, Dr. Ali Türk, Dr. Duygu Özşenler, Dr. M. Raşit Bardakçı, Dr. Sinan Altınöz, Dr. Tuba Tuğ, Dr. Duygu Özcan'a, her daim destek ve yardımlarını esirgemeyen hemşire ve personel ekibimize

Rotasyonlarım sırasında değerli katkılarından ve yardımları için Dr. Öğr. Üyesi Nermin Tepe, Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Büyükşerbetçi, Dr. Öğr. Üyesi Ümmü Serpil Sarı, Dr. Öğr. Üyesi Mehtap Kocatürk ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş ve tüm ekibine,

Varlıklarından güç aldığım ve koşulsuz sevgilerini her zaman hissettiğim anne babam ve kardeşime,

Tezimin her aşamasında sonsuz desteğini gösteren, anlayışı ve sabrı ile hep yanımda olan, sevgili eşim Emine Betül Akbaş Özyürek'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Muhammet Berkay Özyürek

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	8
2. GENEL BİLGİLER.....	10
2.1 <i>Yeme bozuklukları.....</i>	<i>10</i>
2.1.1 Anoreksiya Nervoza	10
2.1.2 Bulimia Nervoza	17
2.1.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	23
2.1.4 Yeme Bozukluklarında Beden İmgesi	28
2.1.5 Yeme bozuklukları benlik saygısı.....	30
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	32
4. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	33
4.1 <i>Araştırma alanı ve Örneklemi</i>	<i>33</i>
4.2 <i>Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri.....</i>	<i>33</i>
4.3 <i>Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri</i>	<i>33</i>
4.4 <i>Araştırmada kullanılan veri toplama araçları</i>	<i>33</i>
4.4.1 Sosyodemografik form	34
4.4.2 Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği	34
4.4.3 Beck Anksiyete Ölçeği	34
4.4.4 Yeme bozukluğu 15 ölçeği (YB-15).....	35
4.5 <i>Veri Toplama ve Etik kurul.....</i>	<i>35</i>
4.6 <i>Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi</i>	<i>36</i>
4.7 <i>Hedef Ölçeğin Dağılım Özellikleri (tanımlayıcı verilerin sunumu)</i>	<i>36</i>
5. BULGULAR.....	38
5.1 <i>Tanımlayıcı Bulgular</i>	<i>38</i>
5.1.1 Sosyodemografik veriler.....	38
5.1.1 Ölçeklere ilişkin bulgular.....	40
5.1.2 YB-15 ölçeğinin cinsiyet ile ilişkisi.....	43
5.1.3 YB- 15 ölçeğinin öğrenim durumu ile ilişkisi.....	43
5.1.4 YB – 15 ölçeğinin iş durumu ile ilişkisi	44
5.1.5 YB – 15 ölçeğinin sosyal güvence ile ilişkisi	44
5.1.6 YB – 15 ölçeğinin medeni durum ile ilişkisi	44
5.1.7 YB – 15 ölçeğinin kimlerle yaşadığı ile ilişkisi.....	45
5.1.8 YB- 15 ölçeğinin BKİ ile ilişkisi	45
5.1.9 YB- 15 ölçeğinin psikiyatrik özgeçmiş ile ilişkisi	49
5.1.10 YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik soygeçmiş ile ilişkisi	49
5.2 <i>Geçerliliğe ilişkin bulgular.....</i>	<i>49</i>
5.2.1 Yapı geçerliliği	50
5.2.2 Birleşme/Ayrışma Geçerliliği	54
5.3 <i>Güvenilirliğe İlişkin Bulgular.....</i>	<i>55</i>
5.3.1 İç Tutarlılık	55
5.3.2 Test-Tekrar Tutarlılık	58
6. TARTIŞMA.....	61
6.1 <i>Ölçeğin güvenilirliği.....</i>	<i>67</i>

6.2	<i>Ölçeğin Geçerliliği</i>	70
6.3	<i>Kısıtlılıklar</i>	73
7.	SONUÇ VE ÖNERİLER	74
8.	KAYNAKÇA	75
9.	EKLER	87
9.1	<i>Yeme bozuklukları -15 ölçeği</i>	87
9.2	<i>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)</i>	88
9.3	<i>Beck Anksiyete Ölçeği</i>	92
9.4	<i>Demografik Bilgi Formu</i>	93
9.5	<i>Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu</i>	94



Tablolar

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları	38
Tablo 2: Katılımcıların özgeçmiş ve soygeçmiş verileri.....	40
Tablo 3: YBDÖ VE BAÖ ilişkin bulgular.....	41
Tablo 4: YB -15 ölçeği skorları	41
Tablo 5: YB -15 ölçeği maddeleri ve seçilme sıklığı	42
Tablo 6: YB-15 ölçeğinin cinsiyet ile ilişkisi	43
Tablo 7 : YB- 15 ölçeğinin öğrenim durumu ile ilişkisi	43
Tablo 8: YB- 15 ölçeğinin iş durumu ile ilişkisi.....	44
Tablo 9: YB – 15 ölçeğinin sosyal güvence ile ilişkisi	44
Tablo 10: YB – 15 ölçeğinin medeni durum ile ilişkisi	45
Tablo 11: YB – 15 ölçeğinin kimlerle yaşadığı ile ilişkisi	45
Tablo 12: YB – 15 ölçeğinin Beden kitle endeksi ile ilişkisi	46
Tablo 13: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve normal olan grubun kıyaslanması	46
Tablo 14: YB- 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve hafif kilolu olan grubun kıyaslanması.....	46
Tablo 15: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve obez olan grubun kıyaslanması.....	47
Tablo 16: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i normal ve Hafif kilolu olan grubun kıyaslanması.....	47
Tablo 17: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i normal ve Obez olan grubun kıyaslanması	48
Tablo 18: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i Hafif kilolu ve Obez olan grubun kıyaslanması	48
Tablo 19: YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik özgeçmiş ile ilişkisi	49
Tablo 20: YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik soygeçmiş ile ilişkisi.....	49
Tablo 21 : Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri	51
Tablo 22: Standardize regresyon katsayıları	51
Tablo 23: Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri	52
Tablo 24: Standardize regresyon katsayıları.....	53
Tablo 25: YB-15 ölçeği Beck anksiyete ölçeği, YBDÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu	55
Tablo 26: YB-15 Cronbach's Alfa değerleri	56
Tablo 27: YB-15 Tüm Maddeleri İle Madde İç Tutarlılığı Araştırılması	56
Tablo 28: YB-15 ölçeğinin İç faktörleri arasındaki korelasyon	57
Tablo 29: YB-15 ölçeği maddeleri iç tutarlılıkları	58
Tablo 30: Tatham ve ark. YB-15 ölçeği geliştirilmesi çalışmasında YBDÖ ile korelasyonları	59
Tablo 31: Rodrigues ve ark. YB-15 ile YBDÖ arasındaki korelasyonlar	60

Şekiller

Şekil 4-1 YB-15 DFA grafik ile gösterilmesi

Kısaltmalar

YB-15	Yeme Bozuklukları-15 Ölçeği
YBDÖ	Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği
AN	Anoreksiya Nervoza
BN	Bulimia Nervoza
BTAYB	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
LH	Luteinleştirici Hormon
5HTTLPR	Serotonin Transporter Gen Polimorfizmi
Bİ	Beden İmgesi
EDSWC	Yeme Bozuklukları-15 Ağırlık Ve Şekil Endişesi
EDEC	Yeme Bozuklukları-15 Yeme Endişesi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ICC	Sınıf İçi Korelasyon
RMSA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
GFI	Uyum İyiliği İndeksi
SMRM	Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskısı
DSM-4	Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı 4. Baskısı
EDE	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi
SCID-I	Dsm-İv Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
EAT	Yeme Tutum Testi
EDI	Yeme Bozukluğu Envanteri
EDDS	Yeme Bozukluğu Tanısal Skalası
EDQOL	Yeme Bozuklukları Yaşam Kalitesi Ölçeği
BULIT-R-	Bulimiya Testinin Gözden Geçirilmiş Versiyonu

1. ÖZET

YEME BOZUKLUKLARI-15 ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Amaç: Yeme tutum ve davranışlarını ölçen Yeme bozuklukları-15 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak ölçeği Türkçe'ye kazandırmak, ölçeğin faktör yapısı ve psikometrik özelliklerini belirlemek.

Yöntem: Araştırmada, 270 sağlıklı gönüllü katılımcı grubunda Yeme Bozuklukları-15, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik veri maddelerini içeren formlar online formata dönüştürülmüş ve katılımcılara ulaştırılarak veriler elde edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $34,98 \pm 10,66$ yıl ve %75,6'si kadındı. Yeme Bozuklukları-15 ölçeğinin ortalama skoru $1,35 \pm 1,12$ olarak hesaplanmıştır. Güvenilirlik analizleri için tüm ölçek (Cronbach Alfa= 0,92), alt ölçekler ve tekrar-test için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmış, elde edilen sonuçlar Türkçe formun güvenilirliğini desteklemiştir. Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,32-0,76 arasında elde edilmiştir ve tümü de istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Ayrıca Doğrulayıcı Faktör Analizi uyum indekleri sonuçları (NFI: 0,959, RFI: 0,944, CFI:0,975, IFI:0,975, GFI : 0,951 AGFI:0,919 RMSA:0,069) yapısal olarak geçerli bulunmuştur. Yeme Bozuklukları -15 ile Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete toplam puanları arası korelasyonları incelenmiş ve anlamlı bulunmuştur(0,43-0,72) tüm p değerleri 0,001 den küçük olarak gözlemlenmiştir.)

Sonuç: Yeme Bozuklukları-15 Ölçeği Türk toplumunda kullanıma uygun ve geçerli-güvenilir bir ölçme aracı olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları-15 ölçeği, güvenilirlik, geçerlilik, yeme bozuklukları

SUMMARY

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF EATING DISORDERS-15 SCALE

Objective: This study aims the validity and reliability of the Turkish version of the Eating Disorders-15 scale, which measures eating attitudes and behaviors, to determine the factor structure and psychometric properties of the scale.

Methods: In this study, data were collected by sending the online format of forms containing the Eating Disorders-15, Eating Disorders examination questioner, Beck Anxiety Scale, and Sociodemographic data items to the participants in a group of non-clinical 270 volunteers.

Results: The mean age of the participants was 34.98 ± 10.66 years and 75.6% of them were women. The mean score of the Eating Disorders-15 scale was calculated as 1.35 ± 1.12 . For reliability analyses, Cronbach Alpha values were calculated for the scale total score (Cronbach Alpha= 0.92), subscales score, and retest, and the results supported the reliability of the Turkish form. The item-total correlation coefficients of each item were between 0,32-0,76, and all of them were statistically significant. In addition, the results of the Confirmatory Factor Analysis fit indices (NFI: 0,959, RFI: 0,944, CFI: 0,975, IFI: 0,975, GFI: 0,951 AGFI: 0,919 RMSA: 0,069) were found scale structural to be valid formation. The correlations between Eating Disorders -15 and the Eating Disorders examination questioner, Beck Anxiety total scores were examined and found to be significant (0,43-0,72, all p values were observed to be less than 0,001).

Conclusion: Eating Disorders-15 Scale has been determined to be a suitable and valid-reliable measurement tool for use in Turkish society.

Keywords eating disorders, Eating disorders-15 scale, validity, reliability

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları son zamanlarda dünyada daha sık görülmeye başlayan, sıklıkla kronikleşen, anormal yeme davranışı ve kilo kontrol davranışı ile giden ciddi psikiyatrik rahatsızlıklardır (2). Adolesanlarda ve kadınlarda daha sık görülür, tekrarlayıcı özellikte olabilir (3), sıklığı özellikle adolesanlarda giderek artmaktadır (4). Yeme bozuklukları kültürel olarak zayıflığı ön plana çıkaran görüşler nedeniyle çok yeni bir fenomen olarak düşünülse de 1952 yılından beri tanı kılavuzlarında yer almaktadır(5).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-4) 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) ile 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(6)(7).

2.1.1 Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza, bireyin kendi yaşı ve boyu için olağan sayılan kiloyu veya bunun üzerinde bir kiloda olmayı kabul etmeme, yoğun bir kilo alma korkusu, vücut imajından rahatsız olma veya vücut biçimini algılama bozukluğu ile giden bir yeme bozukluğudur(8).

2.1.1.1 Tarihçesi

AN teriminin 19'uncu yüzyılın sonlarında ilk defa kullanıldığı düşünülmektedir. Fransa'da Leseque ve İngiltere'de Gull tarafından 1987 yılında eş zamanlı olarak tanımlandığı biliniyordu. Yapılan çalışmalar istemli açlığın Antik Mısır ve Yunan kültüründe 1-3 gün boyunca devam eden perhizler şeklinde uygulandığını göstermektedir (9).

Yapılan bir derlemede AN benzeri kendi kendine açlık örneklerinin ilk defa Helenistik dönemde görüldüğü gösterilmiş ve bu dönemlerde, kendi kendine açlık davranışının şeytani dünyadan uzaklaşarak ruhunu kutsama amaçlı olarak yapıldığı ileri sürülmüştür (10). Rönesans döneminde anoreksik davranış sıklığının arttığı ve bu dönemde insanların Tanrı'ya giden yol olarak kendilerini aç bıraktığı ve zeytin dalları ile kendilerini kusturdukları bildirilmiştir (10).

AN'yi ilk defa klinik bir tablo olarak tanımlayan kişinin "De l' Anorexie Histerique" isimli makalesini yayımlayan Charles Lasegue olduğu, Lasegue'in bu rahatsızlığı "Histerik Anoreksi" olarak adlandırdığı ve bu durumun aile içi dinamikler le tetiklenebileceğini söylediği belirtilmektedir (11). Waller ve arkadaşları, 1940 yılında yayımladıkları makalede; AN'nın psikosomatik bir hastalık olduğunu belirtmişler ve hastalığın psikodinamik yönünü incelemişlerdir. AN'deki gastrointestinal belirtilerin kişinin bilinçdışı hamilelik düşlemlerinin simgeleştirilmesi olduğunu iddia etmişlerdir. Amenorenin cinselliğin reddinin bir yolu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Aile içi çatışmalar ve anne-çocuk rekabetinin beslenme bozuklukları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (12). Yirminci yüzyıla gelindiğinde Hilde Brunch patolojik obezite korkusu ve beden imgesi bozukluğunu tanımlamıştır. Bununla birlikte psikodinamik ve analitik hipotezler de bu dönemde eklenmiştir (10).

Tarih boyunca rastlanan ve bu zamana kadar ulaşan anoreksi benzeri (kendi kendine açlık davranışı ve oruç gibi) durumların, günümüzde AN tablosunu anlama ve açıklamada klinisyenlere ışık tuttuğu düşünülebilir.

2.1.1.2 Tanı kriterleri

İlk kez DSM-IV'te (1994) bağımsız bir başlık olarak tanımlanan Yeme Bozuklukları'ndan Anoreksiya Nervoza'nın DSM-4'ye göre tanı ölçütleri şunlardır : (7)

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. Kadınlarda 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).

Alt Tipleri ise şu şekilde sınıflandırılmıştır:

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.

Rutin klinik uygulamalarda yeme bozukluğu olgularının çoğunun “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu” kriterlerini karşıladığı görülebilmektedir. Bu hastalar aynı zamanda AN ya da BN tanı kriterlerini de karşılayabilmekte ve bu durum ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. Bu kısıtlılıklar nedeniyle yeme bozuklukları tanı kriterlerinin yeniden tanımlanmasının yararlı olabileceği düşünülmüş ve DSM-5'te tanı kriterlerinde bu yönde birtakım değişiklikler yapılmıştır (13).

DSM-5'in yayımlanması ile birlikte yeme bozukluklarından Anoreksiya Nervosa'nın tanı ölçütleri şunlar olmuştur: (6)

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

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.

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

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 görünümünü 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 nervosa 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.

2.1.1.3 Epidemiyoloji

Yüksek gelirli ülkelerde AN'nın yaşam boyu prevalansı kadınlarda %1 erkeklerde ise %0,5 olarak gözlemlenmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda tanı standartı olarak DSM-4 kullandığı için net prevalansı hesaplamak zordur (14). Bu hastaların tanı kriterleri DSM-5 standartlarına göre uyarlandığında nokta prevalansın %0,3-0,5 olduğu bulunmuştur (15). Yapılan çalışmalarda AN sıklığının adolesan popülasyonda son 20-30 yılda arttığı gösterilmiştir (14).

İki bin yedi yılında yapılan bir çalışmada DSM-4 kriterlerine göre AN yaşam boyu prevalansı %2,2 olarak bildirilmiş, 15-19 yaş arası kadınlarda ise 100.000'de 270 kişi/yıl olarak bulunmuştur (16). Hudson ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmış olan başka bir çalışmada, AN yaşam boyu prevalansı %0,9 olarak bulunmuştur (17).

Ülkemizde Erzenin ve Vardar tarafından 2.907 lise öğrencisi ile yapılmış olan bir araştırmada AN nokta yaygınlığı % 0,034 olarak bulunmuştur (18).

AN insidans ve prevalansını belirlemek; hastaların yardım arayışında olmayışı, hastalığı saklama eğiliminde olmaları ve sıklığının genel popülasyonda görülme oranların düşük olması nedeniyle güç olmaktadır (3).

2.1.1.4 Klinik Görünüm

AN'nin karakteristik özellikleri arasında şiddetli kilo kaybı ve yetersiz beslenme ile ilişkili ikincil sorunlar bulunur. Kilo kaybı temel olarak gıda alımındaki azalmadan kaynaklanır. Bununla birlikte egzersiz yapma, metabolik uyarıcı madde kullanımı ve soğuğa maruz kalma gibi enerji tüketimini artıran veya çok çığneme, tükürme ve kusma gibi enerji alımını azaltan diğer davranışlar da buna katkıda bulunabilir. Bu davranış için en yaygın güncel açıklama aşırı kilolu olma korkusu olsa da diğer nedenler mükemmellik dürtüsü ve düşük öz-değer (yemeyi hak etmemek) olarak gösterilebilir. AN'nin dikkate değer bir özelliği,

bireyin kendisini “hasta” olarak nitelendirmemesidir. İç görüsü olmayan bu hasta grubunun tedavisi de zorlaşmaktadır (19).

Yoğun kilo alma korkusu AN’de temel bir özelliktir; ancak hastalar bunu genellikle reddederler. Bu durum hastanın davranışlarına yemeğin hazırlanması da dahil olmak üzere yenen her şeyin tam kontrolüne sahip olmak isteme olarak yansır. Vücut ağırlığına ve şekline aşırı odaklanma, bozukluğun ayrılmaz bir parçasıdır (20).

AN hastalarının ağırlıklarının düşük olması birtakım fiziksel belirtiler de ortaya çıkarmaktadır. Bunlar arasında; uykuda azalma, soğuğa duyarlılık, artmış tokluk hissi ve azalan enerji bulunmaktadır. Amenore, AN’de temel bir klinik özelliktir. Düşük kilolu hastalarda Luteinizan Hormon (LH), Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) ve östrojen düzeyi azalmaktadır. Puberte öncesi kız çocuklarında olduğu gibi bu hastalarda da 24 saatlik LH salınımında anormallik söz konusudur. Kilo alımı ile çoğu hastada LH seviyeleri normal düzeye gelmektedir. Yeme kısıtlamasının ortadan kalkması ve psikolojik iyileşmenin ortaya çıkması ile menstrual döngü normalleşmektedir. Bu hastalarda kendini aç bırakma davranışının bir sonucu olarak büyüme hormonunun salınımında düzensizlikler ortaya çıkmaktadır. Vücutta elektrolit düzeyindeki (Klor, Potasyum) anormallikler ise az sıvı alımı, kusma sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durum halsizlik, fiziksel zayıflık ve hatta kalp ritminde bozulma olarak kendini göstermektedir (21).

AN ile birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar arasında majör depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma ile ilgili bozukluklar ve madde kötüye kullanımı yer alır. Anoreksiyalı hastalar arasında intihar riski yüksektir ve tahmini insidans, kontrollerdekenden 18 kat daha fazladır (22).

2.1.1.5 Etiyoloji

Etiyolojisinde çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşünülen AN için riski en fazla arttıran faktörün aile üyelerinde sık diyet yapma davranışı olduğu gösterilmiştir (19).

AN etiyolojisinde önemli bir yer tutan kalıtsallık tahminleri %28-74 arasında değişmektedir. AN ile vücut kitle indeksi arasında önemli bir negatif genetik korelasyon ve AN ile şizofreni arasında önemli bir pozitif genetik korelasyon olduğu bildirilmiştir (23).

