



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EATING ATTITUDE TEST-26 (EAT-26)'NİN
TÜRKÇE VERSİYONU YEME TUTUM TESTİ-26 (YTT-26)'NİN
GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**Dr. MERVE DEĞİRMENCİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

SAMSUN-2020



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EATING ATTITUDE TEST-26 (EAT-26)'NİN
TÜRKÇE VERSİYONU YEME TUTUM TESTİ-26 (YTT-26)'NİN
GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**Dr. Merve DEĞİRMENCİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsün Aysin ARTIRAN İÇDE**

SAMSUN-2020

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca her zaman yanımda olan, meslek hayatımda örnek aldığım, bizleri sadece asistanı olarak değil çocukları gibi gören, her düştüğümde kaldıran, hakkını asla ödeyemeyeceğim, benim için bir hocadan çok daha fazlası çok kıymetli hocam **Prof. Dr. Füsun A. ARTIRAN İĞDE'ye**,

Tez sürecinde katkı ve yardımını esirgemeyen, çalışmamızda büyük emeği olan sayın hocam **Doç. Dr. Leman TOMAK'a**,

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği olan, bilgi ve deneyimlerini bana aktaran hocalarım **Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Doç. Dr. M.Kürşat ŞAHİN, Yrd. Doç. Dr. M. Yasin SELÇUK'a** ve eğitimime katkıda bulunan tüm diğer hocalarıma,

Asistanlığım boyunca her türlü desteğini üzerimde hissettiğim, motivasyon kaynağım, biricik arkadaşlarım **Dr. Aslı ALAN GÜNER, Dr. Müge KAR'a**,

Çalışma ortamımı güzelleştiren, beraber gülüp beraber ağladığımız, hayatımda çok özel yerleri olan canım arkadaşlarım **Dr. Elvan ŞAHİN YANIK, Dr. Burcu SEZER, Dr. Sema ÇETİN AYHAN ve Dr. Feyza KABAKCIOĞLU'na**,

Birlikte çalışmaktan zevk duyduğum **Dr. Ekin ÖZCAN, Dr. Tuğçe SUBAŞI, Dr. Gülseda MİZAN'a** ve tüm diğer kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Her konuda en büyük destekçim, dert ortağım, hayat arkadaşım canım eşim **Ali Can DEĞİRMENCİ'ye**, bana tarifi olmayan annelik duygusunu yaşatan dünya tatlısı kızım **Deniz DEĞİRMENCİ'ye**

Beni hayata hazırlayan, bugünlere getiren ve bu süreçte sevgisini, desteğini benden esirgemeyen çok kıymetli annem **Hatice YURTOĞLU**, babam **Bünyamin YURTOĞLU**, kardeşlerim **Tuğçe YURTOĞLU ve Firdevs YURTOĞLU'na**,

Teşekkür ederim.

Dr. Merve DEĞİRMENCİ

Samsun-2020

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Merve
Soyad:	Değirmenci
Doğum Yeri:	Ankara
Doğum Tarihi:	1989
Görev Yeri:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	merve.degirmenci@omu.edu.tr
Tarih	Akademik Eğitim
2008-2014	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi – Tıp Lisans
2015-	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği – Tıp Uzmanlık
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
2019	Rahim içi araç uygulaması
İş Tecrübesi	
2014	Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi – Acil Servis – Pratisyen Hekimlik
2015-	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. Uzmanlık Öğrencisi

ÖZET

AMAÇ: Yeme bozuklukları tıbbi, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranış sorunlarıdır. Eating Attitude Test-26 (EAT-26) bu sorunlar için kullanılan tarama yöntemlerinin başında gelir ve kolaylıkla ulaşılabilir bir testtir. Çalışmamızın amacı EAT-26'nın ülkemizde yeme bozuklukları için bir tarama aracı olarak kullanılabilirliğini ve türkçe geçerlilik güvenilirliğini test etmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında 2017-2018 yıllarında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 825 üniversite öğrencisine EAT-26'nın hazırladığımız Türkçe versiyonu ile birlikte, Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan REZZY ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) uygulandı.

BULGULAR: 26 maddelik ölçekten madde toplam korelasyon katsayısı $<0,25$ olan maddeler çıkarıldı. KMO ve Bartlett testleri (0,867, $<0,001$) uygun bulunan ölçeğe açıklayıcı faktör analizi yapıldı. YTT-19'un 4 faktörlü yapısı toplam varyansın % 51,3'ünü açıklıyordu (CA:0,837). Faktörler 'Şişmanlık Kaygısı', 'yeme takıntısı', 'Diyet' ve ' Bulimiya' olarak isimlendirildi. Sonrasında uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde model uyum indekslerinin iyi olduğu görüldü. Test- tekrar test değerlendirmesinde ileri düzeyde korelasyon bulundu ($r=0,810$). Kadınlarda YTT-19'un diğer iki ölçekle korelasyonu yüksek idi (0,618, 0,720). YBDÖ'ne göre yapılan ROC analizinde YTT-19 kesme değeri 9,5 olarak bulundu.