AN'li hastalarda yapılan ikiz çalışmasında monozigot ikizlerde %55 dizigotik ikizlerde ise %5 genetik geçiş olduğu gösterilmiş ve bu bulgular ışığında AN'nin etyolojisinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığı gösterilmiştir (24).

AN gelişiminde en önemli iki psikolojik faktörün düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik olduğu gösterilmiştir. Anoreksiyalı çocuk ve ergenlerin ise çocukluk travmalarına ve istismara daha fazla maruz kaldığı gösterilmiştir (25).

Bilişsel davranışçı görüşe göre yeme davranışını kontrol etme ile aşırı uğraş bu hastalığın temelini oluşturur. Özellikle Batı toplumunda kişinin benlik değerinin, kişinin kilosu ve beden görünüşü ile yakından ilgili olması kilo kontrolünü kişi için zorunlu kılmaktadır. Bu kişilerde, katı mükemmeliyetçi bir tutumla kendisini ve hayatının her alanını yoğun bir kontrol altında tutma çabası mevcuttur (26).

AN hastalarında nörotransmitter düzeyinde serotonin geçişinde bozulmanın olduğu gösterilmiştir. Bu geçiş azalmasının hastalık öncesinde kaygı, düzen, simetri gibi obsesif belirtilere ve yeme ritüelleri gibi intruziv düşüncelere neden olduğu düşünülmektedir. Bu disforik mizaç anhedoni ve yeme davranışı ile ilgili ödül mekanizmasını da etkileyerek yeme isteğinde azalmaya ve yemek yemeye karşı duyarsızlaşmaya yol açabilmektedir (14).

2.1.1.6 Prognoz

Bir meta analizde (5.590 AN hastasını kapsayan 119 çalışma) hastaların % 59,6'sında menstrüel döngünün normale gelmesi ile birlikte hastaların kilolarının da normal sınırlara geldiği gösterilmiştir (27).

AN hastalarının yarıya yakını remisyon ve %30'u kısmi düzelme göstermekte, %20'si kronikleşmektedir. Bu bulgular ile birlikte hastaların büyük çoğunluğunda kısmi veya tam iyileşme olsa da kilosu normale gelen ve menstrüel döngüsü normalleşen hastalarda ruhsal (disfori) ve sosyal zorlukların devam ettiğini gösterilmiştir (28).

Genel olarak, hastalığı on yedinci yaş gününden önce başlayan hastalar, yetişkin başlangıcından daha iyi bir sonuç elde ederken, prepubertal başlangıç daha kötü bir seyir

sağlar. Uzun süreli takip çalışmaları, kronik vakaların erken ölüm riski ile ilişkili olduğunu doğrulamıştır (29).

Ölüm oranına ilişkin bir meta-analizde, anoreksiya nervoza tüm ruhsal bozukluklar arasında en yüksek ölüm oranıyla ilişkilendirilmiştir (30). Başka bir derleme çalışmasında hastalık takip süresi 4 yıl, 4-10 yıl, 10 yıldan uzun olmak üzere 3 gruba ayrılmış ve mortalite oranlarının sırasıyla % 0,9 - %4,9 - %9,4 olduğu bulunmuştur. AN'ye bağlı ölümlerin çoğu açlıkla ilişkili tıbbi komplikasyonların, özellikle kardiyak komplikasyonların ve ciddi enfeksiyonların doğrudan bir sonucu olsa da bu bozukluğu olan hastalarda beş ölümden biri intihardan kaynaklanmaktadır (31). Anoreksiya nervozalı erkek hastalarda seyir ve sonuç verileri az olsa da ölüm riskinin yüksek olduğu ileri sürülmektedir (30).

2.1.2 **Bulimia Nervosa**

Tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, yemeyi durduramama korkusu, kusma, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi davranışlarla karakterize bir bozukluktur (32).

2.1.2.1 **Tarihçe**

Bulimia terimi, Yunanca βουλιμία "kurt gibi aç", βούς bous, "öküz" ve λιμός, līmos, "açlık" bileşiklerinden gelmektedir. Kelimenin tam anlamıyla, bozukluğun bilimsel adı olan bulimia nervosa, "öküzü yiyebilecek kadar olan açlığı" anlamına gelir (33).

BN için teşhis kriterleri 1979'a kadar ortaya çıkmasa da yapılan çalışmalarda bildirilen kanıtlar yeme ve kusma davranışının bazı eski kültürlerde popüler olduğunu göstermiştir. Elde edilen kanıtlarda BN'ye benzeyen ilk belgelenmiş davranışın, Xenophon'un Anabasis isimli kitabında Yunan askerlerinin Küçük Asya dağlarında kendilerini kusturduklarına yer vermesi olduğu belirtilmiştir. Öncesinde aşırı yeme davranışı olup olmadığına dair bilgi bulunamamıştır (33).

Eski Mısır'da, doktorların sağlığı korumak için ayda üç gün kusmayı tavsiye ettiği ve bu uygulamanın insanda oluşan hastalıklarının gıdanın kendisinden kaynaklandığı inancından

ileri geldiği öne sürülmüş, Antik Roma'da ise seçkin toplum üyelerinin tüm gün ziyafetlerde daha fazla yemek yemek ve midelerinde "yer açmak" için kustukları ifade edilmiştir (34).

Yüzyılın başında bulimianın (aşırı yeme) klinik bir semptom olarak olarak görülmeğe başladığı, kilo kontrolü için yapılan kusma davranışının 1900'lerin ortalarında da yoğun bir şekilde devam ettiği, bu döneme ait çeşitli çalışmalarda BN'nin modern tanımından muzdarip hastaların farklı tanımlarla takip edildiği anlaşılmaktadır (33).

BN'nin 1979'da bir tanımını yayınlayan Gerald Russell, "şişman olma korkusu" olan ve daha sonra aşırıya kaçan ve kusan hastaları incelediği, tedavi seçeneklerini gözden geçirdiği çalışmasında BN'ye depresyon ve intiharın eşlik edebileceğini, bu nedenle hastalığın ciddi olduğunu ileri sürmüştür (35). BN'nin ilk olarak 1980'de DSM-3'te tanımlanmasının ardından, belgelenmiş BN insidansı ani bir artış göstererek 1980'lerin başında her 100.000 kişide yaklaşık 40'a yükselse de 1980'lerin sonunda her 100.000 kişide 27'ye düştüğü bildirilmiştir (33).

2.1.2.2 Tanı kriterleri

İlk kez DSM-4'te bağımsız bir başlık olarak tanımlanan Yeme Bozuklukları'ndan Bulimiya Nervoza'nın DSM-4 için tanı ölçütleri şunlardır: (7)

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 Nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

DSM-4'e göre BN'nin iki tipi tanımlanmıştır; Çıkartma Olan=ÇO (+) ve Çıkartma Olmayan=ÇO (-) Tip. Bunlardan ÇO (+) tipte BN'nin o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendini kusturmuş ya da laksatifler, diüretikler/lavmanları kötüye kullanmıştır, ÇO (-) tipte ise yemeyi kısıtlama ya da aşırı şekilde egzersiz yapma gibi uygunsuz telafi davranışlarına girerken kendini kusturma, laksatif, diüretik kullanımı gibi davranışlarda bulunmamaktadır (7).

DSM-5'in geliştirilmesi ile birlikte Yeme Bozuklukları'ndan Bulimiya Nervosa'nın tanı ölçütleri ise: (6)

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 denetimin 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.

DSM-5'te BN 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 hiçbiri 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-on üç 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 (36).

2.1.2.3 Epidemiyoloji

BN'nin yaşam boyu yaygınlığı %0,9-3 arasında, yıllık prevalansı ise %0,4, kadın-erkek oranı 3:1 ve ortalama başlangıç yaşı 16-17 olarak tespit edilmiştir (37). DSM-5'ten önceki kriterlere göre, genç kadınlar arasında kabul edilen genel yaşam boyu yaygınlık % 1 olarak saptanmış olsa da semptom sıklığının haftada bire düşürüldüğü yeni DSM kriterlerine göre yaşam boyu yaygınlık %2,3 olarak belirlenmiştir. Yaşam boyu yaygınlığın kadınlarda %0,9-1,5 ve erkeklerde %0,1-0,5 olmak üzere cinsiyete göre farklılık gösterdiği öne sürülmüştür (14).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir yaygınlık çalışması oranların Hispanik / Latin popülasyonunda (%2) Latin olmayan beyazlardan (%0,51) belirgin yüksek olduğunu göstermektedir; bu, AN için bildirilen etnik köken oranından çok farklıdır (14).

BN insidansı çeşitli araştırmalarda farklılık göstermekte olup bunun en önemli nedeninin; toplumun büyük kesiminin bu hastalık ile ilgili tedavi arayışına girmemesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bu durum elde edilen oranlarda farklılıklar yaratmaktadır (16).

2.1.2.4 Klinik Görünüm

Klinik görünüm olarak BN'yi AN'den ayıran en önemli fark tıknırcasına yeme nöbetlerinin oluşudur. Tıknırcasına yeme genellikle 2 saat içerisinde bir kişinin yiyebileceğinden daha fazlasını yeme olarak tanımlanır. Bu ataklar sırasında genel olarak kişiler hissizlik duygusuna sahiptir. Bu atakları genel olarak yalnız kaldıklarında (Örn; eve geldiğinde ebeveynleri gelmeden veya gece yatak odasında gizli gizli) yaparlar. Tetikleyiciler beden şekli ve ağırlığından memnun olmama, stres, sıkılma halidir. Bu ataklar başta rahatlama yaratsa da sonrasında disfori ve suçluluk hissi uyandırır. Tıknırcasına yemeyi stresten ve suçluluktan kurtulmak için telafi edici davranış izler. Telafi edici davranışlar arasında kusma, müshil kullanımı, aşırı egzersiz, laksatif kullanımı, uzun süreli açlık yer alabilir. Kusma için

genel olarak öğürme refleksi tetikleniyor olsa da çok su veya alkol alarak da kusma eylemi tetiklenebilir. Bu telafi edici mekanizmalar 3 ay boyunca haftada en az bir kez gerçekleşmelidir (38).

BN tanısı olan hastalarda fizyolojik şikayetler önemli düzeyde görülmemektedir. Bununla birlikte kusma davranışı ve laksatif/diüretik kullanımı sıklığına bağlı olarak kişilerin elektrolit dengesi bozulabilmektedir. Bu elektrolit anomalileri arasında hipokalemi, hipokalsemi, hipofosfatemi, hiponatremi ve hipomagnezemi sayılmaktadır. Ayrıca glomerüler filtrasyon hızında azalma ve hipovolemi de görülmektedir. Ek olarak kandaki üre nitrojeninde artış ve geçici azotemi de ortaya çıkabilmektedir (39). Aşırı kusmaya bağlı reflü ve kronik gastrit görülebilir ve bunlar da ikincil kusmalara neden olabilir (40). Telafi davranışı olarak kusma kullanıldığında sindirim sisteminde yiyecekleri parçalayan güçlü asitler dış minesinde tahribata yol açabilir. Tekrarlayan kusmalar dış minesini aşındırır ve saydam bir hale gelmesine neden olur. Ağız içinde ve tükürük bezlerinde enfeksiyon gelişerek ağız kokusuna neden olabilir (41).

2.1.2.5 Etiyoloji

Yeme bozukluklarının etiyojisinin, genetik yatkınlık, çevresel etkiler ve psikolojik özelliklerin bir kombinasyonunun rol aldığı çok faktörlü bir yapı olduğu düşünülmektedir. Yeme bozukluğu davranışları olan bir hastanın ailesindeki diğer üyelerde de yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin olması alışılmadık bir durum değildir. YB hastalarının akrabalarında 10 kat daha fazla YB gelişme riski olduğu ve bunun yeme bozukluklarının kalıtsal geçişinde önemli bir gösterge olabileceği düşünülmektedir. İkiz çalışmaları BN'nin kalıtsal geçişinin %28-83 arasında olduğunu göstermektedir (42).

İdeal beden imgesinin sık olarak medyada gösterilmesi bulimia gelişimine katkıda bulunan bir faktör olduğu düşünülmektedir. Fiji'de yapılan bir çalışmada televizyon izlenme sıklığının artması ile birlikte yeme sonrası telafi edici davranış sıklığının anlamlı oranda arttığı gösterilmiştir. Yeme bozukluğu olan kişilerin yeme bozukluğu olmayan kişilere oranla intihar oranlarının 7,5 kat daha sık olduğu gözlemlenmiştir (43).

BN'yi açıklamada altın standart olarak kabul edilen bilişsel davranışçı modelde düşük benlik saygısıyla birlikte kilo ve vücut şekli ile ilgili aşırı endişenin katı beslenme kurallarına

yol açacağı iddia edilmektedir. Bu aşırı katı kurallara uymak gerçekçi bir yaklaşım olmamakla birlikte bu kurallardaki en ufak bir ihlal tam bir kaymaya neden olabilmektedir. Kişinin kural ihlali yapması ve sonucunda oluşan suçluluk ve ikili düşünme hali kişiyi aşırı telafi hareketine götürmektedir. Bu durum da benlik saygısını düşürmekte ve vücut şeklini bozmaktadır. Bu kısır döngü halinde devam eden bir süreç olarak tanımlanmıştır (44).

Bulimia etiolojisini sosyo-kültürel bir perspektifle incelerken, kişinin beden algısı olarak "ideal ince görünümü içselleştirmesi" önemli ölçüde sorumludur. İdeal ince görünümü içselleştirme, bireylerin toplumsal çekicilik ideallerine ne ölçüde uyum sağladıklarıdır. Araştırmalar, moda dergileri okuyan genç kadınların okumayan kadınlara göre daha fazla bulimik semptomlara sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir ki bu bulgu medyanın, bozukluğun gelişme olasılığı üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Bireyler önce idealleri kabul eder ve "satın alırlar", sonra da toplumsal çekiciliğin ideallerini yansıtmak için kendilerini dönüştürmeye çalışırlar. Sonuç olarak, zayıflık güdüsüyle birleşen vücut tatminsizliği diyet yapmayı ve olumsuz etkileri teşvik ederek sonunda tıknırcasına yeme ve aşırı telafi davranışı gibi bulimik semptomlara yol açabilir. Kilo alımını önlemek için olan kusma davranışı sonuç olarak kendinden tiksineye neden olur (45).

2.1.2.6 Prognoz

Yeme bozukluğu (AN ve BN) olan ergenler genellikle yetişkinlerinkinden önemli ölçüde daha iyi sonuçlara sahiptir. BN hastalarında iyileşme, gelişme ve kronikliği inceleyen 27 araştırmadan alınan verilere göre BN'li hastaların yaklaşık %45'inin tam iyileşme gösterdiği, %27'sinde semptomlarda iyileşme olduğu ve %23'ünün kronik seyir gösterdiği gözlemlenmiştir (46). Başlangıç yaşının erken, semptom süresinin kısa ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin iyi olması iyi prognostik faktörler arasında vücut şekli ve kilosuna sürekli aşırı vurgu, fiziksel kötü muamele öyküsü, rahatsız aile ilişkileri, zayıf motivasyon, kendine zarar verici davranışlar ve kişilik bozukluğunun varlığı yer alır. BN'den ölüm oranı, genel popülasyona göre daha yüksek olmasına rağmen, AN ile karşılaştırıldığında yetişkinler arasında daha düşük görülmüştür; AN olan hastalar arasında altı kat artışa kıyasla BN olan hastalarda üç kat fazla ölüm riski vardır. BN için genel ölüm oranı %3,9 olarak tespit edilmiştir. BN ile ilgili tıbbi riskler olmasına rağmen, ölümlerin çoğunun nedeni intihardır. BN'li ergenlerde intihar düşüncesi (%5,93), intihar teşebbüsü (%6,56) ve tekrarlayan intihar girişimi (%5,64) riski artmıştır (47).

2.1.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur (48).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun (TYB) temel özelliği, yemek yeme alışkanlıkları bu tanıma uyan kişilerde BN'nin ayırt edici özelliği olan tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için, hastanın kendini kusmaya zorlaması, ishale yol açan ya da idrar söktürücü ilaçlar kullanması, yeme alışkanlığını uzunca bir süre dizginlemesi yahut yorucu beden hareketleriyle metabolizmayı hızlandırması gibi tedbirlerin alınmamasıdır (48).

2.1.3.1 Tarihçe

TYB ilk olarak 1959'da psikiyatrist Albert Stunkard tarafından kayıt altına alınmıştır. Stunkard, "Yeme Kalıpları ve Obezite" başlıklı makalesinde, düzensiz aralıklarla aşırı miktarlarda yemek yeme davranışından bahsetmiş, bu davranışların bazılarının gece yemek yeme davranışı ile bağlantılı olmadığını gözlemlemiştir. Bu farklılık nedeniyle uyku veya gece saatleriyle bağlantılı olmayan yeme olaylarını tanımlamak için tıkınırcasına yeme terimini ilk defa kullanmıştır (49).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 1987'de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM) aşırı yeme davranışını bulimia kriterleri ve özellikleri arasında listelemiştir. APA 1994 yılında, DSM-4'te tıkınırcasına yeme davranışına tekrar yer vermiş ancak, tıkınırcasına yeme "başka türlü adlandıramayan yeme bozukluğu" (BTAYB)'un bir özelliği olarak eke dahil edilmişti. DSM'nin gözden geçirilmiş 5'nci baskısı 2013 yılında yayınladığında TYB'ye ayrı bir başlık altında yer verdi (50).

2.1.3.2 Tanı kriterleri

DSM-5'te TYB için sıklık ve şiddetine göre ek birtakım sınıflandırmalara gidilmiştir. Bunlar;

Şiddetine göre; tam olmayan yatışma gösteren (tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanmış ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir haftada birden az olan), tam yatışma gösteren (tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanırken, bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır)

Sıklığına göre ise; ağır olmayan (haftada 1-3 kez tıkınırcasına yemenin olduğu), orta derecede (dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olduğu), ağır (8-13 kez tıkınırcasına yemenin olduğu) ve aşırı düzeyde (haftada 14 ya da çok daha fazla tıkınırcasına yemenin görüldüğü) olarak tanımlanmıştır (36).

DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri şunlardır: (6)

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 duygusunun 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.

2.1.3.3 Epidemiyoloji

Erişkin yaş grubunda en yaygın görülen yeme bozukluğudur (51). Ancak, TYB DSM-5 de ayrı bir başlık altında incelenmeye başlanmış bir hastalık olduğu için yaygınlığı ile ilgili yapılmış olan çalışmalar kısıtlıdır.

Avustralya'da toplum temelli yapılan bir araştırmada, nüfusun %1'inde TYB olduğu gösterilmiştir (52). Kinzl ve ark. yaptığı bir çalışmada TYB erkek cinsiyet örnekleminde %0,8 ve kadın örnekleminde %1 oranında bir yaygınlık olduğu gösterilmiş ve TYB'in cinsiyetler arasında eşit olarak dağıldığı ileri sürülmüştür (53).

Obezite ile ilişkili olduğu gösterilen TYB konusunda en çok araştırılan popülasyon, kilo verme tedavisi arayan obez yetişkinlerden oluşmaktadır. Bu hasta grubunda bildirilen yaygınlık oranları %1,3 ile %30,1 arasında değişiklik gösterir (54). Ayrıca TYB'nin obezite derecesi daha fazla olan hasta gruplarında daha sık eş tanı olarak yer aldığı gösterilmiştir (52). Tip 2 Diabetes mellituslu hastalarda yeme bozukluğu prevalans oranları da araştırılmış olup bu grup hastaların %10'unda tıknırcasına yeme ile karakterize bir yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur (55).

Türkiye'de 2006 yılında yeme bozukluklarının üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını araştırmak için yapılan bir çalışmada, 951 (492 kız, 459 erkek) öğrencinin yalnızca 21'inde (%2,2) yeme bozukluğuna rastlandığı, bunların 18'inin (%1,7) BN, 3'ünün (% 0,31) ise TYB olduğu; TYB saptanan öğrencilerin hepsinin erkek olduğu gösterilmiştir. (56) Türkiye'de ergenlerdeki yeme bozukluğunun yaygınlığını araştırmak için yürütülen bir başka çalışmada, TYB yaygınlığının %0,99 olduğu bulunmuştur. Bu oran, anoreksiya nervozadan (AN) (%0,034) ve BN'den (%0,79) daha yüksektir. TYB'nin erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir (18).