SONUÇ: YTT-19 Türkiye'de YB taraması için uygulanabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır.

ABSTRACT

AIM (BACKGROUND): Eating disorders are eating behavior disorders that cause medical, psychological and social problems and negatively affect the quality of life. Eating Attitude Test-26 (EAT-26) is one of the primary screening methods used for eating disorders and is freely available. The aim of our study is to ensure the usability of EAT-26 as a screening tool for eating disorders in our country.

MATERIALS METHOD: In this validity and reliability study, the Turkish version of EAT-26 was applied together with the Turkish version of EAT-26, SCOFF and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) which are valid in Turkish to 825 university students studying at Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine in 2017-2018.

RESULTS: Items with item-total correlation coefficient <0.25 were removed from the 26-item scale. Explanatory factor analysis was performed for the scale whose KMO and Barlett's tests (0,867, $<0,001$) found to be appropriate. The 4-factor structure of EAT-19 explained 51.3% of the total variance (CA: 0.837). The factors were named "Obesity Anxiety", "Food Preoccupation", "Dieting" and "Bulimia". The model fit indexes applied afterward were found to be good in the confirmatory factor analysis. We found an advanced correlation in the test-retest evaluation ($r = 0.810$). In women, the correlation of EAT-19 with the other two scales was high (0.618, 0.720). The cut-off value of EAT-19 was found to be 9.5 in the ROC analysis made according to EDE-Q.

CONCLUSION: EAT-19 is a valid and reliable tool applicable for ED scanning in Turkey.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZGEÇMİŞ	iii
ÖZET	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLO VE ŞEKİLLER	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yeme Bozuklukları	3
2.2 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	4
2.3 Yeme Bozukluğu Tipleri	6
2.4.Anoreksiya Nervoza	6
2.4.1 Tarihsel gelişimi	7
2.4.2 Tanı ölçütleri	9
2.4.3. Epidemiyolojisi	9
2.4.4. Klinik özellikleri	10
2.4.5. Tıbbi komplikasyonları	12
2.4.6. Tedavi	15
2.5. Bulimiya Nervoza	18
2.5.1. Tarihsel gelişimi	18
2.5.2. Epidemiyoloji	19
2.5.2. Tanı ölçütleri	19
2.5.4. Klinik özellikleri	20
2.5.5. Tıbbi komplikasyonları	21
2.5.6. Prognoz	22
2.5.7. Tedavi	23
2.6. Diğer Yeme Bozuklukları	23
2.6.1. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu	23
2.6.2. Tıkınırcasına yeme bozukluğu	25
2.6.3. Pika	25
2.6.4. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu	25
2.6.5. Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu	26
2.6.6. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu	26
2.7. Obezite	26
2.7. Tarama	27
2.7.1. Yeme tutum testi	28
2.7.2. REZZY yeme bozuklukları ölçeği (SCOFF)	28
2.10.3. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (EDE-Q)	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Amacı	30
3.2. Araştırmanın Tipi	30
3.3. Araştırma Grubu	30
3.4. Araştırmanın Yöntem Basamakları	31
3.4.1. İzin alınması	31
3.4.2. Literatür taraması	31
3.4.3. Ölçeğin Türkçe çevirisi	31
3.4.4. Kapsam geçerlilik indeksi	31

3.4.5. Dil geçerliliği	32
3.5. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Araçlar	32
3.5.1. Yeme Tutum Testi-26 (EAT-26)	32
3.5.2. REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF).....	35
3.5.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q).....	37
3.6. İstatistiksel Analiz	38
4.BULGULAR	39
4.1. Yeme Tutum Testi-19'un Geçerliliğine İlişkin Bulgular	39
4.1.1. Yeme Tutum Testi-19'un yapı geçerliliğine ilişkin bulgular	39
4.1.2. Açımlayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapısı için doğrulayıcı faktör analizi	41
4.2. Yeme Tutum Testi-19'un Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	42
4.2.1. Yeme Tutum Testi 19'un iç tutarlılık güvenilirliğine ilişkin bulgular	42
4.2.2. Yeme Tutum Testi-19 ve orijinal ölçek (EAT-26) için test-tekrar test güvenilirliği.....	43
4.3. ROC Analizi	43
4.4. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerinin Uygulanan Diğer Ölçeklerle Korelasyonu.....	43
4.5. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerin Antropometrik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi	45
4.6. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerin Davranış Sorularına Göre Değerlendirilmesi	50
5.TARTIŞMA	52
5.1. Yeme Tutum Testi Yapı Geçerliliği ve İç Tutarlılığı.....	52
5.2. İç Tutarlılık Güvenilirliği	59
5.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	62
5.4. Test-Tekrar Test Güvenilirliği.....	63
5.5. Yeme Tutum Testinin Alt Ölçekleri ve Uygulanan Diğer Ölçeklerle İlişkisi.	64
5.6. Yeme Tutum Testinin Cinsiyet, Yaş ve Antropometrik Ölçümlerle İlişkisi... ..	67
6. SONUÇLAR	69
7. ÖNERİLER	72
8. KAYNAKLAR	73
9. EKLER.....	87

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN: Anoreksiya Nervosa

B: Bulimiya

BN: Bulimiya Nervosa

CA: Cronbach alfa katsayısı

D: Diyet

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKG: Elektrokardiyografi

FSH: Follicule Stimulating Hormon

GERH: Gastroözofageal reflü

GnRH: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon

ICD: International Classification of Diseases

IGF: İnsülin like Growth Factor

KMO: Keiser-Meyer Olkin

LH: Luteinleştirici Hormon

LPR: Laringofaringeal reflü

MTK: Madde toplam korelasyonu

ŞK: Şişmanlık Kaygısı

YB: Yeme Bozukluğu

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q)

YT: Yeme Takıntısı

YTB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

YTT: Yeme Tutum Testi

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo 1	DSM-5 Anoreksiya Nervozu tanı kriterleri
Tablo 2	Anoreksiya nervozu hastalarında tıbbi instabilite
Tablo 3	Nutrisyon Risk Taraması 2002 (NRS 2002)
Tablo 4	DSM-5 Bulimiya Nervozu tanı kriterleri
Tablo 5	Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ile belirlenebilecek görünüm için DSM-5'te verilen örnekler
Tablo 6	Beden Kitle İndeksinin sınıflandırılması
Tablo 7	EAT-26 puanlama sistemi
Tablo 8	Çalışmada kabul edilen BKİ sınıflandırması
Tablo 9	Davranış soruları değerlendirme sistemi
Tablo 10	Orijinal SCOFF ölçek soruları ve değerlendirme sistemi
Tablo 11	REZZY yeme bozuklukları ölçeği soruları
Tablo 12	YTT-19 maddeleri, faktör yükleri ve madde toplam puan korelasyonları
Tablo 13	26 maddelik orijinal YTT ile 19 maddelik YTT'nin alt ölçekleri
Tablo 14	YTT-19 ile alt ölçeklerinin korelasyonu
Tablo 15	YTT-19 ve alt ölçeklerinin diğer ölçeklerle korelasyon katsayıları
Tablo 16	Öğrencilerin yaş ve antropometrik değişkenlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) ve minimum maksimum değerleri
Tablo 17	Cinsiyetlere göre alt ölçeklerin ortalama değerleri
Tablo 18	BKİ'ne göre gruplanan öğrencilerde YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

Tablo 19 Bireysel kilo algısına göre YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

Tablo 20 Beden kitle indeksi ve kilo algısı arasındaki ilişki

Tablo 21 Maksimum kilo değişikliği ile YTT-19 toplam skor ve alt ölçek skorlarının korelasyonu

Tablo 22 Son 6 ay içerisinde davranış sorularıyla saptanan yeme bozukluğu riskine göre YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

Şekil 1 Yeme Tutum Testi-19'un Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları tıbbi, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranış bozukluklarıdır (1). Erken dönemde başlar ve uzun süre devam eder. Etiyolojileri tam olarak bilinmezken tedavi açısından da güçlükler yaratan hastalıklardır (2).

En sık görülen yeme bozuklukları anoreksiya nervroza (AN) ve bulimiya nervroza (BN) kronik ve ilerleyicidir (3). Bu hastalar zayıf olmaya karşı yoğun istek barındırırlar ve ölümcül sonuçları olabilmektedir (4). Yapılan araştırmalarda kadın ve erkeklerde beden imgesi üzerindeki olumsuz etkilerin en başında kilo artışı gelmektedir (5).

Yeme bozukluğunun görülme sıklığı ergenlerde ve genç erişkinlerde %4 bulunmuştur. AN başlama yaşı en sık ikinci dekadın ortalarıdır. Ergen kadınlarda AN görülme sıklığı %0,5-1 iken BN %1-3 oranında görülmektedir. AN kadınlarda erkeklere göre 10-20 kat daha sık görülmektedir (6). Yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre yeme bozukluklarının yaygınlığı giderek artmaktadır (7). Tanı konulacak boyuta ulaşmamış, eşik altı durumlar da dikkate alındığında, özellikle genç kızlar arasında, oranlar daha da yükselmektedir (8). AN için ölüm oranları diğer herhangi bir psikiyatrik bozuklukta görülenden iki kat daha yüksektir ve 15-24 yaşları arasındaki kadınlardaki tüm nedenlerden beklenen ölüm sayısının 12 katından daha fazla (9); BN için ölüm oranları da bir o kadar önemlidir (10). Bu nedenle yeme bozukluklarının özellikle ergen ve genç erişkin bireylerde taranması gerekmektedir.