2.1.3.4 Etyoloji

TYB'nin etiyolojisi hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Genetik etmenleri araştıran çalışmalarda TYB'nin genetik temeli olduğuna dair kuvvetli bulgular edinilmiştir. TYB'li kadınların birinci derece akrabalarıyla normal popülasyona göre TYB'nin daha sık görüldüğü

gösterilmiştir. Aynı zamanda obez hasta grubunun incelendiği bir çalışmada TYB görülme oranı TYB'li kadınların birinci derece akrabalarında daha yüksek bulunmuştur (57). İkizler üzerinde yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yeme davranışında kalıtımın payının %41 olduğu belirlenmiştir (58). TYB olan hastalar üzerindeki yapılan bir gen çalışmasında, serotonin transporter gen polimorfizminin (5HTTLPR) TYB'ye yatkınlık oluşturduğu belirtilmektedir (59).

Yapılan çalışmalarda beyinde yemek yeme ile ilişkili bölgelerin ve bu bölgelerdeki asetilkolin ve dopamin sistemindeki herhangi bir bozukluğun tıknırcasına yeme ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (60). Tıknırcasına yeme davranışının oluşmasında opioidlerin de rolü olduğu öne sürülmüştür. İlaç çalışmaları, bir mü-reseptör antagonisti olan naltreksonun tıknırcasına yemeyi baskıladığını göstermiştir (61). Çeşitli çalışmalarda, santral sinir sisteminde serotonin düzeyini arttıran ilaçların (imipramin ya da fluoksetin gibi) tıknırcasına yemeyi baskıladığı gösterilmiştir (62). Ghrelin ile yapılan çalışmalarda, yemekten önce TYB hastalarında ghrelin düzeyinin düşük olduğu, yemek sonrasında bu düzeyin daha da düştüğü gösterilmiştir (63).

Yapılan çalışmalar TYB'nin genel olarak psikiyatrik bozukluk riskini artıran risk faktörleri ile ve obezite riskini artıran risk faktörleri ile ilişkili olduğu tahminini desteklemektedir (64).

TYB hastalarının aile yaşantısı ile ilgili yeterli veri sağlanamamıştır. Bir çalışmada, TYB hastalarının aile çevrelerinin daha az destekleyici olduğu ve aile üyelerinin duygularını daha az ürettikleri gösterilmiştir (65).

BN'de çoğu birey aşırı yemenin başlamasından önce diyet yapmaya başlar. Bununla birlikte, TYB olan bireylerin oldukça büyük bir alt grubu (%35-54) diyetin başlangıcından önce aşırı yemeye başlar. Diyet TYB'nun etiolojisinde önemli bir rol oynar gibi görünmektedir, ancak araştırmalar, BN'de görüldüğü gibi diyetin TYB'de her zaman önemli bir faktör olmadığını göstermektedir (66).

Bilişsel davranışçı görüşe göre kişinin beden şekli yemek yemesi ve kilosu ile ilgili gelen herhangi bir yorumda, kendisi hakkındaki olumsuz temel inançları tetiklenebilir. Bu durumlarda olumsuz otomatik düşüncelerin ("yetersizim" gibi) ve sıklıkla birlikte görülen

duygusal tepkilerin (kaygılı hissetme gibi) oluşmasına neden olabilir. Yaşanan sıkıntı verici duygusal olumlu ve olumsuz düşünceler ortaya çıkar ve kişi, duygusal olarak sıkıntısının azalması amacıyla yemek yerse, bu davranışı sonrasında artık yemesi ile ilgili kontrolü kaybettiğine dair yeni otomatik düşünceler ortaya çıkarabilir. Tıkınırcasına yeme ile sıkıntısının hafiflediğini gören kişi, bu davranışı patern haline getirir (67).

2.1.3.5 Klinik

TYB olan kişiler belirli bir sürede (Örn; iki saat içerisinde) normal bir bireyin yiyebileceğinden çok daha fazlasını yerler. Bu sürede yemesini durduramaz ve hiçbir şey onları yemekten alıkoyamaz gibi hissederler. Kişinin denetimi zayıflar, yemeği bırakma ile ilgili sınır koyamaz. Kişiler daha hızlı, rahatsız edici şekilde, açlık hissedilmese de yeme şeklinde davranışlara sahiptir. TYB en önemli belirleyicisi tıkınırcasına yemenin olumsuz etkilerine karşı hiçbir şekilde tedbir alınmamasıdır (68).

Tıkınırcasına yeme ataklarını kişiler genellikle yalnız iken yaparlar. Bunun bilinmesinden utanç duyarlar. Kişilerde tıkınırcasına yeme sonrası beden ağırlığı ve şeklindeki değişiklikler sonucunda sıkıntı hissi oluşur. Kişilerde kendisinden nefret etme, beden görünümünden tikslenme ve kişiler arası ilişkilerde sıkıntı yaşama görülebilir. Ayrıca artan kiloları ve yemek yeme davranışları iş ve sosyal yaşamında işlevsellik kaybına yol açabilir (69).

TYB hastalarının çoğuna, değişen derecelerde obezite eşlik etmektedir. Birçok hasta diyet yapmak için yoğun çaba gösterir ancak bu konuda başarısız olur. TYB hastalarının bir kısmı yemeyi kontrol etmek için çabalamaya devam eder, bir kısmı ise daha önceden yaşadıkları başarısız deneyimler nedeniyle diyet yapmayı bırakır (68).

TYB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanılar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Duygudurum bozukluklarından major depresyon (%46-51) (70), kişilik bozukluklarından ise kaçınan, borderline ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları (71) en sık rastlanılanlardır. TYB, Tip-2 diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi obeziteye bağlı tıbbi komplikasyonlar, yaşam kalitesinin azalması ve bireyin toplum hayatına ayak uyduramaması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (72).

2.1.3.6 Prognoz

TYB alanında yapılmış çalışmalar diğer yeme bozukluklarına göre daha yüksek remisyon oranına ve daha iyi prognoza sahip olduğunu göstermektedir. Ancak TYB'nin diğer yeme bozukluklarına oranla daha uzun süre (14,4 yıl) devam ettiği gösterilmiştir (73).

Yapılan bir çalışmada TYB olan hastaların beş yıllık izleme sonucunda dikkate değer kilo alımının olduğu ve %39'unun obezite tanısı aldığı bildirilmektedir. Fakat bu kişilerin benlik saygıları ve sosyal işlevselliklerinin arttığı dikkati çekmektedir (74).

AN'den BN'ye ya da tam tersi çapraz geçişler mümkün olabilirken, TYB'nin diğer yeme bozukluklarına dönüşme eğilimi çok azdır. Sadece birkaç çalışmada BN'ye olan dönüşüm bildirilmiştir. Depresif belirtiler ve madde bağımlılığı, TYB'nun iki önemli eş tanısıdır (75).

Ayrıca, TYB'nin metabolik sendrom gibi obezite ile ilgili komplikasyon riskini bağımsız olarak arttırdığı bildirilmiştir (74).

2.1.4 Yeme Bozukluklarında Beden İmgesi

Yeme bozukluğunun prognozunda depresyonun dışında önemli rol oynayan bir diğer etken de beden imgesidir. İlk kez “bireyin aşırı zayıf olmasına karşın bu durumdan endişe duymaması ve görünümünün normal olduğunda ısrar etmesi” şeklinde Hilde Bruch tarafından tanımlanan beden imgesi bozukluğu, AN vakalarında hem tanısal hem de tedavinin hedefi olan bir özellik olarak belirtilmiştir (76).

Araştırmacılar genelde Beden İmgesi'ni (Bİ) bireyin kilo, şekil ve görünümünün içsel temsili olarak tariflemektedirler. Bİ'nin farklı bileşenlerini tanımlayan pek çok terim vardır. Bİ; sübjektif memnuniyetsizlik, bilişsel özellikler, davranışsal, duygusal ve algısal bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir yapıdadır (76).

Yeme bozukluklarının tanı kriterleri arasında da bulunan beden imgesi bozukluğu DSM-4'te ve DSM-5'te kendine yer bulmuştur. AN'nin 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-4’de BN’nin tanı kriterleri arasında bulunan; “Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir” maddeleri beden imgesi bozukluğunu değerlendirmektedir (7).

Beden imgesi erken çocukluktan itibaren, duygu, düşünce, davranış aracılığı ile hayatımızda önemli etkilere sahiptir. Çocukluktan itibaren yaşam boyunca fiziksel olarak iyi görünüme sahip olmak hep avantajlı bir durum olmuştur. Beden imgesinin bireydeki gelişimi önemlidir. Kişinin öz saygısı ile beden algısı arasında güçlü bir ilişki bulunmakta, bunun yanında olumsuz beden algısının ergenlerde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir. Beden imgesi kilo ve biçimden duyulan memnuniyetsizlik temel alınarak ölçüldüğünde ilkokul çağındaki çocuklarda kızların %40’ı, erkeklerin ise %25’i bedenlerinden memnun olmadıklarını ve daha zayıf olmak istediklerini belirtmektedirler, üstelik bu kızların pek çoğu istatistiksel olarak düşük kilodadır (77).

Beden imgesi kavramı algısal ve tutumsal bileşenleri ile çok boyutlu bir kavramdır. Bireyin bedenini hatalı değerlendirdiği durumlarda beden imgesi bozukluğu ve vücut ölçüsü anlaşılırken, biçimi ile ilgili hoşnutsuzluğu olduğunda ise beden memnuniyetsizliği kavramları anlaşılmaktadır. Beden imgesi bozukluğu algısal boyutu, beden memnuniyetsizliği ise tutumsal boyutu karşılamaktadır (78).

Yapılan çalışmalarda kitle iletişim araçlarının beden imajı ve neticesinde yeme bozukluklarına olan etkisi incelenmiştir. 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 olduğu bildirilmiştir (79).

Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında beden imgesinin araştırıldığı çalışmalarda eleştirel bir aile ortamının, katı ebeveyn kontrolüne maruz kalmanın ve ev halkının kilo ile ilgili baskın söylemlerinin yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olduğu ifade edilmiştir (80). Yeme bozukluklarında beden memnuniyetsizliğine ailenin etkisi üzerine

yapılan bir çalışmada; ailenin görünüm ile ilgili tutumlarının, çocuklarının beden imgesi memnuniyetsizliğini etkileyebileceği bildirilmiştir (81).

2.1.5 Yeme bozuklukları benlik saygısı

Benlik saygısı bireyin bireysel değerlerine yaptığı yargılamaların tümü olarak değerlendirilebilir (82).

Düşük benlik saygısı diyet yapma davranışını, beden imgesi ilgili endişeleri ve yeme bozukluklarını yordayan önemli faktörlerden birisidir. Benlik saygısında düşme yeme bozukluklarında çekirdek sorunlardandır ve tedavi sürecini de etkilemektedir (82).

Yapılan bir çalışmada 155 kadın üniversite öğrencisi ile 97 kadın yeme bozukluğu hastasını benlik saygısı açısından karşılaştırmışlardır. Yeme bozukluğu tanısı olan grubun benlik saygısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Bu kişilerin yeme bozukluğu belirti puanlarının ise kontrol grubuna göre yüksek bulunduğu bildirilmiştir (82).

Yeme bozukluğu örüntüsünün çeşitli psikolojik ve psikososyal faktörlerle olan ilişkisinin incelendiği 4.700 lise öğrencisinin katıldığı çalışmada (2.507'si kız, 2.193'ü erkek) bozulmuş yeme örüntüsü ve beden memnuniyetsizliğinin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (83).

Benlik saygısının yeme bozukluklarında tedaviden sonra artış gösterdiğine dair bulgular bildiren çalışmalar da mevcuttur. Troop ve arkadaşları tarafından 51 BN hastasının tedavilerinin bitiminden 18 ay sonra yapılan değerlendirmede tedavi öncesine göre benlik saygısı ortalama puanlarının anlamlı derecede yükselmiş olduğu ifade edilmektedir (84).

Yeme bozuklukları son yıllarda sıklığı giderek artan bir hastalık grubudur. İyileşme ve sağaltımın zor olduğu, depresyon gibi komorbid hastalıkların sık görüldüğü, psikiyatrik hastalıklar içerisinde yüksek ölüm oranlarına sahip olan yeme bozukluğu hastalarının erken tanısı ve yakın takibi önem arz etmektedir. Ayrıca bu klinik spektrumun yaşam beklentisinin uzun olduğu, genç ve üretken nüfusta daha sık görülüyor olması, hastalığın önemini arttırmaktadır. Ülkemizde hâlihazırda yeme bozuklukları tanı ve takibinde kullanılan ölçekler daha çok son bir ayı incelemekte ve yakın takibin gerektiği hastalarda günlük yaşanmasına

neden olmaktadır. Literatürde yabancı dilde haftalık periyotta yeme bozukluklarını inceleyen ölçekler olmasına rağmen Türkçe literatürde kısıtlılıklar mevcuttur. Biz bu tez çalışmasında Tatham ve ark. 2015 yılında yeme tutum ve davranışlarını haftalık olarak inceleyen “Eating Disorders-15” (Yeme Bozuklukları-15) ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve literatüre kazandırmak istedik.



3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Psikiyatrinin önemli hastalıklarından olan ve son yıllarda sıklığı giderek artan Yeme Bozukluklarının takibinde hastalık sürecini değerlendirme, tedavi yanıtını gözleme ve bunları kanıta dayalı şekilde kayıt altına alması açısından ölçme materyalleri önemli yer tutar(1). Bu amaçla kullanılan materyeller genellikle son bir ayı ölçmekte ve uzun formatı ile pratik ve seans bazlı görüşmelerde kullanılması açısından zorluklar taşımaktadır. Bu amaçla ülkemizde son 28 günü değerlendiren Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde bu hastalığı değerlendirecek ve ortaya çıkmasını sağlayacak farklı zaman aralıklarını ölçme ve değerlendirmede kullanılacak yeni materyellere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda Tatham M. ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilmiş olan Yeme bozuklukları-15 (YB-15) ölçeği yeme tutum ve davranış bozukluklarının haftalık ilerlemesini ve terapötik sonuçlarını görebilmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçek özellikle son bir haftayı incelemesi yönünden diğer örneklerinden ayrılmaktadır. Ölçek skorları ile sosyodemografik verileri de kıyaslanma şansı bulacaktır.

Biz de çalışmamızın hipotezini “Yeme Bozuklukları 15” (YB-15) Türk toplumunda yetişkin bireylerde yeme bozukluklarını değerlendirebilmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçektir.” olarak tanımladık. Bu şekilde ölçeğin ülkemizdeki kültürel uyarlamasını yaparak literatüre kazandırmak istedik.

4. YÖNTEM VE GEREÇLER

4.1 Araştırma alanı ve Örneklemi

Çalışmamız genel popülasyon üzerinde yürütülmüştür. Ölçekler online ortamda hazırlanarak Google Forms üzerinden ilgili kişilere ulaştırılıp doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmacıların çevresi ve iş arkadaşlarından dahil edilme ölçütlerini karşılayan kişiler örneklem grubunu oluşturmuştur. Online ölçeğin ilk aşamasında gerekli bilgilendirme sağlanmış olup çalışmaya katılmaya dair onayları alınmıştır. Örneklem sayısı, ölçeğin madde sayısının en az 10 katı olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaşları 18-65 arasında değişen 270 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

4.2 Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri

18-65 yaş arası

Çalışmaya katılmayı istemesi

Eğitim süresinin ülkemizde zorunlu olan 4+4=8 yıl ve üzerinde olması

4.3 Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri

Önceden bilinen veya eşlik eden demans tanısı olanlar

Deliryumdaki hastalar

Mental retarde olan hastalar

Psikotik bozukluklar, psikotik belirtili depresyon, bipolar depresyonu olan hastalar

Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalar

Çalışmaya katılmayı istememe

4.4 Araştırmada kullanılan veri toplama araçları

Sosyodemografik form

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Yeme Bozuklukları Ölçeği-15 (YB-15)

4.4.1 Sosyodemografik form

Katılımcılara uygulanan, araştırmacılar tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence durumu, güncel kilo, en düşük ve en yüksek kilo, boy, psikiyatrik özgeçmiş, aile öyküsü ve ek hastalığı sorgulayan bir formdur.

4.4.2 Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği

Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi'nin (Eating Disorders Examination, EDE) öz bildirim formu olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olarak bilinmektedir. EDE, danışanların kullanımı için öz bildirim formu olan EDE-Q olarak 1994 yılında Fairburn ve Beglin tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, beş alt ölçek ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Kısıtlama (R), Tıkınırcasına Yeme (BE), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (SC), Yemeye 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 0,93, test- tekrar test güvenirliği ise 0,91 olarak bulunmuş, ülkemizde kullanılması açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.(85)

4.4.3 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Beck, Epstein, Steer ve Brown (1988) tarafından geliştirilen ve klinik anksiyeteyi ölçmeyi hedefleyen bir ölçektir. Son bir haftadaki anksiyete semptomlarını değerlendirmek için 21 çoktan seçmeli sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her soru 3 puan üzerinden değerlendirilmekte ve 0-7 arası minimal, 8-15 hafif, 16-25 orta, 26-63 puan arası ise ağır düzeyde olarak değerlendirilmektedir.(86) Anksiyete çok sayıda komponentten (bilişsel, davranışsal, somatik, duygusal) oluşmasına rağmen BAÖ'nün orijinal ilk üretilen halinde 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir (bilişsel ve somatik). Sonrasında Beck ve arkadaşları nörofizyolojik, otonomik semptomlar, subjektif ve panik bileşenlerini içeren 4 faktörlü yapıyı ortaya koymuştur. (86) Beck Anksiyete Ölçeği'nin

Türkiye'deki ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir ve ülkemizde kullanılması açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir. (87)

4.4.4 Yeme bozukluğu 15 ölçeği (YB-15)

Yeme Bozuklukları-15 ölçeği Tatham ve ark. tarafından 2015 yılında oluşturulmuştur. Yeme tutumu ve yeme davranış bozukluklarını inceleyen 15 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Son bir haftadaki semptomları incelemesi açısından özellikle haftalık görüşmeler ile devam eden yeme bozuklukları psikoterapi süreçlerinde kullanılabilmesi ile diğer yeme bozuklukları ölçeklerinden ayrılmaktadır. Orijinal hali 2 faktörlü (yeme endişesi, vücut şekli ve ağırlığı endişesi) bir yapıya sahiptir. Yeme bozukluklarının davranışsal yönünü incelemek için de 5 davranışsal madde (Tıkınırcasına yemek yeme, kusma, müshil kullanımı, yeme kısıtlaması, aşırı egzersiz yapma) içermektedir. Orijinal halinin Tatham ve ark. tarafından haftalık değişimleri güvenli bir şekilde gösterebilen klinik açıdan anlamlı ve yararlı bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. (88)

4.5 Veri Toplama ve Etik kurul

Araştırmada Türkçe geçerlilik güvenilirliği çalışılacak olan testin geliştiricisinden e-posta yolu ile gerekli izin alınmasının ardından Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 31/03/2021 tarihli E-94025189-050.03-23609 sayılı yazısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

Ölçek iyi düzey İngilizce bilgisi olan bir psikiyatrist tarafından Türkçe'ye çevrildi. Başka bir psikiyatrist tarafından tekrar İngilizce'ye çevirisi yapıldı. Karşılaştırılarak anlam bozuklukları incelendi. 10 kişilik bir örnek grup ile anlaşılamayan sorular ve kalıplar incelenerek düzenlemeleri yapıldıktan sonra Türkçe kalıpları en iyi ifade eden seçenekler bulunarak Türkçe'ye çevirisi tamamlandı.

Çalışmada kullanılacak olan Onam Formu, Demografik Form, Beck Anksiyete Ölçeği, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Yeme Bozuklukları-15 ölçeği çevrimiçi olarak Google Forms üzerine aktarıldı. Genel popülasyonda 18-65 yaş arası bireylere uygulanmak üzere araştırmacıların işleme ölçütlerine uygun olarak sosyal çevresinde belirlenen toplam

400 katılımcıya formlar online ortamda ulaştırıldı. Form ulaştırılanlardan 342'si (%85,5) çalışmayı tamamladı ancak ölçek ve sosyodemografik verilerde eksik bilgisi bulunan 72 kişi çalışmadan çıkarıldı ve çalışma 270 kişi ile tamamlandı.

4.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Bu kültürel uyarlama çalışmasında gerek güvenilirlik gerekse geçerlilik çözümlerinde “doğrulamaya yaklaşım” temel alınarak Türkçeye uyarlanacak ölçeğin (YB-15) orijinal boyut yapısı esas alınmış, soru eklenmemiş ya da çıkarılmamıştır.

İstatistiksel analizde SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılıp veriler girilmiştir. Verilerin analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkiyi incelemek için kategorik değişkenlerde Ki-kare testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda independent samples t testi (normal dağılım koşulları sağlanmadığında Mann-Whitney U testi), çoklu gruplarda ANOVA varyans testi (normal dağılım koşulları sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kesme değeri olmayan ölçek puanlarının karşılaştırılmaları için Pearson korelasyon analizi (parametrik koşullar sağlanmadığında Spearman korelasyon testi) uygulanmıştır. Verilerin dağılımını test etmek için Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır.