Eating Attitude Test-40 (EAT-40), AN semptomlarının objektif ve öz raporlama ölçüsü olarak önerilmiştir (11). Daha önce tanı konmamış AN vakalarını, hastalık için yüksek risk altındaki popülasyonlarda tespit etmek için bir tarama aracı olarak kullanılmıştır (12). 1982 yılında Orijinal ölçeğin (EAT-40) 26 maddelik bir kısaltması önerilmiştir (EAT-26) (13). EAT-26, EAT-40 (0-98) ile yüksek derecede korelasyon göstermiştir. EAT-26'nın, AN semptomlarının objektif bir ölçüsü olarak yararlı olabilecek güvenilir, geçerli bir ekonomik araç olduğu sonucuna varılmıştır.

Eating Attitude Test-26 (EAT-26) düzensiz yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek için puanlama süresi ve yönetimi açısından ekonomik bir araç olduğundan en yaygın kullanılan tarama yöntemlerinden biridir ve serbestçe temin edilebilir.(14)

Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40)'ın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Işık Savaşır ve Neşe Erol tarafından yapılmıştır (15). EAT-26 literatürde 1982 yılından itibaren kabul görüp kullanılırken Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmadığından ülkemizde hala EAT-40 kullanılmaktadır.

Bu araştırmanın amacı EAT-26'nın Türk toplumu için adaptasyon ve standardizasyonunu yapmak, iç tutarlılığını araştırmak, test-tekrar test güvenilirliğini saptamak ve faktör yapısını inceleyerek geçerliliğini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, sağlığı ve psikososyal fonksiyonları engelleyen sürekli olarak bozulmaya devam eden yeme davranışdır (16). Yeme bozukluklarının toplumda sıklığı zaman geçtikçe artmakta ve günden güne daha önemli bir problem haline gelmektedir (17). Anoreksiya Nervoza (AN) 1970 yıllarında geliştirilen spesifik tanısal ölçütler ile sınıflandırılan ilk yeme bozukluğudur. Bulimiya Nervoza (BN) 1979'da tanımlanmıştır. Atipik Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromu'nun tanımı ise 1980'li yıllarda yapılmıştır (18). Yeme bozukluklarının tanımları ile alakalı hala kesin bir fikir birliği sağlanamamış olmakla beraber tanımı için üç ana özelliğin gerekli olduğu düşünülmektedir(19).

1. Yeme alışkanlığında veya kilo kontrolü davranışında kesin bir bozulma
2. Psikososyal işlevsellik ile fiziksel sağlıkta klinik olarak belirgin bozulma veya davranış bozuklukları veya ana yeme bozukluğu özellikleri
3. Genel tıbbi bir duruma yahut diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olmayan davranış bozukluğu

Sunulduğundan bu yana, AN ve BN kriterleri DSM'nin her revizyonunda değiştirilmiştir. Bu revizyonlar öncelikle ciddi kriterlere odaklanmıştır. Diğer birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, yeme bozukluğunun (YB) sınıflandırılması, temel semptomların şiddetli ve sürekli ortaya çıkması ve bazı semptomların (örneğin vücut imgesi endişeleri, diyet) kadın nüfusunda yaygın olarak görülmesi nedeniyle karmaşıktır. Sınıflandırmanın zorluğu, (a) bozukluğun prototipik ifadesinin tüm özelliklerini kanıtlamayacak, ancak temel özelliklerini bulunduracak durumları dışlamayacak kriterleri seçmek arasında bir denge kurmak; ve (b) semptom tablosunun klinik olarak anlamlı görünmediği durumları kapsayacak kadar kapsayıcı olmamasıdır. DSM-IV tanı kriterleri, tedavi talep eden bireylerin çoğunluğunun AN veya BN için kriterleri karşılamadığı için eleştirilmiştir (20). YB'leri sağlıklı durumdan ayıran sınırlar, ampirik araştırmalarda temeli olmayan şiddet kriterleri ile belirlenir. Kendler tarafından tanımlandığı gibi, “klinik bozulma” kriterini kullanarak sendromları doğrulamak sınır ikilemini tam olarak çözemez çünkü pratikte işlev

bozukluğunun veya yetersizliğin belirli bir rahatsızlıktan kaynaklandığını kanıtlamak zordur (20). Üstelik, psikiyatrik bozukluklar için birçok risk faktörü, bozulma ile ilişkilidir (21). Değişen tanı ölçütlerinin YB için risk faktörlerini anlama konusundaki etkisi henüz ampirik olarak incelenmemiştir. Aynı tanı kriterlerine sahip çalışmalar bile vaka durumunu belirlemek için farklı araştırma araçlarından yararlanmıştır. Bu metodolojik varyasyonların özellikle BN ve BED tanısını etkilemesi beklenebilir, çünkü klinik özellikler açısından bu iki hastalık arasında ciddi benzerlik vardır (22). Çalışmalar arasında net bir karşılaştırma yapmak için standart değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır (23).