4.7 Hedef Ölçeğin Dağılım Özellikleri (tanımlayıcı verilerin sunumu)

Bu başlık altında, madde ve boyutların ortalama ve standart sapmaları; çarpıklık (skewness) ve basıklık/sivrilik (kurtosis) değerleri; alt boyutların ve toplam ölçek skorunun taban ve tavan yüzde dağılımları incelenmiştir.

Güvenilirlik analizlerinde:

Ölçeklerin hem toplamının hem de alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa ile değerlendirilmiştir. Ayrıca madde-toplam puan ve alt boyut-toplam puan korelasyon katsayıları ile ölçeğin güvenilirliği ortaya konulmuştur. Bu korelasyon analizleri sonucu her bir boyut için “ölçek başarısı” da hesaplanmıştır. Bir boyutta yer alan maddelerin kendi içinde bulunduğu boyutla diğer boyut toplam skorlarına göre daha yüksek korelasyon katsayısı üretmesi o boyutun ölçek başarısını ifade eder.

Ayrıca test-tekrar test güvenilirliği için, uygulamada hasta grubundan 32 gönüllüye ilk uygulamadan iki hafta sonra araştırma ölçekleri yeniden uygulanmış ve iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak test-yeniden test güvenilirliği saptanmıştır.

Geçerlilik analizleri:

Yapı geçerliliği “Faktör Analizleri”, “Birleşim-Ayrışım Geçerliliği” ve “Bilinen Gruplar Geçerliliği” olmak üzere üç alt başlıkta sınımlanmıştır.

Faktör Analizleri:

Ölçeklerin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör yapısında modele uyumu ve verilerin stabilite modelini değerlendirirken, değişik tiplerde “goodness-of-fit” indeksleri kullanılmıştır. Tahminin ortalama karekök hatası (root mean square error of approximation; RMSEA) ve karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index, CFI) ile uygulama uyum indeksleri de kullanılmıştır. RMSEA mutlak bir uyum indeksidir. RMSEA değerinin 0.05’in altında olması verilerle iyi uyumu, 0.05-0.08 arasında olması kabul edilebilir uyumu, 0.08-0.10 arasında olması zayıf uyumu ve 0.10’dan büyükse kabul edilemez uyumu gösterir. CFI değeri 0 ila 1 arasında değişebilir ve 0.90’dan büyük olması gereklidir. Yine, doğrulayıcı faktör analizinde, kavramsal diyagram çizilmiştir.

Birleşim-Ayrışım Geçerliliği:

Yapı geçerliliğinin bir diğer göstergesi olan bu analizlerde kullanılacak paralel ölçeklerin ilgili boyutlarının hedef ölçeğin aynı veya benzer özellik taşıyan boyutları arasında ilişkinin gösterilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla kullanılacak ölçekler, Beck anksiyete ölçeği, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğidir.

Bilinen Gruplar Geçerliliği:

Katılımcıların YB-15 puan ortalamalarının sosyodemografik verilere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmış, grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı incelenmiştir.

5. BULGULAR

5.1 Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1 Sosyodemografik veriler

Araştırmaya alınan 204'ü kadın (%24,42) 66'sı erkek (%75,6) 270 gönüllünün yaş ortalaması $34,98 \pm 10,66$ yıl (18-64) olarak bulundu. Yaş ve cinsiyet dışındaki sosyodemografik veriler Tablo 1-2 de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Değişken		S	%
Eğitim Durumu	İlköğrenim	3	1,1
	Ortaöğrenim	13	4,8
	Yükseköğrenim	254	94,1
	Toplam	270	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	218	80
	Çalışmıyor	28	10,3
	Emekli	14	5,1
	Öğrenci	10	4,6
	Toplam	270	100
Sosyal Güvence	Var	251	93,0
	Yok	19	7,0
	Toplam	270	100,0
Medeni Durum	Evli	98	36,3
	Bekar	10	3,7
	Dul	2	0,7
	Boşanmış	160	59,3
	Toplam	270	100,0

Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aile	110	40,7
	Yalnız	13	4,8
	Eşi	113	41,9
	Diğer	34	12,6
	Toplam	270	100,0
Cinsiyet	Erkek	66	24,4
	Kadın	204	75,6
	Toplam	270	100,0
BKİ	Zayıf	22	8,1
	Normal	141	52,2
	Hafif kilolu	83	30,7
	Obez	24	8,9
	Toplam	270	100,0

Tablo 2: Katılımcıların özgeçmiş ve soygeçmiş verileri

Değişken		S	%
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	236	87,4
	Var	34	12,6
	Toplam	270	100,0
Kronik ilaç kullanımı	Yok	205	75,9
	Var	65	24,1
	Toplam	270	100,0
Psikiyatrik hastalık soygeçmiş	Yok	211	78,1
	Var	59	21,9
	Toplam	270	100,0
Kronik hastalık öyküsü	Yok	201	74,4
	Var	69	25,6
	Toplam	270	100,0

5.1.1 Ölçeklere ilişkin bulgular

5.1.1.1 YBDÖ VE BAÖ ölçeklerine ait tablolar

Katılımcıların YBDÖ ve BAÖ ile alt ölçek değerlendirmeleri Tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 3: YBDÖ VE BAÖ ilişkin bulgular

Değişken	Skor	En düşük Değer	En yüksek değer
YBDÖ ortalama	36,74±25,02	0	111
YBDÖ yeme endişesi	3,68±4,82	0	30
YBDÖ ağırlık endişesi	8,40±6,65	0	30
YBDÖ vücut şekli endişesi	16,86±11,59	0	48
YBDÖ tıknırcasına yeme	6,04±8,86	0	49
YBDÖ kısıtlayıcı yeme	8,44±7,44	0	30
BAÖ	8,50±7,66	0	34

5.1.1.2 YB-15 ölçeğine ait bulgular

YB-15 ölçeği ile ilgili veriler Tablo 4'te gösterilmiştir. YB-15 ölçeğinde maddelerin seçilme sıklığı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4: YB -15 ölçeği skorları

Değişken	Skor	En düşük değer	En yüksek değer
YB15 SWC	1,28±1,27	0	6
YB15 EC	1,46±1,09	0	5,25
YB15 Toplam skor	1,35±1,12	0	5,4

*SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

Tablo 5:YB -15 ölçeği maddeleri ve seçilme sıklığı

		Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Ara sıra (3)	Sıklıkla (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)	Toplam
Yemem üzerindeki kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum.	S	100	87	31	24	12	9	7	270
	%	37,0	32,2	11,5	8,9	4,4	3,3	2,6	100,0
Görünüşümden dolayı aktivitelerden ve insanlardan kaçındım.	S	160	56	28	16	2	3	5	270
	%	59,3	20,7	10,4	5,9	0,7	1,1	1,9	100,0
Vücudumu başkalarıyla olumsuz olarak karşılaştırdım	S	78	73	51	35	14	13	6	270
	%	28,9	27,0	18,9	13,0	5,2	4,8	2,2	100,0
Kafam yiyecek ve yemek yeme ile meşgul.	S	89	70	47	31	19	11	3	270
	%	33,0	25,9	17,4	11,5	7,0	4,1	1,1	100,0
Beni kötü hissettirdiği için vücuduma bakmaktan (örneğin aynalarda; bol giysiler giymekten) kaçınıyorum.	S	134	67	24	28	7	2	8	270
	%	49,6	24,8	8,9	10,4	2,6	0,7	3,0	100,0
Kilom ile ilgili endişeli hissediyorum	S	62	98	44	26	20	9	11	270
	%	23,0	36,3	16,3	9,6	7,4	3,3	4,1	100,0
Görünümüm hakkında kendimi rahatlatmak için vücudumu kontrol ettim (örneğin, tartıldım; aynaya baktım)	S	50	83	49	39	28	13	8	270
	%	18,5	30,7	18,1	14,4	10,4	4,8	3,0	100,0
Yemek yeme ile ilgili katı kurallar uyguluyorum	S	116	78	34	25	12	4	1	270
	%	43,0	28,9	12,6	9,3	4,4	1,5	0,4	100,0
Vücut şeklim ile ilgili endişeli hissediyorum	S	75	79	54	30	12	13	7	270
	%	27,8	29,3	20,0	11,1	4,4	4,8	2,6	100,0
Başkalarının kilom ve görünüşüm nedeniyle beni yargıladıklarından endişelendim	S	141	68	32	11	6	6	6	270
	%	52,2	25,2	11,9	4,1	2,2	2,2	2,2	100,0

5.1.2 YB-15 ölçeğinin cinsiyet ile ilişkisi

Katılımcıların YB-15 testi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur (p : 0,032). YB-15 testinin istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkı özellikle ağırlık ve vücut şekli endişesi ile ilgili alt grupta daha belirgin olarak gözlemlenmiştir (p:0,006). Yeme endişesi ile ilgili olan alt grupta ise anlamlı fark bulunmamıştır (p: 0,13).(Tablo 6)

Tablo 6: YB-15 ölçeğinin cinsiyet ile ilişkisi

	Erkek N:66		Kadın N:204		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
YB15WSC	0,9697	1,09658	1,3832	1,313	-2,734	0,006
YB15EC	1,3144	1,14212	1,511	1,07774	-1,513	0,13
YB15 toplam	1,1076	1,01122	1,4343	1,14814	-2,144	0,032

Mann-Whitney U testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.3 YB- 15 ölçeğinin öğrenim durumu ile ilişkisi

YB-15 ölçeğinin öğrenim durumu ile ilişkisi incelendiğinde hem ölçek genel skoru hem de alt madde skorları olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 7)

Tablo 7 : YB- 15 ölçeğinin öğrenim durumu ile ilişkisi

	İlköğretim N: 3		Ortaöğretim N:13		Yükseköğretim N:254		KV	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,7222	1,5123	1,4103	2,08124	1,2703	1,22437	0,833	0,659
YB15EC	1,9167	1,66458	1,4808	1,49116	1,4567	1,06998	0,600	0,741
YB15 Toplam	1,8	1,56205	1,4385	1,80948	1,3449	1,07892	1,041	0,594

Kruskal-Wallis H testi SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.4 YB – 15 ölçeğinin iş durumu ile ilişkisi

YB-15 ölçeğinin iş durumu ile ilişkisi incelendiğinde hem ölçek genel skoru hem de alt madde skorları olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 8)

Tablo 8:YB– 15 ölçeğinin iş durumu ile ilişkisi

	Çalışıyor N: 218		Çalışmıyor N: 28		Emekli N:14		Öğrenci N:10		KV	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,2554	1,18535	1,5298	1,62924	1,0476	1,40577	1,5	1,86422	2,324	0,508
YB15EC	1,4037	1,01169	2,0536	1,46937	1,125	1,14669	1,575	1,19053	6,146	0,105
YB15 Toplam	1,3147	1,03192	1,7393	1,49204	1,0786	1,2723	1,53	1,53843	3,683	0,298

Kruskal-Wallis H testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.5 YB – 15 ölçeğinin sosyal güvence ile ilişkisi

YB-15 ölçeğinin sosyal güvence ile ilişkisi incelendiğinde hem ölçek genel skoru hem de alt madde skorları olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 9)

Tablo 9: YB – 15 ölçeğinin sosyal güvence ile ilişkisi

	Evet N:251		Hayır N:19		z	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YBWSC	1,2915	1,29568	1,1579	0,96141	-0,018	0,985
YBEC	1,4671	1,10303	1,4079	1,00765	-0,115	0,909
YB15 Toplam	1,3618	1,13612	1,2579	0,95761	-0,197	0,844

Mann-Whitney U testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.6 YB – 15 ölçeğinin medeni durum ile ilişkisi

YB-15 ölçeğinin medeni durum ile ilişkisi incelendiğinde hem ölçek genel skoru hem de alt madde skorları olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 10: YB – 15 ölçeğinin medeni durum ile ilişkisi

	Bekar N: 98		Boşanmış N: 10		Dul N: 2		Evli N: 160		KV	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,2534	1,21305	1,9833	1,98365	0,75	0,11785	1,2625	1,26109	1,882	0,597
YB15EC	1,4694	1,06325	2,275	1,57872	1,5	1,06066	1,4078	1,07048	3,301	0,348
YB15 Toplam	1,3398	1,03801	2,1	1,74738	1,05	0,49497	1,3206	1,12491	2,399	0,494

Kruskal-Wallis H testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.7 YB – 15 ölçeğinin kimlerle yaşadığı ile ilişkisi

YB-15 ölçeğinin kimlerle yaşandığı ile ilişkisi incelendiğinde hem ölçek genel skoru hem de alt madde skorları olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 11)

Tablo 11: YB – 15 ölçeğinin kimlerle yaşadığı ile ilişkisi

	Aile N: 110		Eşimle N: 113		Tek N: 34		Diğer N: 13		KV	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,2788	1,3742	1,3024	1,26745	1,2206	0,95674	1,2949	1,3073	0,560	0,905
YB15EC	1,4273	1,12944	1,4425	1,03078	1,6471	1,11654	1,4615	1,35341	1,441	0,696
YB15 Toplam	1,3382	1,19862	1,3584	1,11881	1,3912	0,82988	1,3615	1,28422	1,231	0,746

Kruskal-Wallis H testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.8 YB– 15 ölçeğinin BKİ ile ilişkisi

YB-15 ölçeği toplam ve alt ölçek skorlarının BKİ ve alt gruplarıyla ile ilişkileri Tablo 12-13-14-15-16-17-18’de gösterilmiştir.

Tablo 12: YB – 15 ölçeğinin Beden kitle endeksi ile ilişkisi

	Zayıf N: 22		Normal N: 141		Hafif kilolu N: 83		Obez N: 24		KV	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	0,7879	0,70557	0,9764	0,86318	1,5683	1,48206	2,5417	1,84564	22,805	0
YB15EC	0,9886	0,65682	1,3085	0,99536	1,6446	1,18304	2,1771	1,26293	16,14	0,001
YB Toplam	0,8682	0,58259	1,1092	0,83989	1,5988	1,29054	2,3958	1,50751	22,876	0

Kruskal-Wallis H testi

Tablo 13: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve normal olan grubun kıyaslanması

	Zayıf N:22		Normal N: 141		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	0,7879	0,70557	0,9764	0,86318	>0,05
YB15EC	0,9886	0,65682	1,3085	0,99536	>0,05
YB15 Toplam	0,8682	0,58259	1,1092	0,83989	>0,05
YBDÖSC	9,3636	7,05452	14,4113	9,15273	0,011

Kruskal-Wallis H testi S

Tablo 14: YB– 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve hafif kilolu olan grubun kıyaslanması

	Zayıf N: 22		Hafif kilolu N: 83		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	0,7879	0,70557	1,5683	1,48206	>0,05
YB15EC	0,9886	0,65682	1,6446	1,18304	>0,05
YB15 Toplam	0,8682	0,58259	1,5988	1,29054	>0,05
YBDÖ Toplam	20,6364	15,55496	43,3012	25,9106	<0,01
YBDÖR	5	6,08668	9,8916	7,57726	<0,01
YBDÖBE	2,4091	3,54104	7,5783	10,56238	<0,01
YBDÖSC	9,3636	7,05452	19,6145	12,76603	<0,01
YBDÖWC	4,5909	4,03153	10,2048	7,11535	<0,01

Kruskal-Wallis H

Tablo 15: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i zayıf ve obez olan grubun kıyaslanması

	Zayıf N: 22		Obez N: 24		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	0,7879	0,70557	2,5417	1,84564	<0,01
YB15IEC	0,9886	0,65682	2,1771	1,26293	<0,01
YB15 Toplam	0,8682	0,58259	2,3958	1,50751	<0,01
YBDÖ Toplam	20,6364	15,55496	62,6667	27,55968	<0,01
YBDÖR	5	6,08668	12,3333	7,57379	<0,01
YBDÖBE	2,4091	3,54104	10,4583	10,72169	<0,01
YBDÖEC	1,8636	2,31549	7,4167	6,0211	<0,01
YBDÖSC	9,3636	7,05452	28,6667	13,13034	<0,01
YBDÖWC	4,5909	4,03153	15,625	6,94583	<0,01

Kruskal-Wallis H testi

Tablo 16: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i normal ve Hafif kilolu olan grubun kıyaslanması

	Normal N: 141		Hafif kilolu N: 83		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	0,9764	0,86318	1,5683	1,48206	0,016
YB15IEC	1,3085	0,99536	1,6446	1,18304	0,015
YB15 Toplam	1,1092	0,83989	1,5988	1,29054	<0,01
YBDÖ Toplam	30,9929	20,84106	43,3012	25,9106	<0,01
YBDÖR	7,4681	7,15896	9,8916	7,57726	<0,01
YBDÖBE	4,9645	7,54928	7,5783	10,56238	<0,01
YBDÖEC	2,9291	3,82967	4,3735	5,77571	>0,05
YBDÖSC	14,4113	9,15273	19,6145	12,76603	<0,01
YBDÖWC	6,7092	5,39383	10,2048	7,11535	<0,01

Kruskal-Wallis H testi

Tablo 17: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i normal ve Obez olan grubun kıyaslanması

	Normal N: 141		Obez N: 24		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	0,9764	0,86318	2,5417	1,84564	<0,01
YB15EC	1,3085	0,99536	2,1771	1,26293	<0,01
YB15 Toplam	1,1092	0,83989	2,3958	1,50751	<0,01
YBDÖ Toplam	30,9929	20,84106	62,6667	27,55968	<0,01
YBDÖR	7,4681	7,15896	12,3333	7,57379	<0,01
YBDÖBE	4,9645	7,54928	10,4583	10,72169	<0,01
YBDÖEC	2,9291	3,82967	7,4167	6,0211	<0,01
YBDÖSC	14,4113	9,15273	28,6667	13,13034	<0,01
YBDÖWC	6,7092	5,39383	15,625	6,94583	<0,01

Tablo 18: YB – 15 ölçeğinin BKİ’i Hafif kilolu ve Obez olan grubun kıyaslanması

	Hafif kilolu N: 83		Obez N: 24		p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
YB15WSC	1,5683	1,48206	2,5417	1,84564	<0,01
YB15EC	1,6446	1,18304	2,1771	1,26293	>0,05
YB15 Toplam	1,5988	1,29054	2,3958	1,50751	<0,01
YBDÖ Toplam	43,3012	25,9106	62,6667	27,55968	<0,01
YBDÖR	9,8916	7,57726	12,3333	7,57379	>0,05
YBDÖBE	7,5783	10,56238	10,4583	10,72169	>0,05
YBDÖEC	4,3735	5,77571	7,4167	6,0211	<0,01
YBDÖSC	19,6145	12,76603	28,6667	13,13034	<0,01
YBDÖWC	10,2048	7,11535	15,625	6,94583	<0,01

Kruskal-Wallis H testi EDSWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EDEC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler, YBDÖR kısıtlayıcı yeme ile ilgili alt maddeler, YBDÖBE telafi edici yeme ile ilgili alt maddeler, YBDÖSC şekil endişesi ile ilgili maddeler, YBDÖWC ağırlık endişesi ile ilgili alt maddeler YBDÖEC yeme ile ilgili alt maddeler

5.1.9 YB– 15 ölçeğinin psikiyatrik özgeçmiş ile ilişkisi

YB-15 ölçeği ile psikiyatrik özgeçmiş ilişkisi Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik özgeçmiş ile ilişkisi

	Yok N: 236		Var N: 34		z	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,197	1,17505	1,8725	1,72867	-1,972	0,049
YB15EC	1,428	1,09889	1,7059	1,05074	-1,624	0,104
YB15 Toplam	1,2894	1,06979	1,8059	1,37641	-2,114	0,035

Mann-Whitney U testi

SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.1.10 YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik soygeçmiş ile ilişkisi

YB-15 ölçeği ile psikiyatrik özgeçmiş ilişkisi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: YB – 15 ölçeğinin psikiyatrik soygeçmiş ile ilişkisi

	Yok N: 211		Var N: 59		z	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
YB15WSC	1,2133	1,2946	1,5282	1,17532	-2,618	0,009
YB15EC	1,4135	1,14223	1,6398	0,8921	-2,12	0,034
YB15 Toplam	1,2934	1,16175	1,5729	0,95011	-2,748	0,006

Mann-Whitney U testi SWC : ağırlık ve şekil endişesi ile ilgili alt maddeler, EC : yeme endişesi ile ilgili alt maddeler

5.2 Geçerliliğe ilişkin bulgular

Yeme bozuklukları -15 ölçeğinin istatistiksel geçerliliğini incelemek için yapı geçerliliği incelenmiştir. Çalışmada izlenen doğrulayıcı yaklaşım kapsamında orijinal ölçek yapısı Türkçe ölçek yapısı ile karşılaştırılmış, madde eklenmemiş ya da çıkarılmamıştır.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan KMO değeri 0.92 ve Barlett testi sonucunda ki kare 1780,42 ($p=0.000$) anlamlı farklılık bulunmuştur. KMO değeri bu örnekteki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve Bartlett's sonuçları da ($p<0.001$) maddelerin birbirleri ile yeterli düzeyde korele olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar faktör analizi yapabilmek için uygun olarak değerlendirilmiştir.