2.2 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

YB'nın etiyojisini açıklamak için sayısız teorik model önerilmiştir ve bu modeller aşağıdaki risk faktörlerini önermektedir:

- Sosyokültürel faktörler (örneğin, ince güzellik ideali, cinsiyet rolleri),
- Ailevi ve kişisel faktörler (örneğin, aile dinamiği, ebeveynlik yeterliliği, akran etkileri),
- Kişisel güvenlik açığı faktörleri (genetik faktörler, kişilik özellikleri ve davranışları dahil)
- Travmatik yaşam olayları (örneğin, fiziksel ve cinsel taciz).

Belirli risk alanlarına verilen vurguda modeller farklı olsa da, YB etiyojisinin çok faktörlü olduğu konusunda bir fikir birliği vardır. Modellerin çoğu, dahil olduğu varsayılan özel değişkenler açısından önemli ölçüde örtüşmektedir (24). Dolayısıyla, riske maruz kalmanın ölçümü, birden fazla risk alanına ait verilerin toplanmasını gerektirir. Risk faktörleri az sayıda çalışmada araştırılmıştır (25-27). Bu araştırmalardaki risk değişkenleri kapsamında istisnai olarak geniş olmakla birlikte, bu araştırma biyolojik risk faktörleri açısından nispeten sınırlıdır. Tersine, özellikle biyolojik risk faktörlerine odaklanan araştırmalar (28) davranışsal veya kültürel risk faktörlerinin değerlendirilmesinde sınırlı olma eğilimindedir. İdeal olarak, riske maruz kalma prospektif olarak ölçülmelidir ve varsayılmış risk faktörlerinin birçoğunun çocukluk çağında ortaya çıkması nedeniyle, bozuklukların ise ergenlik döneminde ortaya çıkması nedeniyle, ileriye dönük çalışmaların katılımcıları uzun

süre takip etmesi gerekir. Ancak, bugüne kadar yayınlanan prospektif çalışmalar nispeten kısa takip sürelerini kapsamıştır (29), bu nedenle çok az sayıda YB elde etmiştir.

Yeme bozukluklarının etiyojisi henüz belirlenebilmiş olmamakla birlikte, araştırmalar tek bir etiyojik nedenden çok birkaç faktörün bir arada olduğu yönündedir (30).

Tek başına hiçbir tetikleyici faktör yeme bozukluğunun ortaya çıkması için yeterli değildir. Herhangi bir yeme bozukluğunun olması hızlandırıcı risk faktör sayısı ve şiddeti ile ilişkilidir. Yeme bozuklukları ile ilgili tetikleyici faktörlerden en sık tanımlananlar:

Anoreksiya için:

- Obstetrik sorunlar,
- Çocukluk çağı beslenme ve uyku sorunları,
- Aşırı kaygılı ebeveynler,
- Obsesif-kompulsif özellikler,
- Mükemmeliyetçilik.

Bulimiya için ise:

- Diyet yapma,
- Çocukluk çağı obezitesi,
- Ailede obezite varlığı,
- Alkolizm, erken ergenlik,
- Eleştirilere hassasiyet,
- Cinsellik ve menstruasyon döneminden iğrenme,
- Yer değişikliği,
- Cinsel kötüye kullanım,
- Aile içi uyumsuzluklardır.(31)

2.3 Yeme Bozukluğu Tipleri

YB'nın ana kategorileri olan AN ve BN dışında birçok kısmi ve subklinik sendrom vardır. DSM-5'te tanı kriterlerinin belirtildiği ' Beslenme ve Yeme Bozuklukları ' tipleri;

1. Pika;
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu,
3. Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu,
4. Anoreksiya Nervosa,
5. Bulimiya Nervosa,
6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu,
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme veya Yeme Bozukluğu,
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu yer almaktadır (32).

2.4. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa enerji alımında kalıcı bir kısıtlama ile karakterizedir ve boy ve yaşa göre beklenenden önemli ölçüde daha düşük vücut ağırlığına yol açar (33). Düşük ağırlıkta olsa bile kilo alma ya da şişman olma korkusu vardır. Daha öncesinde vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili rahatsız edici tecrübesi olan AN'li kişiler, vücut şeklinin ve ağırlığının öz değerlendirme üzerindeki etkisini abartmakta ya da mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin tanınmaması konusunda ısrarcı davranmaktadır (34). AN nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler (35) arasında karmaşık bir etkileşim gösterir. Sık nüks eden, tedavi maliyetleri yüksek ve hastalık yükü ağır (36, 37) olan kronik bir hastalıktır. AN, 15-24 yaş arasındaki kadınlarda tüm nedenler için olan ölüm oranından 12 kat daha yüksek bir ölüm oranına sahiptir (9). AN sebebiyle olan ölümler, herhangi bir psikiyatrik hastalık sebebiyle olan ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturur (38). Tedavi başarısı düşüktür ve AN tedavisi için onaylanmış hiçbir ilaç yoktur (39).

Geçmişte AN'nin nedenlerini açıklamak için çeşitli psikolojik ve psikodinamik teoriler geliştirilmiştir, ancak bunların altında yatan teorileri test etmek zor olmuştur (40). Aksine, insan beyni görüntüleme gibi teknikleri kullanarak yapılan nörobiyolojik araştırmalar; hastalığın başlangıcına, AN davranışını sürdürmeye ve AN'den iyileşmeye katkıda bulunan mekanizmaları ayırmamıza yardımcı olmak için daha doğrudan test edilebilir hipotezlere olanak sağlamaktadır. Bir AN'de nörobiyolojik araştırmanın amacı, stigmatı azaltmak ve daha iyi tedaviler geliştirmeye yardımcı olmak için tıbbi bir bakış açısı geliştirmektir (41). AN'de önceden yapılan beyin araştırmalarının çalışma örnekleri oldukça azdır (42). Bunlar sıklıkla değiştirilmiş serotonin fonksiyonu ve anksiyete ile ilişkilidir (43). Daha yakın zamanda yapılan beyin araştırmaları bu çalışmalar üzerine inşa edilmiş ve yapısal çalışmalarda örneklem büyüklüğünü arttırmıştır. spesifik olarak beyin fonksiyonuyla ilgili olduğu düşünülen gıda kısıtlaması, kaygı ve beden imajındaki bozulmanın araştırılmasını sağlamıştır(34).

2.4.1 Tarihsel gelişimi

Etimolojik olarak 'anorexia' Yunanca kökenli bir kelime olup *an-* (olumsuzluk ön eki) ve *orexis* (iştah) kelimesinin birleşiminden oluşmuştur ve "sinirsel iştahsızlık" anlamında kullanılmıştır (44).

19. yüzyılın ikinci yarısında tıbbi literatürde görülmeye başlayan AN, görece yeni bir hastalık gibi tanımlanmakta ama aslında istemli açlığın asıl tarihinin Helenistik dönemdeki azize diyetlerinde başladığı düşünülmektedir (45). Tarihe bakıldığında Siena'lı Catherine ve İskoçya Kraliçesi Mary gibi tanınmış bazı kişilerinde bu hastalığa yakalandığı düşünülmektedir. Birçok dinde aç kalmak, ruh ve bedeninin dünyevi uğraşlardan uzaklaşması için özendirilmiştir. 13. yüzyılda kadınların dini hayata katılmaları ve kilise tarafından azize olarak kabul edilmelerinin artmasıyla kendilerini aç bıraktıkları bilinmektedir (45).

Anorexia Nervosa terimi literatürde ilk kez 1874'te Kraliçe Victoria'nın da hekimi olan Sir William Gull tarafından kullanılmıştır (46).

AN'yi bir patoloji olarak ilk kez 1873'te Lasague histerik anoreksi (*L'Anorexie hysterique*) adı ile tanımlamış “*De l'Anorexie Hysterique*” (Histerik anoreksiya'dan) isimli makalesini yayınlamıştır (47). 15-20 yaş arasında olan olgularını sunmuş, hastalığın başlangıcındaki emosyonel etkeni, genç kızların hastalıklarını hissetmeyişlerini ve tedaviye olan dirençlerini vurgulamıştır. Hastalığın başlangıcındaki iştah kaybının acıdan kaçınmayla ilişkili olduğunu, hastalığın aşamalarını “kayıtsızlık, iğrenme, tikslenme(aversiyon) ve istemli açlık ardından olası ölüm” olarak belirtmiştir. Gull'un çalışmasından farkı psikolojik kökene gönderme yapmasıdır. Gull da Lasague de çalışmalarında zayıflama isteği ve kilo alma korkusu belirtilerine yer vermemiştir.

1930'dan sonra YB ile ilgili psikanalitik çalışmalar başlamıştır. Temel olarak Freud kuramı ele alınmış, AN'nın oral tarafının cinsellikle ilişkili bir savunma mekanizması olması üzerinde durulmuştur (48, 49). 1938'de Nicolle AN'yi bir hastalık olarak tanımlamış, prepsikotik özelliklerinden bahsetmiş ve görülen yeme reddinin histeriden farklılığını vurgulamıştır (50).

20. yüzyılın başlarında AN hipofizer bir hastalık olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1930 yılında Berkman konu ile ilgili fizyolojik sorunların yine psikolojik sorunlara sekonder olduğunu belirtmiştir. 20. yy ortalarında AN ile ilgili literatüre Hilde Bruch, Arthur Crisp ve Gerald Russell tarafından en önemli modern görüşler eklenmiştir. Bruch, açlık sendromunu otonomi, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürebilmek için bir girişim olarak belirtmiştir. Tersine Crisp, olayı gelişimsel modelde inceleyerek AN etyolojisinin, bir ergenin şişmanlayarak erişkinliğe doğru olgunlaşmasındaki biyolojik ve psikolojik deneyimlere bağlı olduğunu öne sürmüştür. Russell'in araştırması da bu teori üzerinden olmuş ve teoriye aşırı şişmanlama korkusu kavramını eklemiştir (51).