5.2.1 Yapı geçerliliği

Doğrulayıcı Faktör Analizi:

YB- 15 ölçeğinin yapı geçerliliğini sınamak için uygulanan teknik Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)'dir. "Doğrulayıcı Faktör Analizinde", YB-15 in orijinal ölçek formunda elde edilen 2 faktörlü yapısının doğrulanması yapılmıştır. Tatham ve ark.'ları tarafından orijinal çalışması yapılarak teorik alt yapısı oluşturulan ve 15 madde ile yeme bozuklukları semptomlarına ağırlık-şekil kaygısı ve yeme kaygısı olarak 2 faktörden oluştuğu öngörülen YB-15 temel alınarak 2 faktörlü bu yapı SPSS Amos kullanılarak DFA ile test edilmiştir.

DFA analizi sonucu ilk elde ettiğimiz değerlerde, öncelikle Ki Kare (x^2) Uyum testine bakılmıştır. DFA sonucunda x^2 değerinin (103,903 $p < .000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Serbest dağılım değeri ise 34 olarak bulunmuştur. x^2 / sd oranının (103,903/ 34 = 3,05) 5'ten küçük olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

DFA model uyum indekslerine bakıldığında NFI: 0,95, RFI: 0,944, CFI:0,941, IFI:0,966, GFI : 0,941 AGFI:0,904 RMSA:0,082 olarak bulunmuştur. (Tablo 20) Uyum indeksleri tablo olarak verilmiştir. Modele ilişkin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları istatistiksel bakımdan anlamlı olup 0.46 ile 0.88 arasında değişmektedir. (Tablo 21) Tüm maddeler uygunluk açısından 0,3 ün üzerinde ve uygun olduğu gösterilmiştir.

Tablo 21 : Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

Model	ED-15	Normal Değer	Harika uyum
X2 “p” değeri	<.0,00	<0,05	-
X2/sd	3.05	<5	<3
CFI	0,941	>0,95	>0,97
NFI	0,95	>0,9	>0,95
RFI	0,944	>0,9	>0,95
IFI	0,966	>0,9	>0,95
GFI	0,941	>0,85	>0,9
AGFI	0,904	>0,85	>0,9
RMSA	0,082	0,05-0,08	0,00-0,05
SMRM	0,033	<0,08	

Tablo 22:Standardize regresyon katsayıları

Madde	Değer
ED1 <--- Faktör1	0,835
ED3 <--- Faktör1	0,718
ED7 <--- Faktör1	0,463
ED8 <--- Faktör1	0,483
ED2 <--- Faktör2	0,796
ED4 <--- Faktör2	0,796
ED5 <--- Faktör2	0,832
ED6 <--- Faktör2	0,886
ED9 <--- Faktör2	0,874
ED10 <--- Faktör2	0,805

Uyum göstergelerinin istenen düzeyde olmadığı görüldüğü için modifikasyon indeksleri incelenmiştir. ED5 ile ED9 arası modifikasyon indeksinin 15,53 olduğu gözlemlenmiştir. Model uyumunu iyileştirmek için, istatistiksel ve teorik uygunluk

sağlanması koşuluyla ED5 ile ED9 arasında kovaryans oluşturulmasına izin verildi ve sonrasında Doğrulayıcı faktör analizi yenilenmiştir.

Bu ikinci modelde yapılan DFA sonucunda Ki Kare (x^2) Uyum testine bakılmıştır. DFA sonucunda x^2 değerinin (84,183 p <0,00) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bir sonraki aşamada x^2/sd oranına bakılmıştır. x^2 / sd oranının (84,183/ 33 = 2,55) 3'ten küçük olduğu ve modelin çok iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

DFA model uyum indekslerine bakıldığında NFI : 0,959, RFI: 0,944, CFI:0,975, IFI:0,975, GFI : 0,951 AGFI:0,919 RMSA:0,069 olarak bulunmuştur.(Tablo 22) Uyum indeksleri tablo olarak verilmiştir. Modele ilişkin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları istatistiksel bakımdan anlamlı olup 0.46 ile 0.89 arasında değişmektedir. (Tablo 23)Tüm maddeler uygunluk açısından 0,3 ün üzerinde ve uygun olduğu gösterilmiştir.

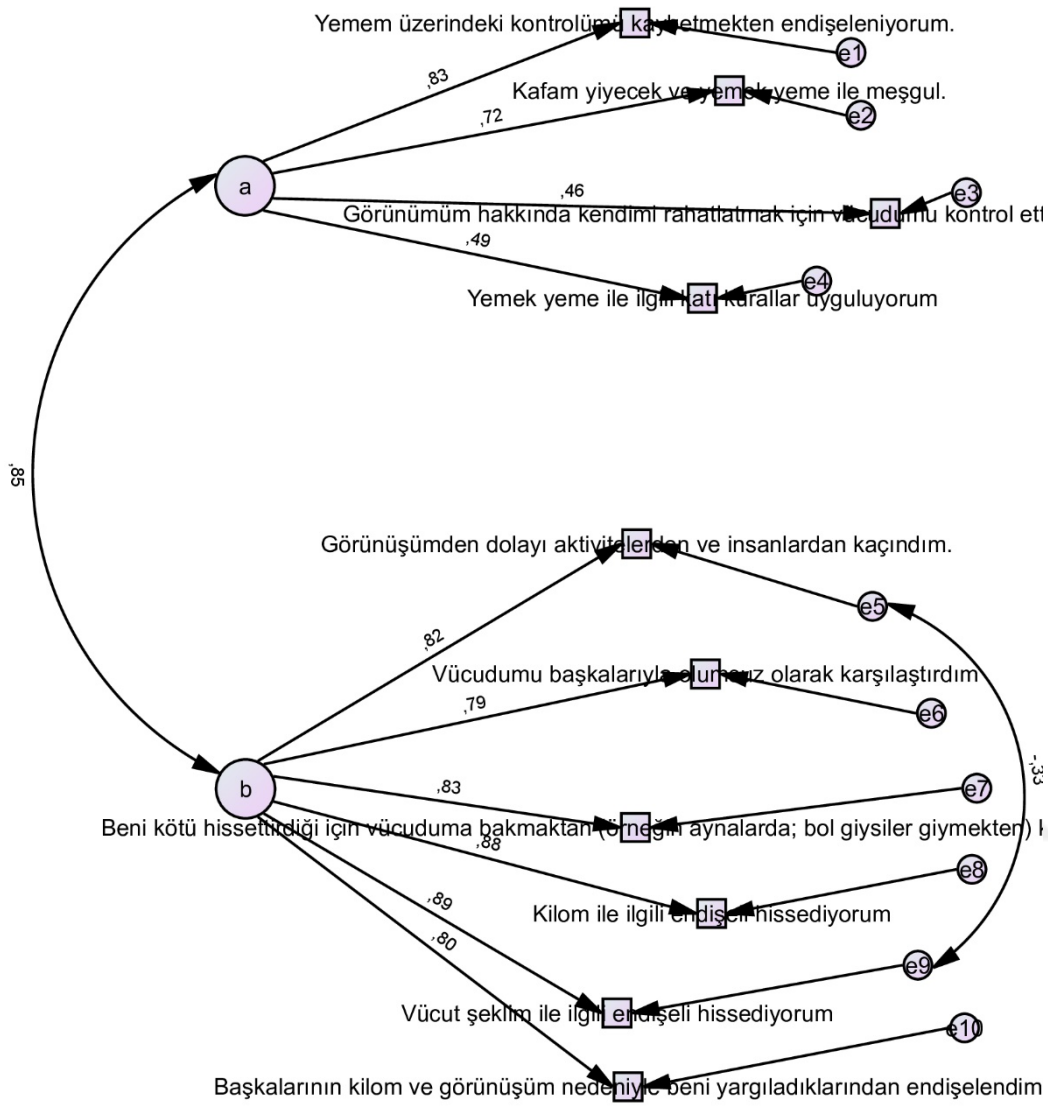
Tablo 23:Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

Model	ED-15	Normal Değer	Harika uyum
X2 “p” değeri	< .000	<0,05	-
X2/sd	2.55	<5	<3
CFI	0,975	>0,95	>0,97
NFI	0,959	>0,9	>0,95
RFI	0,944	>0,9	>0,95
IFI	0,975	>0,9	>0,95
GFI	0,951	>0,85	>0,9
AGFI	0,919	>0,85	>0,9
RMSA	0,069	0,05-0,08	0,00-0,05
SMRM	0,0323	<0,08	

Tablo 24: Standardize regresyon katsayıları

Madde		Değer
ED1	<--- Faktör1	0,831
ED3	<--- Faktör1	0,720
ED7	<--- Faktör1	0,463
ED8	<--- Faktör1	0,487
ED2	<--- Faktör2	0,818
ED4	<--- Faktör2	0,791
ED5	<--- Faktör2	0,828
ED6	<--- Faktör2	0,883
ED9	<--- Faktör2	0,890
ED10	<--- Faktör2	0,802

Şekil 5-1 YB-15 DFA grafik ile gösterilmesi



5.2.2 Birleşme/Ayrışma Geçerliliği

YB-15 ölçeğinin birleşim geçerliğini değerlendirmek amacıyla YB-15 boyutlarımız kendi aralarında ve birlikte uygulanmış olan YBDÖ, BAÖ, arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon tekniği ile sınanmıştır. (Tablo 25)

Tablo 25: YB-15 ölçeği BAÖ, YBDÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu

	YBDÖ Toplam	YBDÖ Kısıtlama Endişesi	YBDÖ Telafi Endişesi	YBDÖ Yeme Endişesi	YBDÖ Şekil Endişesi	YBDÖ Ağırlık Endişesi	BAÖ
YB15 Ağırlık ve Şekil Endişesi	0,705**	0,398**	0,378**	0,556**	0,768**	0,642**	0,469**
YB15 Yeme Endişesi	0,642**	0,492**	0,468**	0,583**	0,609**	0,519**	0,323**
YB15 Toplam	0,726**	0,461**	0,440**	0,605**	0,753**	0,633**	0,439**

Pearson korelasyon testi

** : $p < 0,01$

5.3 Güvenilirliğe İlişkin Bulgular

Bu çalışmada güvenilirlik ölçümleri için; iç tutarlılık, test tekrar test ölçümleri ve madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen “ölçek başarısı” çözümlenmeleri kullanılmıştır.

5.3.1 İç Tutarlılık

Yeme bozuklukları-15 ölçeğinin iç tutarlılık güvenilirliği, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını belirleyen Cronbach's Alfa katsayısı ile ve ölçek maddelerinin madde-toplam korelasyonu ile incelenmiştir. Ayrıca, her bir soru çıkarıldığında alfa değerleri ayrı ayrı tekrar hesaplanmıştır. On madde üzerinden yapılan toplam güvenilirlik testi sonucunda iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.92$ olarak hesaplanmıştır. Faktörlerin de ayrı ayrı bakılan Cronbach's Alfa katsayıları faktör1 için (Yeme ile ilgili endişe) : 0,742, faktör2 (şekil ve ağırlık ile ilgili endişe) için 0,93 olarak bulunmuştur. Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,44-0,84 arasında elde edilmiştir ve tümü istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Tablo 26-27-28). Toplam skora bakıldığında, 6ncı

madde en yüksek korelasyonu ($r:0.84$) verirken, 7nci madde en düşük korelasyonu ($r:0.44$) göstermiştir.

Tablo 26: YB-15 Cronbach's Alfa değerleri

	Cronbach's Alfa
YB-15 (S:270)	0,92
Tekrar test (S:32)	0,88

Ölçeğin orjinalindeki 2 boyutlu yapıya uygun olarak maddelerin boyutla korelasyonu incelenmiş ve tüm maddelerde yüksek korelasyon görülmüştür. (Tablo 27) Alt ölçeklerin tüm ölçek ile arasındaki ilişkiye de korelasyon tekniği ile bakılmıştır. Analiz sonuçlarına göre alt ölçeklerin kendi aralarındaki ve YB-15 toplam puanı arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla 0,71 ile 0,94 ve 0,71 ile 0,89 arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarında yer alan tüm sorular için “madde silindiğinde” elde edilen Cronbach alfa değerleri incelendiğinde çıkarılan herhangi bir soruda boyutun Cronbach alfa değerinin arttığı görülmemektedir. Diğer bir ifadeyle, ölçeğe katkısı yetersiz olan madde bulunmamaktadır.

Tablo 27: YB-15 Tüm Maddeleri ile Madde İç Tutarlılığı Araştırılması

	Düzeltilmiş Madde-Toplam korelasyonu	Madde silinirse Cronbach's Alfa değeri
ED1	0,739	0,909
ED2	0,759	0,909
ED3	0,637	0,915
ED4	0,764	0,908
ED5	0,779	0,907
ED6	0,84	0,903
ED7	0,443	0,927
ED8	0,453	0,924
ED9	0,833	0,903
ED10	0,764	0,908

Tablo 28:YB-15 ölçeğinin İç faktörleri arasındaki korelasyon

Sorular	YB-15 Toplam skor	YB-15 Şekil ve ağırlık endişesi	YB-15 Yeme ile ilgili Endişe
Yemem üzerindeki kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum ED1.	0,618**	0,768**	0,726**
Görünüşümden dolayı aktivitelerden ve insanlardan kaçındım. ED2	0,749**	0,558**	0,719**
Kafam yiyecek ve yemek yeme ile meşgul. ED3	0,560**	0,756**	0,679**
Vücudumu başkalarıyla olumsuz olarak karşılaştırdım ED4	0,839**	0,586**	0,789**
Beni kötü hissettirdiği için vücuduma bakmaktan (örneğin aynalarda; bol giysiler giymekten) kaçınıyorum. ED5	0,817**	0,551**	0,763**
Kilom ile ilgili endişeli hissediyorum ED6	0,877**	0,658**	0,839**
Görünümüm hakkında kendimi rahatlatmak için vücudumu kontrol ettim (örneğin, tartıldım; aynaya baktım) ED7	0,527**	0,741**	0,667**
Yemek yeme ile ilgili katı kurallar uyguluyorum ED8	0,439**	0,688**	0,585**
Vücut şeklim ile ilgili endişeli hissediyorum ED9	0,896**	0,685**	0,865**
Başkalarının kilom ve görünüşüm nedeniyle beni yargıladıklarından endişelendim ED10	0,761**	0,505**	0,702**

**p<0.05 anlamlı düzeydedir.

Spearman korelasyon testi kullanılmıştır

Tablo 29: YB-15 ölçeği maddeleri iç tutarlılıkları

	ED1	ED2	ED3	ED4	ED5	ED6	ED7	ED8	ED9	ED10
ED1	1	0,51**	0,54**	0,47**	0,51**	0,63**	0,40**	0,41**	0,55**	0,46**
ED2	0,51**	1	0,45**	0,62**	0,58**	0,64**	0,32**	0,42**	0,61**	0,58**
ED3	0,54**	0,45**	1	0,46**	0,43**	0,54**	0,35**	0,36**	0,54**	0,33**
ED4	0,47**	0,62**	0,46**	1	0,63**	0,64**	0,44**	0,34**	0,68**	0,61**
ED5	0,51**	0,58**	0,43**	0,63**	1	0,64**	0,41**	0,28**	0,70**	0,64**
ED6	0,63**	0,64**	0,54**	0,64**	0,64**	1	0,44**	0,35**	0,78**	0,58**
ED7	0,40**	0,32**	0,35**	0,44**	0,41**	0,44**	1	0,40**	0,48**	0,38**
ED8	0,41**	0,42**	0,36**	0,34**	0,28**	0,35**	0,40**	1	0,46**	0,32**
ED9	0,55**	0,61**	0,54**	0,68**	0,70**	0,78**	0,48**	0,46**	1	0,61**
ED10	0,46**	0,58**	0,33**	0,61**	0,64**	0,58**	0,38**	0,32**	0,61**	1

**p<0.05 anlamlı düzeydedir.

Spearman korelasyon testi kullanılmıştır

5.3.2 Test-Tekrar Tutarlılık

İki hafta sonra 32 katılımcıya uygulanan test-tekrar test güvenilirliği ölçümünde Cronbach Alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur (Tablo 23). Katılımcıların test-tekrar test uygulaması sonucunda sınıf içi korelasyon katsayıları (ICC) 0,74-1 aralığında dağılmıştır. Test-tekrar test analizi sonucunda maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptanmıştır (p<0,001). Test tekrar test tutarlılığı için, testin toplamı ile tekrar testin toplam puanları arasındaki korelasyon değerlendirilmiş; p<0,01 (ICC=0,92) anlamlılık düzeyinde toplam puanlar arasında yüksek ilişki bulunmuştur.

Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında Tatham ve arkadaşları da YBDÖ ile YB-15 ölçeği alt skorlarının korelasyonlarını incelemişlerdir (Tablo 30).

Tablo 30: Tatham ve ark. YB-15 ölçeği geliştirilmesi çalışmasında YBDÖ ile korelasyonları

	YBDÖ				Toplam
	Kısıtlayıcı	Yeme endişesi	Ağırlık Endişesi	Şekil endişesi	
YB15 Ağırlık ve şekil endişesi	0,55	0,72	0,86	0,88	0,84
YB15 Yeme Endişesi	0,74	0,70	0,72	0,72	0,80
YB15 Toplam skor	0,67	0,77	0,87	0,88	0,88

Tüm değerler için $p < 0,01$, Pearson korelasyon estisi kullanılmıştır.

Rodrigues ve ark yaptığı Portekizce geçerlilik analizinde de YBDÖ ile korelasyonlarına bakılmış (Tablo 31).

Tablo 31: Rodrigues ve ark. YB-15 ile YBDÖ arasındaki korelasyonlar

	YBDÖ				Toplam
	Kısıtlayıcı	Yeme endişesi	Ağırlık Endişesi	Şekil endişesi	
YB15 Ağırlık ve şekil endişesi	0,58	0,70	0,81	0,83	0,80
YB15 Yeme Endişesi	0,70	0,67	0,57	0,57	0,70
YB15 Toplam skor	0,70	0,76	0,80	0,81	0,85

Tüm değerler için $p < 0,01$, Pearson korelasyon estisi kullanılmıştır.

6. TARTIŞMA

Yeme bozuklukları, anormal yeme veya kilo kontrol davranışları ile karakterize ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Kilo, vücut şekli ve yemeye yönelik rahatsız edici tutumlar, bu hastalıkların gelişmesinde ve sürdürülmesinde kilit rol oynar. Tüm yeme bozuklukları fiziksel sağlığı ve psikososyal işlevselliği önemli ölçüde bozar. DSM 5'te altı ana beslenme ve yeme bozukluğu tanımlanmıştır. Bunlardan ilk üçü anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olarak daha önceki kılavuzlarda yer alan tanı kategorilerini içerir. Ek olarak, daha çok çocukluk çağında görülen üç bozukluk da bu gruba dahil edilmiştir. Bunlar çekingen kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, Pika ve Geviş getirme bozukluğudur (6).

Anoreksiya nervoza, şiddetli diyet kısıtlamasını veya diğer kilo verme davranışlarını (örn. kusma, aşırı fiziksel aktivite) motive eden yoğun kilo alma korkusu veya bozulmuş vücut imajı veya her ikisi ile karakterize edilen oldukça belirgin ciddi bir zihinsel bozukluktur. Kilo ve şekle ilişkin endişeler, anoreksiya nervozayı kaçınmacı-kısıtlayıcı gıda alım bozukluğundan ayırır. Ek olarak, bilişsel ve duygusal işlevsellik önemli ölçüde bozulur. Anoreksiya nervozanın tıbbi komplikasyonları tüm organları ve sistemleri etkiler ve bu komplikasyonlar genellikle yetersiz beslenme, kilo kaybı ve kusmaya bağlıdır. Özellikle gastrointestinal sistemi etkileyen semptomlar sık görülür ve rahatsız edicidir. Bulimia nervoza, normal veya kilolu bir görünümde ortaya çıkabilir (eğer ağırlık, bulimia nervoza için eşik değerinin altındaysa, anoreksiya nervoza teşhisi, belirleyici olarak aşırı kusma alt tipi ile birlikte verilir). Bulimia nervoza, tekrarlayan aşırı yeme epizodları (yani, kontrol kaybı ile büyük miktarlarda yemek yeme) ve kilo alımını önlemek için telafi edici davranışlarla karakterizedir. En yaygın telafi edici davranış, kendi kendine kusmadır, ancak uygun olmayan ilaç kullanımı, oruç tutma veya aşırı egzersiz de telafi edici davranış olarak kullanılabilir. Bu davranışlar, ağırlık, vücut şekli veya görünümle ilgili olumsuz öz değerlendirme tarafından tetiklenir. Tıknırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervozaya göre daha az telafi edici davranışa sahip, sıkıntılı, tekrarlayan tıknırcasına yeme epizodları ile karakterizedir. Hem bulimia nervoza hem de tıknırcasına yeme bozukluğuna sıklıkla obezite eşlik eder ve/veya bu hastalıklar obeziteyle ilgili metabolik bozukluklara neden olur (%30-45). Kaçınan kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu artık DSM-5 ve ICD-11'de yaşa bağlı olmayan bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Temel semptomlar, kilo kaybı veya yavaşlayan büyüme, beslenme yetersizlikleri, yeterli alım için tüple beslemeye veya besin takviyesine bağımlılık ve

psikososyal bozukluk ile gıdalardan kaçınma veya kısıtlamadır. Yeme ve yemeye genel bir ilgi eksikliği, duyuşsal duyarlılığa dayalı gıda seçiciliği ve boğulma veya kusma gibi caydırıcı deneyimlerle ilgili yemenin olumsuz sonuçlarından korkma bağlamında ortaya çıkar. Pika, bir ay veya daha uzun bir süre için besleyici olmayan veya gıda dışı maddeleri yemeyi içerir. Ana tetikleyiciler, maddenin tadı, can sıkıntısı, merak veya psikolojik gerilimdir. Geviş getirme bozukluğu, mide bulantısı, istemsiz oğurma veya tiksinti olmadan yemek yedikten sonra gıdanın geri çıkarılmasını içerir (2).

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi, rahatsızlığın çok faktörlü bir yapı göstermesi ve psikiyatrik hastalıklar içerisinde ölüm riski en yüksek olan patoloji olması nedeniyle; bozukluğun őiddetinin belirlenmesi, tüm olası risklerin değerlendirilmesi ve uygun tedavi yönteminin planlanabilmesi için kapsayıcı bir yaklaşım içerisinde olunmalıdır.(28) Bu değerlendirme; klinik görüşme, fiziki muayene, aile ve yakınlardan bilgi alma, laboratuvar tetkikleri ve sonucunda ayırıcı tanının koyulması aőamaları ile özetlenebilmektedir. Değerlendirme yöntemleri; klinik görüşmeler, kişinin kendi davranışlarını izlemesi/kaydetmesi (yiyecek günlükleri, kilo kontrol davranışlarının kayıtları, düşünce ve duygularını yazması vb.) ve öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasından oluşmaktadır.(89) Yeme bozukluklarında değerlendirmede kullanılmak üzere birçok araç mevcuttur. Yarı-yapılandırılmış görüőmelerden olan DSM-4 Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Cooper ve Fairburn (1987) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi (EDE-Eating Disorders Examination) en sık kullanılanlardır. Öz bildirim ölçeklerinden ise Yeme Tutum Testi (EAT-Eating Attitudes Test), Yeme Bozukluğu Envanteri (EDI- Eating Disorder Inventory), 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 (90).

Bu tez çalıőmasıyla Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmayı amaçladığımız, klinik ortamlarda haftalık olarak kullanılmak üzere geliştirilen, yeme tutumları ve davranışlarının kısa bir öz bildirim ölçeği olan Yeme Bozukluğu-15'in (YB-15) özellikle terapi seansları sırasında kullanılabileceği ve seanslar arası değişimi, tedavi sürecini ve sonuçları gözlelemede önemli olduğu düőünölmektedir. YB- 15 tutum maddelerinin iki alt faktörlü yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Bu iki alt ölçek "Ağırlık ve şekil Kaygıları" ve "Yeme

Kaygıları" olarak isimlendirilmiştir. YB-15 özellikle son haftayı inceleyen yapısı itibariyle diğer ölçeklerden ayrılarak haftalık değişimi ve seanslar arası farklılıklarını sunması açısından önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda bulgularımızdan ilki YB – 15 ölçek skorunun kadınlarda (1,43+1,14) erkeklere (1,10+ 1,01) oranla yüksek bulunduğudur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu fark alt ölçeklerden özellikle ağırlık ve şekil ile ilgili endişede belirgin olarak gözlemlenmiştir. (p:0,06) Yeme endişesi ile ilgili alt ölçekte de fark olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. (p: 0,13) Ağırlık, vücut şekli ve yeme ile ilgili endişeler yeme bozukluklarının gelişiminde ve devam etmesinde önemli rol oynar. Bu endişelerin biçimi cinsiyete göre değişir; örneğin erkeklerde vücut imajı kaygıları vücut kaslılığına odaklanırken, kadınlarda bu endişeler daha çok kilo vermeye odaklanabilir. Bizim çalışmamızda da kadınlardaki kilo verme ve bununla ilişkili ağırlık ve vücut şekline bağlı endişenin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek oranda farklı bulunması, bunu destekler niteliktedir. (p:0,06) Bunun yanında kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre, referans olarak kullandığımız YBDÖ ölçeğinin ortalama skorlarında da anlamlı fark saptanmıştır. (p:0,04) Bu sonuç hem tutarlı bir ölçek kullanıldığını desteklemekte hem de çoğu kaynakta gösterilen kadınlarda yeme bozukluğunun erkeklere göre daha sık görüldüğünü kanıtlar nitelikte olmaktadır. Kadınlarda yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Anoreksiya nervosanın genç kadınlarda yoğun oranda görüldüğü (Kadın/Erkek 10:1), orta yaş ve yaşlılık döneminde sıklığının giderek azaldığı gözlemlenmiştir. Bulimia nervosa'nın da oranı daha düşük olarak olsa da kadınlarda daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir.(2) Büyükgöze-Kavas yaptıkları bir çalışmada yeme bozukluklarında cinsiyet faktörünün demografik değişkenler arasında en etkili faktör olduğunu belirtmiştir (91). Bunun yanında yeme bozukluklarına en sık eşlik eden hastalık grubunun anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiş, kadın grupta yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozuklukları oranının da erkeklere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (92). Yaygın komorbidite görülmesi nedeniyle çalışmamızda değerlendirdiğimiz Beck anksiyete skorları kadın grupta erkek gruba oranla daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (p: =0,0001) Sonuç olarak çalışmamızda cinsiyetler arasında hem yeme bozuklukları için kullandığımız ölçeklerde hem de anksiyete ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmada bulduğumuz diğer önemli verilerden birisi de YB-15 ölçeğinin beden kitle indeksi ile anlamlı oranda farklılar gösterdiğiydi. Beden kitle indeksine göre zayıf, normal,

hafif kilolu ve obez olarak gruplara ayırdığımız katılımcılar arasında ED-15 testi ortalamaları açısından; zayıf gruptan obez gruba doğru gidildikçe ölçek skorlarında belirgin oranda artma gözlemlenmekteydi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p: <0,05$) Yeme bozukluklarının temelinde beden görünümünden rahatsızlık duyma, vücut şekil ve ağırlığına aşırı değer verilmesi ve bunlara dair endişe duymanın yattığı düşünülmektedir (74). Çoğu genç kızda beden şekli rahatsızlığı olsa da bu kişilerden çok azında yeme bozuklukları gelişmektedir. Kültürel olarak normal kabul edilen beden şeklinden, yeme bozukluğuna olan ilerlemede önemli faktörlerden birisi de hastalık öncesi vücut şeklinin daha büyük olması olarak gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar AN ve BN hastalarında geçmişte aşırı kilolu olma veya obezitenin bulunduğunu göstermiştir (93). Son yıllarda yapılan bir çalışmada 65,057 İsveçli kadında kendi bildirimlerine göre vücudunun büyük olduğunu düşünenlerde, vücudunun küçük olduğunu düşünenlere göre AN ve BN geliştirme oranının anlamlı oranda yüksek olduğu gözlemlenmiş. Çocuklukta yüksek olan BKİ'nin, yetişkin yaşamda sıklıkla devam ettiği gösterilmiştir; burada obez çocukların, obez olmayanlara kıyasla yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde obez kalma olasılıklarının beş kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (94). Yapılan çalışmalarda Beden kitle endeksi, AN, BN ve diğer yeme bozuklukları için risk faktörü olarak gösterilmiştir (95). Bizim çalışmamızda da literatürdeki bu verileri destekler nitelikte, BKİ ile YB-15 ölçek skorları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçtan hareketle vücut şekli ve ağırlık ile ilgili endişelerin artmasıyla yeme bozukluğuna dair bulguların da artış gösterdiği söylenebilir.

Gelişmiş ülkeler ve Batı kültürünün etkisindeki toplumlarda, beden ölçüsü, kilo ve vücut şekli ile ilgili çok fazla uğraşı dikkati çekmektedir. Bu endişenin sonucunda yeme davranışları etkilenmektedir. Diyet kliniklerinin sayıca artması, gazete, dergi ve televizyon programlarında giderek artan diyet önerilerine bakıldığında, yeme davranışı ve sonrasındaki telafi davranışlarındaki artış ve buna yönelik arayış rahatça görülebilir. Fiziksel çekicilik ve mükemmelliğe fazla anlam yüklendiği ve önem verildiği zamanımızda, kadınlar, fiziksel özellikleri, vücut şekilleri ve güzellikleriyle toplumda yer edinme çabasının bedelini hastalıkla ödeyebiliyorlar. Toplumsal olarak beden şekli üzerine olması gereken bir standart belirlenmesi ve bundan ayrı olarak kalan kişilerin güzel olmayan veya normal olmayan olarak algılanmasının bunu yordayabileceği düşünülmektedir. Bu koşullar altında kalan kişi, toplumun belirlediği standartlara gelebilmek adına yemesi, beden şekli ve ağırlığı ile ilgili aşırı bir endişe halinde olabilir; bunun sonucu olarak genetik ya da psikolojik olarak yatkın bireylerde ve kimlik arayışı içerisindeki genç kızlarda bu durumun yeme bozukluğu

seviyesine ilerleyebileceği düşünülmektedir (96). Çalışmamızda BKİ artıkça YB-15 ölçeğinde özellikle ağırlık ve vücut şekli ile ilgili endişe bölümü skorlarındaki belirgin artışın bundan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte referans ölçek olan YBDÖ skorlarının da BKİ artıkça anlamlı oranda arttığı gösterilmiştir. (p : <0,05) Bu da YBDÖ ile geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız YB-15 ölçeğinin tutarlılığını destekler niteliktedir. BKİ ile yeme ölçekleri arasındaki bu anlamlı fark, Beck anksiyete ölçeğinde anlamlı oranda gözlemlenmemiştir. (p: 0,205) Bir araştırmada 13 ve 90 yaşları arasında, 3400'den fazla kadın ve 500'den fazla erkek katılımcı değerlendirilmiş; katılımcılarının çoğu normal kiloda olmasına rağmen, kilo artışının her iki cinsiyette beden imgesini olumsuz etkileyen faktörlerin en başında geldiği bildirilmiştir. Çalışmadaki kadınların üçte ikisi ve erkeklerin üçte biri, beden imgelerini bozan en önemli durumun kilo almak olduğunu söylemiştir. Ankete katılan kadınların yaklaşık olarak yarısı, yaşlarından bağımsız olarak, kiloları konusunda kaygılandıklarını ve kilolarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna karşın; anket, tüm yaş gruplarında erkeklerin, görünüşlerinden kadınlara oranla daha az şikayetçi olduklarını ortaya koymuştur. En az memnun olan grup, 30-39 ve 50-59 yaş grubundaki kadınlardır. Bu çalışmada; kadınların %89'u, kilolarından bağımsız olarak kilo vermek, %24'ü ise hayatlarının üç yılını istedikleri kiloya ulaşmak için feda etmek istediğini belirtmiştir. Beden imgesi ile ilgili kaygının, bir kadının benlik algısını daha derinden etkilemesi şaşırtıcı değildir. Bu anket, çalışmadaki kadınların %56'sından fazlası için, kadın olmanın, genel görünüş ve beden boyutuyla ilgili kaygı ve memnuniyetsizliği beraberinde getirdiğini göstermiştir (97). Bizim çalışmamızda da bununla paralel olarak katılımcıların beden kitle endeksi artıkça anksiyete seviyeleri artmasa dahi beden şekli, ağırlığı ve yeme davranışı endişesinin anlamlı oranda arttığı gözlemlenmektedir. Bu durumun yatkınlığı olan kişilerde anksiyete bozukluğu veya yeme bozukluğu düzeyine varabileceği düşünülebilir. Yine çalışmamızda bu veriyi destekler nitelikte olarak BKİ'ye göre zayıf olan grup ile normal olan grup arasında YBDÖ'de vücut şekline dair endişeler alt ölçeği skorlarında, anlamlı oranda fark saptanmıştır. (p:0,011) Bu bulgudan hareketler normal kişilerde de bedenlerine yönelik artmış uğraşı olabildiği söylenebilir.

Bulgularımızdan bir diğeri de daha öncesinde geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olanlarda YB-15 ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. (p:0,035) Alt ölçeklerde ise bu durum ağırlık ve vücut şekline dair endişede anlamlı oranda fark (p:0,049) mevcut iken, yeme endişesinde ise fark olsa da bu oran anlamlı düzeyde değildi. (p:0,104) Bu konuda literatürde daha önce yeme bozukluklarına akut veya kronik dönemde

diğer psikiyatrik bozuklukların sıkça eşlik ettiği gösterilmiştir (98). Bu noktada klinisyenlerin geniş bir değerlendirme yapıp hastayı diğer psikiyatrik hastalıklar yönünde de ele alması bütüncül yaklaşım açısından önem arz etmektedir. Yeme bozukluklarına eş zamanlı olarak duygudurum ve anksiyete bozuklukları hem erkeklerde hem kadınlarda sık görülür. AN öyküsü olan 51 kişinin katıldığı bir çalışmada %25'inin psikiyatrik hastalık nedeniyle maaşlı bir iş bulamadığı gösterilmiştir (99). Klinik ve epidemiyolojik örneklerde en az bir komorbid hastalığın bulunma olasılığı yaşam boyu yaygınlık oranları %45 ile %97 arasında değişmektedir (100). En yaygın görülen bozukluklar duygudurum ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları olarak gösterilmiştir. Yakın tarihli çalışmalarda AN olan hastaların %60'ında duygudurum bozukluğu olduğu gösterilmiş, bu hastalardan tıknırcasına yeme alt grubunda kısıtlı yeme alt grubuna göre belirgin oranda skorlarda yükseklik olduğu bulunmuştur (22). Yapılan diğer bir çalışmada ise depresyon skorlarının kilo verme ile korele olduğu bulunmuş; özellikle açlık hissi olan hasta gruplarında depresif belirtilerin daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Ruhsal durumun açlıktan etkilendiği, bilindiği üzere özellikle depresyonun yeme bozukluğundan önce mi yoksa sonra mı geldiğini değerlendirmek, çekirdek belirtinin ne olduğunu anlamak açısından önemlidir. Obsesif kompulsif bozukluk da sık görülen komorbid hastalıklardandır. Daha çok kontrol ve bulaş obsesyonlarının görüldüğü gözlemlenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı olanların ayrıca %25'inde madde kullanım bozukluğu mevcuttur. Daha sık olarak nikotin, amfetamin ve kokain kullanım bozuklukları görülür (101). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yeme bozukluğu skorlarının ek hastalığı olan grupta anlamlı oranda yüksek olduğu gösterilmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı almış olan grupta Beck anksiyete skorlarında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında önceden psikiyatrik hastalık tanısı olan kişilerin anksiyete seviyelerinin daha yüksek oluşu, benlik saygısının düşük oluşu; yeme bozukluklarına karşı da kişiyi savunmasız bıraktığı düşünülebilir. Artan endişenin kişinin kendi bedenine, ağırlığına veya yeme davranışına yöneldiği takdirde, yeme bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Psikiyatrik hastalıkların çoğunun genetik alt temeli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda da ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan grupta YB-15 ölçeğinin skorlarının anlamlı oranda yüksek olduğu gösterilmiştir. (p:0,006) Literatürde anoreksik hastaların birinci derece yakınlarında unipolar depresyon görülme riski değişik çalışmalarda %6,5-20,4; bipolar bozukluk görülme riski ise %0-8,3 arasında verilmektedir. Genel olarak

yeme bozukluğu olan hastaların yakınlarında duygudurum bozukluğu görülme riski, yeme bozukluğu olmayanlara göre 2-4.2 kat artmaktadır (102). Bunun yanında BN'nin madde kullanım bozukluğu ile sıklıkla birlikte görüldüğü bilinmekte olup, anksiyete ile başa çıkmada yemek yeme ya da alkol alımının aynı işlevi görüyor olabileceği düşünülmüştür. Son yapılan çalışmalar gerek BN hastalarında alkol ve ilaç kötüye kullanımının sık olması, gerekse BN hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında alkol bağımlılığının sık görülmesinden yola çıkarak; bu kişilerde bağımlılık için genetik bir yatkınlık olduğunu ve bu yatkınlığın biyolojik etkenler ve çevresel değişkenler ile biçimlenerek erkeklerde alkol bağımlılığı, kadınlarda ise toplum tarafından daha kabul edilebilir olan yeme bozukluğuna yol açtığını öne sürmektedir. Yine de net bir şekilde genetik olarak bir bağ gösterilememiştir (103). Diğer anksiyete bozukluklarını araştıran çalışmalarda, bulimikler ile restriktif tip anoreksiklerin akrabalarında yaşam boyu en az bir kez anksiyete bozukluğu görülme riski yaklaşık %50 olarak gösterilmiştir. Bunun genetik geçiş ve epigenetik ile bağlantılı olabileceği düşünülse de sosyal öğrenme ile de açıklanabileceği öne sürülmüştür (104). Bu konuda yapılacak daha detaylı ve geniş katılımcı sayılı çalışmalarla daha net verilerin elde edilebileceğini düşünüyoruz.

6.1 Ölçeğin güvenilirliği

Güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının gösterilmesi olarak açıklanabilir. Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, rastgele hatalardan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak bağımsız ölçümlerde benzer kararlı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenilirliğin dayandığı temel kavramlar tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir. Somut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerle yapılan tekrarlı ölçümlerde her seferinde birbirine çok yakın sonuçlar alınır. Soyut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerde ise bu daha zor olabilir (105).

Bu çalışmada YB-15 ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla; iç tutarlılık, test tekrar test ölçümleri ve madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen “ölçek başarısı” çözümlenmeleri kullanılmıştır.

Bir ölçeğin bir kez uygulanması durumunda güvenilirlik için iç tutarlılık güvenilirliği incelenir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısının yüksek bulunması, ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçmekte olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Güvenilirlik katsayısı sayısal olarak 0 ile 1 arasında değişen ve 1'e yaklaştıkça ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösteren bir katsayıdır (106).

YB-15 ölçeğinin iç tutarlılığının sınanması amacıyla Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Esas olarak bir güvenilirlik indeks değeri olan Cronbach Alfa, ölçeğin içerdiği maddelerin birbiriyle ne oranda tutarlı olduğu ve arka plandaki hipotetik değişkeni ne ölçüde temsil ettiği hakkında bilgi verir (107). Aynı zamanda Cronbach Alfa, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını belirler. Likert tipi ölçeklerde, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir (105). Cronbach Alfa değeri 0,6-0,8 arası değer aldığı anda ölçeğin güvenilir, 0,8-1,00 arası değer aldığı anda ise ölçeğin yüksek ölçüde güvenilir olduğu bilinmektedir (108). YB-15 ölçeğinin toplamı için Cronbach Alfa değeri 0,92'dir. Alt ölçeklerden yeme ile ilgili endişe alanındaki faktör 1 Cronbach Alfa değeri 0,74, vücut şekil ve ağırlık ile ilgili endişe alanındaki faktör 2 Cronbach Alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam skor olarak çok güvenilir ölçek aralığında bulunduğu görülmektedir.

Orijinal ölçekte faktör 1 için Cronbach Alfa değeri 0,80 faktör 2 için Cronbach Alfa değeri ise 0,93 olarak bulunmuştur (29). Ölçeğin toplam ve alt ölçek maddelerinin büyük ölçüde kararlılık gösterdiği bulunmuştur.