2.4.2 Tanı ölçütleri

Yeme bozuklukları DSM-5’te “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı içerisinde belirtilmiştir ([52](#)) (Tablo 1).

Tablo 1. DSM-5 Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri

Anoreksiya Nervoza için DSM-5 Tanı Kriterleri
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 ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

2.4.3. Epidemiyolojisi

Anoreksiya nervoza, özellikle ergen kızları ve genç kadınları etkileyen şiddetli bir psikiyatrik hastalıktır. Bozukluk yüzyıllar önce tanımlanmış olmasına rağmen, risk faktörleri, etiyolojisi ve seyri hala tam olarak anlaşılmamıştır ([1](#), [53](#), [54](#)).

Çok sayıda çalışma, AN prevalansını değerlendirmiştir (55, 56). Prevalans tahminleri yeni başlayan vakaların sayısından, hastalığın süresinden, kullanılan tanı yöntemlerinden ve çalışmaya katılanların yaşından etkilenir (57). İnsidansı hesaplamak, AN oranlarını topluluklar ve zaman periyodları arasında karşılaştırmak için daha doğru bir yaklaşımdır, etiyoloji ve hastalığın seyrinin araştırılması için de çok önemlidir (57). Yapılan araştırmalar 1930'lardan bu yana 15-19 yaş arasındaki kadınlarda AN oluşumunda sürekli bir artış olduğunu belgeliyorlar (58-60).

Yeme bozukluklarının en önemli özelliği belirgin olarak yaş ve cinsiyet faktörlerine bağlı olmasıdır. Literatürde kadın/erkek oranı 1/6-1/10 arasında değişmektedir (61). 1970'lerden sonra yeme bozukluklarının insidansında ciddi bir artış söz konusudur (61). İngiltere'de 1988-1993'te yapılmış çalışmada AN sıklığı 100.000'de 4,2 iken 1994-2000'de bu oran 4,7 olarak rapor edilmiştir (62). Hollanda'da 1985-1989'da yapılan benzer çalışmalarda ise AN sıklığı 100.000'de 7,4 iken 1995-1999'da 7,7 olarak bildirilmiştir. Bahsi geçen çalışmada 15-19 sıklığının en yüksek olduğu yaşlar 15-19 arası olarak belirtilmiş ve toplam vakaların %40'ını oluşturduğu görülmüştür (63).

Ülkemizde 1990'da lise öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada AN prevalansı %0,2 olarak bulunmuştur (64). 2006'da Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda ise bu oran %0-0,5 arasında değişmektedir (65, 66). Yaşam boyu görülme sıklığı ise %1,0'dır (67).

2.4.4. Klinik özellikleri

AN'de 3 psikolojik bozulma tanımlanmıştır. İlki beden imgesi bozukluğu, ikincisi bedeni algılama ve yorumlamada bozukluk ve üçüncüsü düşüncelerin tümünde ve etkinliklerde kendini gösteren yetersizlik duygusudur (68). Bu hastalar aşırı derecede zayıf oldukları halde kendilerini kilolu olarak görürler (69).

Anoreksiya nervozanın DSM-5'te 2 alt türü tanımlanmıştır.

- İlki “Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son 3 ay içinde, yineleyen tıkanırcasına 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 görünümüleri tanımlar.”

- İkincisi “Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin son 3 ay içinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.”

Kısıtlayıcı alt tipte premorbid obezite, obezite aile öyküsü ve obsesif kompulsif belirtiler daha fazla iken, ikinci türde kendisine zarar verme, intihara eğilim, madde/ilaç kullanımı gibi dürtüsel özellikler daha çok görülür (70).

AN hastalarının aktif dönemi iki şekilde ortaya çıkar. İlki kalori yakmak ve kilo kaybı için aşırı egzersiz yapmalarıdır. Çok yorucu spor aktiviteleri yapabilirler, kendilerine göre sebepler bulup tekrar tekrar merdiven inip çıkabilirler, toplu taşıma araçlarından erken inip yolu yürüyerek gidebilirler. Yaptıkları bu egzersizi yine de yetersiz bulurlar. İkincisi ileri dönemlerde ortaya çıkan kalıcı huzursuzluk ve buna bağlı uyku bozukluğudur. Huzursuzluk halsizliğe varıncaya kadar devam eder. Metabolizma hızını arttırmak için tiroit ilacı kullanan olgular da bildirilmiştir. AN hastalarının kullandığı bir başka yöntem ise parmakla kusma, diüretik ve laksatif kullanmadır (71).