Yine YB-15 ölçeğinin Rodrigues ve arkadaşlarının yaptığı Portekizce geçerlilik güvenilirlik analizinde ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden yeme ile ilgili endişe alanındaki faktör 1 Cronbach Alfa değeri 0,81, vücut şekil ve ağırlık ile ilgili endişe alanındaki faktör 2 Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur (109). Ölçeğimizde bu çalışmaya benzer şekilde Cronbach Alfa sayılarında güçlü oranda güvenilirlik katsayısı elde edilmiştir.

Bir testten elde edilecek puan eğer gruplar arası karşılaştırma için kullanılacaksa güvenilirlik için 0,80 yeterli iken, bireysel bir değerlendirme yapılacaksa güvenilirlik için 0,90 minimum, 0,95 ise istenilen bir standarttır (105). Bu standartlar dikkate alındığında iç tutarlılık güvenilirliği için yapılan analizler YB-15 ölçeğinin güvenilirliğinin tüm uygulamalar için yeterli olabilecek düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir.

Bunun yanında ölçekteki maddeler çözümleme içerisinde çıkarıldıktan sonra hesaplanan güvenilirlik katsayısında artış görülüyor ise o maddenin ölçüm aracındaki güvenilirliği düşürdüğü, bu durumda o sorunun “sorunlu soru” olduğu anlamına gelir. Tersine madde çıkarıldıktan sonra güvenilirlik katsayısında önemli ölçüde düşüş gözleniyor ise ilgili maddenin ölçülen boyut için oldukça önemli olduğu düşünülmelidir (110). Ölçeğimizde ölçekten çıkarıldıktan sonra Cronbach Alfa değerinde düşme olan herhangi bir madde bulunmamaktadır ve bu tüm maddelerin ölçekte soruna yol açmadan önemli bir yer tuttuğunu gösterir.

Güvenilirliği gösteren diğer bir yöntem ise madde ile toplam ve madde ile boyut arasındaki korelasyonlardır. Madde-toplam korelasyonu ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklarken, madde-toplam korelasyonun pozitif olması maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir. Genel olarak madde-toplam korelasyonunun 0.20'nin üzerinde olması beklenir (105). Ölçeğimizde bu değerler 0,5 ile 0,89 arasında yüksek güvenilirlik oranı göstermektedir. Ayrıca ölçekteki alt faktörlerin kendi arasında ve toplam ölçek skoru ile korelasyonları da güvenilirlikte önemli rol oynar. Ölçeğimizde bu katsayılar şekil ve ağırlık endişesi ile yeme endişesi arasında 0,71, yeme endişesi ile toplam skor arasında 0,89, şekil ve ağırlık endişesi ile toplam skor arasında ise 0,94 olarak bulunmuştur. Rodrigues ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer oranda sırasıyla 0,78-0,91-0,91 olarak bulunmuştur (109).

Güvenilirliği tespit etmenin bir başka yolu ise, ölçeğin aynı kişi tarafından farklı zamanlarda aynı şekilde doldurulmasının sağlanmasıdır. Test tekrar test güvenilirliği bir ölçeğin aynı örneklem grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerlerinin korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (105). Bu çalışmada iki hafta sonra 32 katılımcıya uygulanan test-tekrar test güvenilirliği ölçümünde Cronbach Alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kendisi ve 32 kişiye tekrar uygulanması sonrası veriler arasındaki korelasyon değerlendirilmiş sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0,92 olarak bulunmuş, tüm maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$). Rodrigues ve ark. yaptığı çalışmada da test tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayıları ICC 0,84 olarak bulunmuş ve $p<0,001$ ile anlamlı olarak bulunmuştur (109).

Elde edilen güvenilirlik bulguları ölçeğin orijinal çalışmasında elde edilen bulguları ve yurt dışı literatürdeki diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilirliği sağladığı ifade edilebilir.

6.2 Ölçeğin Geçerliliği

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, tam ve doğru bir şekilde ölçebilme derecesidir. Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin hiçbirinin geçerliliği tam değildir. Fakat ölçeklerin geçerliliği yeterli sayılabilecek doğrulukta ölçümler verecek düzeye getirilebilir. Bir ölçme aracının geçerliliği, standart koşullarda ölçme aracı ile elde edilecek ölçümlerdeki değişkenliğin ne kadarının, incelenen bireylerin ölçülen özelliğe sahip oluş dereceleri arasındaki gerçek farklardan gelmekte olduğunu gösterir (105). Geçerlilik için güvenilirlik gereklidir ancak yeterli değildir. Yani bir ölçek her zaman aynı sonucu verebilir yani güvenilir olabilir. Ancak ölçülmek istenen yapı dışında başka şeyleri ölçebilir yani güvenilirliği yüksek bir test geçerli olmayabilir (111). Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatası yapıldığını anlamak için ölçüm aracının geçerliliğinin saptanmasına gerek vardır. Geçerlilik ya hep ya hiç şeklinde olamaz. Bir test geçerli ya da geçersiz değil, az ya da çok geçerli olabilir (112). Bu çalışmada ölçeğin yapı geçerliliği incelenmiştir.

Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli ögelerin ya da ögeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliliğini saptamak için faktör analizlerinden yararlanılır. Faktör analizi çok sayıda değişkenin temelinde yatan ve daha az sayıda olan değişkenlerin sayısını ve özelliklerini belirlemek amacıyla yapılır. Bu işlemin amacı; aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için yapıyı daha az sayıda temel boyuta indirgemektir (105).

YB-15 ölçeğinin faktör yapısı orijinal çalışmada belirlendiği için bu çalışmada faktör analizi için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile var olan yapının sınanması amaçlanmıştır. DFA ile belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklinde bir ön beklentinin sınanması söz konusudur. Açımlayıcı faktör analizinde kaç adet faktörün beklendiği bilinmez. DFA’da faktör sayısı kesin olarak belirtilir ve test edilir.

SPSS Amos programı 26ncı sürümü kullanılarak yapılan DFA uygulamasında, 10 maddeden oluşan YB-15 ölçeğinde öngörüldüğü gibi 10 maddenin 2 faktör tarafından temsil edileceği; 4 maddenin (ED1,ED3,ED7,ED8) birinci faktör olan yeme ile ilgili endişeler boyutunda, kalan 6 maddenin ise (ED2,ED4,ED5,ED6,ED9,ED10) vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili endişeler boyutu altında yer alacağı, orijinal yapıya göre belirlenmiştir. Yapısal Eşitlik Modellemesine (YEM) göre elde edilen veri ile model arasındaki uyumun mükemmel olması için elde edilen Ki-kare değerinin 0'a yakın olması ve istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p > 0,05$) beklenir (113). DFA sonucunda Ki-kare (χ^2) değerinin (84,183, $p < ,000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Ki kare (χ^2) değeri örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilenir ve genellikle anlamlı sonuçlar verme eğilimindedir. Bu nedenle, χ^2/sd (standard deviation; standart sapma) oranının dikkate alınması önerilmektedir (113). χ^2/sd oranının 3'ten küçük olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir. Bir sonraki aşamada χ^2/sd oranına bakılmıştır. Çalışmamızda χ^2/sd oranının ($84,183 / 33 = 2,55$) 3'ten küçük olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenebilir. Bu çalışmada mümkün olan bir çok uyum indeksi arasından; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), uyum iyiliği indeksi (GFI), standartlaştırılmış hata kareler ortalamasının karekökü (SMRM), artan uyum indeksi (IFI), normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) kullanılmıştır. Karşılaştırmalı uyum indeksinin (CFI) iyi uyum için 0,90 ve daha yüksek değerlerde olması beklenmektedir (114). Yine 0 ile 1 arasında değişen yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) için 0,08 ve daha küçük değerler iyi uyumu, 0,10 ve yakın değerler orta düzeyde uyumu, 0,10 ve üzeri değerler ise kötü uyumu göstermektedir (115). YB-15 ölçeğinin alt boyutları için RMSEA değeri 0,069, CFI değeri ise 0,97 olarak SMRM değeri de, 0 ile 1 aralığında değerler alır. SMRM değeri 0,01'den küçük olduğunda iyi uyumun, 0,05'den küçük olduğunda ise kabul edilebilir uyumun göstergesidir IFI, 0 ile 1 arasında değerler alır. IFI değeri 1'e yaklaştıkça modelin uyumu artar. Bu indeksin değeri de 1'i aşabilir.(116) NFI, Ki-kare testinin 0 ile 1 arasına tekrar ölçeklenmesi ile bulunur. (116) YB-15 ölçeğinin alt boyutları için SMRM değeri 0,03, IFI değeri ise 0,97 olarak bulunmuştur. DFA sonucunda elde edilen tüm uyum indekslerinin iyi düzeyde uyuma işaret ettiği görülmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde önemli bir başka gösterge de regresyon katsayılarının anlamlılığıdır. Regresyon değerleri; gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü gösterir (117). Çalışmamızda modele ilişkin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları kabul edilebilir sınırlardadır (>0.30). Tüm sonuçlar incelendiğinde doğrulayıcı faktör analizleri YB-15 ölçeğinin iyi bir yapı geçerliliğine sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Portekiz’de Rodrigues ve ark. yaptığı çalışmada da orijinal ölçeğin 2 boyutlu yapısı DFA ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde x^2/sd oranının 3,68, SMRM değerinin 0,11, RMSA 0,102 GFI değerinin 0,92 IFI değerinin 0,92 olduğu gözlemlenmiştir. Güvenilirlik katsayıları uygun değerlerde olan Portekizce geçerlilik güvenilirlik çalışmasının da iyi bir yapı geçerliliği gösterdiği görülmektedir (109). Bizim çalışmamızın da bu çalışmaya benzer şekilde, hatta uyum ölçekleri açısından bakıldığında daha iyi düzeyde yapı geçerliliğine sahip olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada örtüşme geçerliliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede değerlendirilen YBDÖ, BAÖ ile YB-15 ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Literatürde yeme bozuklukları ve anksiyetenin ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışmalar anksiyete seviyeleri arttıkça yeme bozukluğu sıklığının da yükseldiğini göstermektedir. Bu durum sonuçlara BAÖ ile pozitif korelasyon olarak yansımaktadır (118)(119)(120)(121). Bizim çalışmamızda da BAÖ ile YB-15 ölçeği arasında önceki çalışmalarla uyumlu olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, yeme ve vücut şekli ile ilgili aşırı uğraşı olan hastalarda anksiyete seviyelerinin de yükseldiğini göstermektedir.

Orijinal ölçek çalışmasına da referans olan YBDÖ ölçeği ile YB-15 ölçeğinin ve alt gruplarının korelasyonları çalışmamızda incelenmiştir. YB-15 toplam ölçek puanının YBDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri ile yapılan korelasyon incelemesinde sırasıyla 0,461-0,440-0,605-0,753-0,633-0,439-0,726 olarak bulunmuş ve hepsi için p değerleri 0,001’den küçük olarak değerlendirilmiştir. YB-15 ölçeği alt maddelerine bakılarak yapılan korelasyon analizinde, yeme ile ilgili endişe için olan faktör 1’in korelasyon katsayıları 0,64-0,49-0,46-0,58-0,60-0,51-0,32 olarak, vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili endişe için olan faktör 2’nin korelasyon katsayıları 0,72-0,46-0,44-0,60-0,75-0,63-0,43-0,26 olarak bulunmuş ve hepsi için p değerleri 0,001’den küçük olarak gözlemlenmiştir (Tablo 25). YB-15 ölçeği ve YBDÖ arasında yüksek oranda pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir ve çok benzer yapıları ölçtükleri saptanmıştır.(Tablo 30) (Tablo 31)

Çalışmadan elde edilen bulgular, YB-15 ölçeğinin Türkçe halinin, yeme bozukluğu olan hastaları takip etme şansı ve müdahale imkanı sağlayan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Bu çalışma ile tedavi yanıtını daha kısa aralıklarla ölçen ölçeklerin

gerekliliği vurgulanmış, özellikle ülkemizde yeme bozukluğu hastalarında kullanılabilecek ölçek sayısının kısıtlı olması nedeniyle mevcut boşluğun doldurulması amaçlanmıştır. YB-15; yeme bozukluğu araştırmalarında ve klinik ortamlarda kullanılabilecek, tedaviye yardımcı, doldurulması kısa zaman alan, kolay anlaşılabilir, güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiş bir öz bildirim leği olarak Türk Psikiyatri literatürüne sunulmuştur.

6.3 Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. İlk olarak katılımcı sayısı belirlenirken madde sayısının en az 10 katı olması gözetilmiş hatta üstüne de çıkılmıştır. Ancak yine de katılımcı sayısı daha fazla tutularak daha geniş ölçekli bir çalışma yapılamamış olması kısıtlılıklarımızdan birisidir.

Kısıtlılıklarımızdan bir diğer katılımcı popülasyonunun daha büyük bir kısmını kadınların oluşturmasıdır. Yeme bozuklukları alanlarında yapılan diğer çalışmalarda da katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir. Bunda kadınların bu tür öz bildirim ölçeklerine katılım isteklerinin daha fazla olması ve yeme bozuklukları ile ilgili tutum ve davranış bozukluklarının daha çok kadınlarda görülmesi etkili olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak gözden geçirildiğinde pek çok ülkede tarama amaçlı kullanılan YB-15 ölçeğinin, Türk örnekleminde yeme bozukluğu hastalarının değerlendirilmesi ve takibinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir. Böylece yeme bozukluğu hastalığının klinik seyri, tedavi sonuçları, yeme tutumu ve davranışı, vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili endişe gibi birçok alanın değerlendirilmesinde kullanılabilecek, geçerliliği pek çok araştırma ile test edilmiş, sağlam bir teorik alt yapıya sahip bir aracın kültürel uyarlaması yapılarak ruh sağlığı alanına sunulmuştur.

Yeme bozuklukları son zamanlarda sıklığı artan ve psikiyatri hastalıkları arasında en çok ölüm oranına sahip olan hastalık grubunu oluşturmaktadır. Ancak tanı koyma ve tedavi takibinde literatürde kısıtlı araç bulunmaktadır. Çalışmamızla birlikte yeme bozuklukları tanı ve takibinde haftalık olarak kullanılabilecek bir araç literatüre kazandırılmıştır. Böylece klinisyenlerin yeme bozukluğu gibi prognozu nispeten kötü olan bu hastalık grubunu daha kolay tanınması sağlanacak ve bu şekilde hastaların tedavisine daha hızlı başlanarak erken dönemde müdahale şansı olacaktır.

Çalışmamız yeme tutum ve davranışlarını haftalık düzeyde inceleyen, takibi sağlayan ve özellikle yeme bozukluğu hastalarının tedavisinde psikoterapi yöntemini tercih eden klinisyenler için takibi kolaylaştıran bir araçtır ve bu alanda yaşanan önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamıştır. Son olarak, gelecekteki çalışmalar, ölçeğin yaygınlaştırılabilirliğini ve uygulanabilirliğini belirlemek için daha çeşitli (örn.; pediatrik) örneklemlerde ve çok merkezli çalışmalarla ölçümün psikometrik özelliklerini araştırmayı amaçlamalı ve depresif bozukluk, bipolar bozukluk, otizm gibi ek psikopatoloji alanlarında yeme bozukluklarını araştırmaya devam etmelidir.

8. KAYNAKÇA

1. Hansen,N.B. and Lambert,M.J. (1996) Brief report: Assessing clinical significance using the inventory of interpersonal problems. *Assessment*, 3, 133–136. <https://doi.org/10.1177/107319119600300204>
2. Treasure,J., Duarte,T.A. and Schmidt,U. (2020) Eating disorders. *Lancet*, 395, 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32171414>
3. Smink,F.R.E., Van Hoeken,D., Oldehinkel,A.J. and Hoek,H.W. (2014) Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int. J. Eat. Disord.*, 47, 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24903034>
4. Herpertz-Dahlmann,B. (2015) Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 24, 177–196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25455581>
5. Sangvai,D. (2016) Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Prim. Care - Clin. Off. Pract.*, 43, 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.007>
6. Koroğlu,E. (2013) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-V-TR). *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.
7. Koroğlu,E. (2007) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, Dördüncü b.
8. Erzegovesi,S. and Bellodi,L. (2016) Eating disorders. *CNS Spectr.*, 21, 304–309. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000304>
9. WILSON,G. (1998) The clinical utility of randomized controlled trials. *Int. J. Eat. Disord.*, 24, 13–29. [https://doi.org/10.1002/\(ISSN\)1098-108X](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1098-108X)
10. Pearce,J.M.S. (2004) Richard Morton: Origins of anorexia nervosa. *Eur. Neurol.*, 52, 191–192. <https://doi.org/10.1159/000082033>

11. Lasègue,E.-C. (2009) De l'anorexie hystérique. *J. français Psychiatr.*, 32, 3–8. <https://doi.org/10.3917/jfp.032.0003>
12. WALLER,J. V., KAUFMAN,R.M. and DEUTSCH,F. (1940) Anorexia Nervosa: a Psychosomatic Entity. *Psychosom. Med.*, 2, 3–16. <https://doi.org/10.1097/00006842-194001000-00001>
13. Fairburn,C.G., Cooper,Z., Doll,H.A., O'Connor,M.E., Palmer,R.L. and Dalle Grave,R. (2013) Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behav. Res. Ther.*,51 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
14. Smink,F.R.E., Van Hoeken,D. and Hoek,H.W. (2012) Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr. Psychiatry Rep.*, 14, 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
15. Hay,P., Girosi,F. and Mond,J. (2015) Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J. Eat. Disord.*, 3, 19.<https://doi.org/10.1186/s40337-015-0056-0>
16. Keski-Rahkonen,A., Hoek,H.W., Susser,E.S., Linna,M.S., Sihvola,E., Raevuori,A., Bulik,C.M., Kaprio,J. and Rissanen,A. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am. J.Psychiatry*,164,1259–1265. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
17. Hudson,J.I., Hiripi,E., Pope,H.G. and Kessler,R.C. (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*, 61, 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
18. Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma,E., Vardar,E. and Erzenin,M. (2011) Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(4):205-12.
19. Treasure,J., Zipfel,S., Micali,N., Wade,T., Stice,E., Claudino,A., Schmidt,U., Frank,G.K., Bulik,C.M. and Wentz,E. (2015) Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Prim.*, 1, 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
20. Treasure,J. and Cardi,V. (2017) Anorexia Nervosa, Theory and Treatment: Where Are We 35 Years on from Hilde Bruch's Foundation Lecture? *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 25, 139–147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>
21. Arslantas,H., Dereboy,F., Yuksel,R. and Inalkac,S. (2019) Validity and Reliability of the Turkish Version of the Emotional Eater Questionnaire (EEQ-TR). *Turkish J. Psychiatry*, 10.5080/u23520. <https://doi.org/10.5080/u23520>

22. Mitchell,J.E. and Peterson,C.B. (2020) Anorexia Nervosa. *N. Engl. J. Med.*, 382, 1343–1351. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1803175>
23. Bulik-Sullivan,B., Finucane,H.K., Anttila,V., Gusev,A., Day,F.R., Loh,P.R., Duncan,L., Perry,J.R.B., Patterson,N., Robinson,E.B., *et al.* (2015) An atlas of genetic correlations across human diseases and traits. *Nat. Genet.* ,47,1236–1241. <https://doi.org/10.1038/ng.3406>
24. Holland,A.J., Sicotte,N. and Treasure,J. (1988) Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *J. Psychosom. Res.*, 32, 561–571. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(88\)90004-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(88)90004-9)
25. Cooper,Z., Cooper,P.J. and Fairburn,C.G. (1989) The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br. J. Psychiatry*, 154, 807–812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>
26. Hilbert,A., Pike,K.M., Goldschmidt,A.B., Wilfley,D.E., Fairburn,C.G., Dohm,F.A., Walsh,B.T. and Striegel Weissman,R. (2014) Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res.*, 220, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
27. Steinhausen,H.C. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry*, 159, 1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
28. Steinhausen,H.C. (2009) Outcome of Eating Disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 18, 225–242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
29. Al-Adawi,S., Bax,B., Bryant-Waugh,R., Claudino,A.M., Hay,P., Monteleone,P., Norring,C., Pike,K.M., Pilon,D.J., Herscovici,C.R., *et al.* (2013) Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders. *Adv. Eat. Disord.*, 1, 10–20. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.742971>
30. Harris,E.C. and Barraclough,B. (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br. J. Psychiatry*, 173, 11–53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>
31. Arcelus,J., Mitchell,A.J., Wales,J. and Nielsen,S. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiatry*, 68, 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
32. Castillo,M. and Weiselberg,E. (2017) Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*, 47, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
33. Casper,R.C. (1983) On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome a historical view. *Int. J. Eat.Disord.*,2,3–16.

34. Giannini,A.J. (1993) A History of Bulimia. In *The Eating Disorders*. Springer New York, pp. 18–21. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8300-0_2
35. Russell,G. (1979) Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 9, 429–448. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>
36. Koroğlu Ertuğrul (2013) Yeme bozuklukları. In *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB basım yayın, pp. 589–605.
37. Campbell,K. and Peebles,R. (2014) Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134, 582–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
38. Castillo,M. and Weiselberg,E. (2017) Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*, 47, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
39. Wolfe,B.E., Metzger,E.D., Levine,J.M. and Jimerson,D.C. (2001) Laboratory screening for electrolyte abnormalities and anemia in bulimia nervosa: A controlled study. *Int. J. Eat. Disord.*, 30, 288–293. <https://doi.org/10.1002/eat.1086>
40. Mehler,P.S. (2003) Bulimia Nervosa. *N. Engl. J. Med.*, 349, 875–881. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp022813>
41. Dynesen,A.W., Bardow,A., Petersson,B., Nielsen,L.R. and Nauntofte,B. (2008) Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodontology*, 106, 696–707. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.07.003>
42. Hinney,A. and Volckmar,A.L. (2013) Genetics of eating disorders. *Curr. Psychiatry Rep.*, 15. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>
43. Becker,A.E., Burwell,R.A., Gilman,S.E., Herzog,D.B. and Hamburg,P. (2002) Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br. J. Psychiatry*, 180, 509–514. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.509>
44. Fairburn,C.G. and Beglin,S.J. (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry*, 147, 401–408. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.401>
45. Yager,J., Devlin,M., Halmi,K., Herzog,D.B., III,J.E., Powers,P. and Zerbe,K.J. (2006) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition. *Am. J. Psychiatry*, 163, 1–128.

46. Steinhausen,H.C. and Weber,S. (2009) The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *Am. J. Psychiatry*, 166, 1331–1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>
47. Suokas,J.T., Suvisaari,J.M., Gissler,M., Löfman,R., Linna,M.S., Raevuori,A. and Haukka,J. (2013) Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res.*, 210, 1101–1106. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.042>
48. Wu,M., Brockmeyer,T., Hartmann,M., Skunde,M., Herzog,W. and Friederich,H.C. (2014) Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.*, 44, 3365–3385. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000294>
49. Stunkard,A.J. (1959) Eating patterns and obesity. *Psychiatr. Q.*, 33, 284–295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
50. Mcelroy,S.L., Hudson,J.I., Mitchell,J.E., Wilfley,D., Ferreira-Cornwell,; M Celeste, Gao,J., Wang,J., Whitaker,T., Jonas,J. and Gasior,M. (2015) Efficacy and Safety of Lisdexamfetamine for Treatment of Adults With Moderate to Severe Binge-Eating Disorder A Randomized Clinical Trial Original Investigation. *TRIAL Regist. Clin. Identifier NCT01291173 JAMA Psychiatry*, 72, 235–246. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2162>
51. Saguy,A.C. and Gruys,K. (2010) Morality and health: News media constructions of overweight and eating disorders. *Soc. Probl.*, 57, 231–250. <https://doi.org/10.1525/sp.2010.57.2.231>
52. Hay,P. (1998) The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community- based survey. *Int. J. Eat. Disord.*, 23, 371–382. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199805\)23:4<371::AID-EAT4>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<371::AID-EAT4>3.0.CO;2-F)
53. Kinzl,J.F., Traweger,C., Trefalt,E., Mangweth,B. and Biebl,W. (1999) Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *Int. J. Eat. Disord.*, 25, 287–292. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3<287::AID-EAT6>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<287::AID-EAT6>3.0.CO;2-8)
54. Steinhausen,H.-C. and Vollrath,M. (1993) The self-image of adolescent patients with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 13, 221–227. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199303\)13:2<>1.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199303)13:2<>1.0.CO;2-K)
55. Herpertz,S., Albus,C., Lichtblau,K., Köhle,K., Mann,K. and Senf,W. (2000) Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: A multicenter study. *Int. J. Eat. Disord.*, 28, 68–77. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<68::AID-EAT8>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<68::AID-EAT8>3.0.CO;2-R)

56. Kugu,N., Akyuz,G., Dogan,O., Ersan,E. and Izgic,F. (2006) The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics. *Aust. New Zeal. J. Psychiatry*, 40, 129–135. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x>
57. Fowler,S.J. and Bulik,C.M. (1997) Family environment and psychiatric history in women with binge-eating disorder and obese controls. *Behav. Chang.*, 14, 106–112. <https://doi.org/10.1017/S0813483900003569>
58. Javaras,K.N., Laird,N.M., Reichborn-Kjennerud,T., Bulik,C.M., Pope,H.G. and Hudson,J.I. (2008) Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *Int. J. Eat. Disord.*, 41, 174–179. <https://doi.org/10.1002/eat.20484>
59. Monteleone,P., Tortorella,A., Castaldo,E. and Maj,M. (2006) Association of a functional serotonin transporter gene polymorphism with binge eating disorder. *Am. J. Med. Genet. - Neuropsychiatr. Genet.*, 141 B, 7–9. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30232>
60. Avena,N.M. and Bocarsly,M.E. (2012) Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: Neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 63, 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010>
61. Corwin,R.L. and Wojnicki,F.H. (2009) Baclofen, raclopride, and naltrexone differentially affect intake of fat and sucrose under limited access conditions. *Behav. Pharmacol.*, 20, 537–548. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e3283313168>
62. Grilo,C.M., Masheb,R.M. and Wilson,G.T. (2005) Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol. Psychiatry*, 57, 301–309. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.002>
63. Geliebter,A., Gluck,M.E. and Hashim,S.A. (2005) Plasma ghrelin concentrations are lower in binge-eating disorder. In *Journal of Nutrition*. American Institute of Nutrition, Vol. 135, pp. 1326–1330. <https://doi.org/10.1093/jn/135.5.1326>
64. Fairburn,C.G., Doll,H.A., Welch,S.L., Hay,P.J., Davies,B.A. and O'Connor,M.E. (1998) Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55, 425–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
65. Hodges,E.L., Cochrane,C.E. and Brewerton,T.D. (1998) Family characteristics of binge-eating disorder patients. *Int. J. Eat. Disord.*, 23, 145–151. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-)

66. Howard,C.E. and Porzelius,L.K. (1999) The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications. *Clin. Psychol. Rev.*, 19, 25–44. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00009-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00009-9)
67. Turan,Ş., Aksoy Poyraz,C. and Özdemir,A. (2015) Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu -Binge Eating Disorder. *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*, 7, 419–435. <https://doi.org/10.5455/cap.20150213091928>
68. Guerdjikova,A.I., Mori,N., Casuto,L.S. and McElroy,S.L. (2017) Binge Eating Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 40, 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.003>
69. Eddy,K.T., Tanofsky-Kraff,M., Thompson-Brenner,H., Herzog,D.B., Brown,T.A. and Ludwig,D.S. (2007) Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav. Res. Ther.*, 45, 2360–2371. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.017>
70. Dingemans,A.E., Bruna,M.J. and van Furth,E.F. (2002) Binge eating disorder: A review. *Int. J. Obes.*, 26, 299–307. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801949>
71. Wilfley,D.E., Wilson,G.T. and Agras,W.S. (2003) The clinical significance of binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 34. <https://doi.org/10.1002/eat.10209>
72. Rieger,E., Wilfley,D.E., Stein,R.I., Marino,V. and Crow,S.J. (2005) A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 37, 234–240. <https://doi.org/10.1002/eat.20101>
73. Pope,H.G., Lalonde,J.K., Pindyck,L.J., Walsh,T., Bulik,C.M., Crow,S.J., McElroy,S.L., Rosenthal,N. and Hudson,J.I. (2006) Binge eating disorder: A stable syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 163, 2181–2183. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.12.2181>
74. Fairburn,C.G., Cooper,Z., Doll,H.A., Norman,P. and O'Connor,M. (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch. Gen. Psychiatry*, 57, 659–665. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.7.65>
75. Hilbert,A., Bishop,M.E., Stein,R.I., Tanofsky-Kraff,M., Swenson,A.K., Welch,R.R. and Wilfley,D.E. (2012) Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br. J. Psychiatry*, 200, 232–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
76. Altabe,M. and Thompson,J.K. (1996) Body image: A cognitive self-schema construct? *Cognit.*

Ther. Res., 20, 171–193. <https://doi.org/10.1007/BF02228033>

77. Smolak,L. (2004) Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1, 15–28. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00008-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00008-1)

78. Garner,D.M. and Garfinkel,P.E. (1981) Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *Int. J. Psychiatry Med.*, 11, 263–284. <https://doi.org/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>

79. Tiggemann,M. and Pickering,A.S. (1996) Role of television in adolescent women’s body dissatisfaction and drive for thinness. *Int. J. Eat. Disord.*, 20, 199–203. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199609\)20:2<199::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<199::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z)

80. Kluck,A.S. (2010) Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009>

81. Kluck,A.S. (2010) Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009>

82. Polivy,J., Heatherton,T.F. and Herman,C.P. (1988) Self-esteem, restraint, and eating behavior. *J. Abnorm. Psychol.*, 97, 354–356. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.354>

83. Tomori,M. and Rus-Makovec,M. (2000) Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *J. Adolesc. Heal.*, 26, 361–367. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00042-1)

84. Troop,N.A., Schmidt,U.H., Turnbull,S.J. and Treasure,J.L. (2000) Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 8, 384–393. [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200010\)8:5<384::AID-ERV304>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200010)8:5<384::AID-ERV304>3.0.CO;2-T)

85. Cooper,Z., Cooper,P.J. and Fairburn,C.G. (1989) The Validity of the Eating Disorder Examination and its Subscales. *Br. J. Psychiatry*, 154, 807–812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>

86. Leyfer,O.T., Ruberg,J.L. and Woodruff-Borden,J. (2006) Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J. Anxiety Disord.*, 20, 444–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.004>

87. Avcı,M.G. (1995) Beck Anksiyete Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yüksek Öğrenim kurumu Tez arşivi*.

88. Tatham,M., Turner,H., Mountford,V.A., Tritt,A., Dyas,R. and Waller,G. (2015) Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of

eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *Int. J. Eat. Disord.*, 48, 1005–1015.
<https://doi.org/10.1002/eat.22430>

89. Hetherington, M.M. (1996) Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook. *Am. J. Clin. Nutr.*, 64, 122–123. <https://doi.org/10.1093/ajcn/64.1.122-a>

90. Derenne, J.L., Baker, C.W., Delinsky, S.S. and Becker, A.E. (2009) Clinical Ratings Scales and Assessment in Eating Disorders. In *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. Humana Press, pp. 145–174. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-387-5_7

91. Büyükgoze-Kavas, A. (2007) Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 15, 305–310. <https://doi.org/10.1002/erv.776>

92. Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M., Hay, P. and Schmidt, U. (2015) Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

93. Jasik, C., Breland, D. and Buckelew, S. (2010) The Association of Pre-Morbid Obesity with Severity of Eating Disorder Presentation in Males. *J. Adolesc. Heal.*, 46, S51–S52.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.124>

94. Li, J., Eriksson, M., He, W., Hall, P. and Czene, K. (2017) Associations between childhood body size and seventeen adverse outcomes: Analysis of 65,057 European women. *Sci. Rep.*, 7, 1–10.
<https://doi.org/10.1038/s41598-017-17258-5>

95. Stice, E., Gau, J.M., Rohde, P. and Shaw, H. (2017) Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J. Abnorm. Psychol.*, 126, 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>

96. Ohara, K., Kato, Y., Mase, T., Kouda, K., Miyawaki, C., Fujita, Y., Okita, Y. and Nakamura, H. (2014) Eating behavior and perception of body shape in Japanese university students. *Eat. Weight Disord.*, 19, 461–468. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0130-7>

97. Bamford, B. (2013) Treatment of Eating Disorders. Bridging the Research-Practice Gap. *Adv. Eat. Disord.*, 1, 111–112. <https://doi.org/10.1080/21662630.2012.742318>

98. Norris, M.L., Apsimon, M., Harrison, M., Obeid, N., Buchholz, A., Henderson, K.A. and Spettigue, W. (2012) An Examination of Medical and Psychological Morbidity in Adolescent Males With Eating

- Disorders. *Eat. Disord.*, 20, 405–415. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715520>
99. Wentz,E., Gillberg,I.C., Anckarsäter,H., Gillberg,C. and Råstam,M. (2009) Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br. J. Psychiatry*, 194, 168–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>
100. Blinder,B.J., Cumella,E.J. and Sanathara,V.A. (2006) Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosom. Med.*, 68, 454–462. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>
101. Herpertz-Dahlmann,B. (2015) Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 24, 177–196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
102. Kaye,W.H., Lilenfeld,L.R., Berrettini,W.H., Strober,M., Devlin,B., Klump,K.L., Goldman,D., Bulik,C.M., Halmi,K.A., Fichter,M.M., *et al.* (2000) A search for susceptibility loci for anorexia nervosa: Methods and sample description. *Biol. Psychiatry*, 47, 794–803. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00240-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00240-1)
103. Dunn,E.C., Larimer,M.E. and Neighbors,C. (2002) Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 32, 171–178. <https://doi.org/10.1002/eat.10075>
104. Smink,F.R.E., Van Hoeken,D. and Hoek,H.W. (2013) Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*, 26, 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
105. Büyüköztürk,Ş. (2018) Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. <https://doi.org/10.14527/9789756802748>
106. Sümer,N. (2000) Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. [Structural Equation Modeling: Basic Concepts and Applications.]. *Türk Psikol. Yazıları*, 3, 49–74.
107. Kula Kartal,S. and Mor Dirlik,E. (2016) Geçerlik Kavramının Tarihsel Gelişimi Ve Güvenirlikte En Çok Tercih Edilen Yöntem: Cronbach Alfa Katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.*, 16, 0–0. <https://doi.org/10.17240/aibuefd...-5000209684>
108. Borsboom,D., Mellenbergh,G.J. and Van Heerden,J. (2004) The concept of validity. *Psychol. Rev.*, 111, 1061–1071. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.4.1061>
109. Rodrigues,T., Vaz,A.R., Silva,C., Conceição,E. and Machado,P.P.P. (2019) Eating Disorder-15

(ED-15): Factor structure, psychometric properties, and clinical validation. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 27, 682–691. <https://doi.org/10.1002/erv.2694>

110. Tavakol,M. and Dennick,R. (2011) Making sense of Cronbach’s alpha. *Int. J. Med. Educ.*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

111. Ercan,I., Yazici,B., Ocakoglu,G. and Sigirli,D. (2007) REVIEW OF RELIABILITY AND FACTORS AFFECTING THE RELIABILITY ANOVA.

112. Karakoç,A.G.D.F.Y. and Dönmez,P.D.L. (2014) Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13, 39–49. <https://doi.org/10.25282/ted.228738>

113. Marsh,H.W., Wen,Z. and Hau,K.T. (2004) Structural equation models of latent interactions: Evaluation of alternative estimation strategies and indicator construction. *Psychol. Methods*, 9, 275–300. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.3.275>

114. Rigdon,E.E. (1996) CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling. *Struct. Equ. Model.*, 3, 369–379. <https://doi.org/10.1080/10705519609540052>

115. Schermelleh-Engel,K., Moosbrugger,H. and Müller,H. (2003) Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *MPR-online*, 8, 23–74.

116. Gupta,K. and Singh,N. (2015) Fit Estimation in Structural Equation Modeling - A Synthesis of Related Statistics. *HSB Res. Rev.*, 8, 20–27.

117. Yavuz,S. (2010) REGRESYON ANALİZİNDE DOĞRUSALA DÖNÜŞTÜRME YÖNTEMLERİ VE BİR UYGULAMA. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim. Derg.*, 23, 165–179.

118. Demirci,K., Demirci,S., Akpınar,A., Demirdaş,A., Meltem ATAY,İ., Demirci,K., Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,S. and Anabilim Dalı,P. (2015) Migren Hastalarında Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi Evaluation of Eating Attitude in Patients with Migraine. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 367–370. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.9997>

119. Kucukgoncu,S., Tek,C., Bestepe,E., Musket,C. and Guloksuz,S. (2014) Clinical Features of Night Eating Syndrome among Depressed Patients. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 22, 102–108. <https://doi.org/10.1002/erv.2280>

120. ÇELİKER,Ç.F., YILMAZ BİNGÖL,T., YILDIRIM,D., TEL,H. and ERKORKMAZ,Ü. (2009)

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 86–90.

121. Stulz,N. and Crits-Christoph,P. (2010) Distinguishing anxiety and depression in self-report: purification of the beck anxiety inventory and beck depression inventory-II. *J. Clin. Psychol.* <https://doi.org/10.1002/jclp.20701>



9. EKLER

9.1 Yeme bozuklukları -15 ölçeği

Bu anket, son bir haftadaki yeme tutum ve davranışlarınızı değerlendirir. Lütfen size en uygun cevapları işaretleyerek ölçeği tamamlayın.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Ara sıra	Sıklıkla	Çoğu zaman	Her zaman
1	Son bir haftada ne sıklıkta yaşadım :							
1	Yemem üzerindeki kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5	6
2	Görünüşümden dolayı aktivitelerden ve insanlardan kaçındım.	0	1	2	3	4	5	6
3	Kafam yiyecek ve yemek yeme ile meşgul.	0	1	2	3	4	5	6
4	Vücudumu başkalarıyla olumsuz olarak karşılaştırdım	0	1	2	3	4	5	6
5	Beni kötü hissettirdiği için vücuduma bakmaktan (örneğin aynalarda; bol giysiler giymekten) kaçınıyorum.	0	1	2	3	4	5	6
6	Kilom ile ilgili endişeli hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
7	Görünümüm hakkında kendimi rahatlatmak için vücudumu kontrol ettim (örneğin, tartıldım; aynaya baktım)	0	1	2	3	4	5	6
8	Yemek yeme ile ilgili katı kurallar uyguluyorum.	0	1	2	3	4	5	6
9	Vücut şeklim ile ilgili endişeli hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
10	Başkalarının kilom ve görünüşüm nedeniyle beni yargıladıklarından endişelendim.	0	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki davranışlardan herhangi birini hiç yapmadıysanız , lütfen çarpı (x) ile yanıt verin.

Yaptığınız davranışlardan , geçen hafta içinde kaç kez yaptınız:		<i>Kaç kez</i>
a	Aşırı yeme (yemek yeme konusunda kontrolünü kaybetme, bir kişinin normalde yiyeceğinden daha fazla yeme)	
b	Kilo kontrolü için kusma (kendiliğinden kusma ya da kendini kusturma) *	
Son olarak, geçen hafta kaç gün yaptınız:		<i>Kaç gün</i>
c	Kilonuzu veya vücut şeklinizi kontrol etmek için kullanılan laksatifler (müshiller)	
d	Kilonuzu kontrol etmek için diyet veya yemek kısıtlaması	
e	Kilonuzu kontrol etmek için ağır egzersiz	

* ör., parmakla kusturma veya kusmak için ilaç alma

9.2 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (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...	Hiçbirinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
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 <u>boş</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	<u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğun-</u>	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-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye 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> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

Lütfen bu sorular için “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? (Tıkıncasına 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)? (Tıkıncasına 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? (Tıkıncasına yeme durumlarını saymayınız.)	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?.....

9.3 Beck Anksiyeye Ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

9.4 Demografik Bilgi 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? :

9.5 Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Sizi BAÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'de yürütülen “*Yeme bozukluğu davranış ve bilişi ölçeğinin (ED-15) yetişkinler üzerinde geçerlilik güvenilirlik çalışması*” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığınız için maruz kalacağınız risk yoktur.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için Dr. Berkay Özyürek ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No: 02666121010)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı ED-15 Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Buna göre;

Çalışma öncesi ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmak üzere ölçeğin üreticisinden gerekli izin ve daha önce Türkiye’den çeviri isteği olmadığına dair yazışmalar yapılmış ve gerekli onam alınmıştır.

Çalışmamız genel popülasyon üzerinde yürütülmesi planlanmıştır. Araştırmaya yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olan 200 katılımcı dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya katılmaya istekli olanlara önce onam formu imzalatılacak sonrası demografik form, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği, beck anksiyete ölçeği ve ED15 ölçeği doldurulacaktır.

Verilerin değerlendirilmesi biyoistatistik uzmanı tarafında yapılacaktır.

Bu çalışmada, ED-15 ölçeğinin ülkemizde yetişkinler üzerinde güvenilirlik ve geçerliğinin yapılması hedeflenmiştir.

Siz bu araştırmanın **sağlıklı gönüllü grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmada oluşturulacak farklı gruplardan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....