Anoreksik hastaların yedikleri yemek miktarları çok azdır. Günlük kalori alımını 600-1000kal/gün gibi kısıtlarlar. Yağlı, şekerli, unlu gıdaları kilo aldıracağı için tamamen keserler, öğün sayısını azaltırlar. Yemeklerini çok yavaş yerler, yiyecekleri küçük parçalara böler masadaki eşyalarla oyalanırlar, aşırı baharat kullanabilirler ve sık sık kalori hesabı yaparlar. Çok ya da az sıvı alabilirler, yemek imha edebilirler (71). Aynı gün birçok kez tartılır, uzun uzun aynaya bakarlar. Ne kadar zayıf olursa olsunlar tehlikeli olabileceğini düşünmezler. Benlik saygıları vücut şekli ve zayıflığına bağlıdır (72).

Amenore GnRH salınımı azalmasına bağlı FSH ve LH azalması sonucu östrojenin düşüklüğüne bağlı ortaya çıkar. Yeme bozukluğu tanılı kişilerde psikososyal cinsel gelişim genellikle gecikmiştir. Kilo alımı düzelse bile adet düzensizliği aylarca

sürebilir. Erkeklerde ise libidoda azalma ve testosteronda düşme görülür. Bunlarla birlikte depresif görünüm, iritabilite, sosyal çekilme, mükemmeliyetçilik, obsesif ritüeller, dikkat azlığı, disfori gibi belirtiler görülebilir. Eş tanı olarak anksiyete bozukluğu %57, depresyon %84-90 oranında bildirilmiştir (70).

2.4.5. Tıbbi komplikasyonları

Anoreksiya nervoza, kilo kaybı ve yetersiz beslenmeye doğrudan atfedilebilen çok sayıda genel tıbbi komplikasyonla ilişkilidir (73, 74). Komplikasyonlar genellikle hipotansiyon, bradikardi, hipotermi ve amenore gibi fizyolojik bozuklukları içerir. Tıbbi komplikasyonlar, herhangi bir akıl hastalığının en yüksek ölüm oranlarından birine sahip olan anoreksiya nervozadaki ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturur (75). Ortalama 14 yıl boyunca takip edilen, anoreksiya nervozalı 12.000'den fazla hastayı içeren 25 çalışmanın meta-analizi, hastalarda ölüm oranının genel popülasyona göre altı kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (10).

Gastrointestinal komplikasyonlar: Disfaji, tedavinin erken aşamalarında oral kalori alımını engelleyebilir. Zayıflamış ve koordinasyonsuz faringeal kaslardan kaynaklanmaktadır. Buna bağlı olarak hastalarda yemek yeme ile öksürük şikayeti bulunabilir veya aspirasyon pnömonisi öyküsü olabilir (73). AN hastalarının mide boşalması önemli ölçüde azalmıştır, buna erken doyma, bulantı ve şişkinlik eşlik eder. Bu gastroparezi kilo alımı ile çözülebilir, semptomlar öğünlerden önce düşük dozlu, kısa süreli metoklopramid kullanımına erken yanıt verebilir. Akut gastrik dilatasyon erken tanımadığı takdirde gastrik perforasyona yol açabilen ciddi bir durumdur (76). Yeme ile birlikte belirgin sol üst kadranda abdominal ağrı, yemek sırasındaki kusma ve erken doyma, abdominal radyografi veya bilgisayarlı tomografi taraması yoluyla gastrik dilatasyon veya superior mezenterik arter sendromu için bir değerlendirme yapılmalıdır. Proksimal gastrointestinal sistemde yavaşlama olduğu gibi, anoreksiya nervozada eşlik eden bir semptom da kolonik fonksiyonun yavaşlaması sonucu kabızlıktır (77). Osmotik laksatifler, beslenme rehabilitasyonu ile birlikte hastanın önceki bağırsak paterninin birkaç hafta içinde geri dönmesi için yararlıdır.

Karaciğer transaminazlarının yüksekliği hastalarda sık görülür (78). Bu genellikle yetersiz beslenmenin bir sonucu olarak, programlanmış hepatosit ölümünü yani apoptozu gösterir. Transaminazların en sık 2 ila 4 kat aralığında etkilendiği, ancak ciddi yükselmeler olduğu da bildirilmiştir (79). Bu değerlerin görülme sıklığı, düşük VKİ, hipoglisemi ve tedavi sırasındaki hipofosfatemi gelişimi ile ilişkilidir (80). Tipik olarak, alkalen fosfataz ve bilirubin etkilenmez.

Kardiyovasküler komplikasyonlar: Diğer tıbbi komplikasyonlarla birlikte ani kardiyak ölüm ve intihar ile ölümlerin yaklaşık % 60'ını oluşturuyor. Anoreksiya nervozada ani ölümün kesin nedeni hala bilinmemektedir. Otopsi çalışmaları, tıkalı koroner arter hastalığının kanıtlarını ortaya koyamamıştır (81). Genel olarak, hastalarda bradikardi görülür ve önemli kilo kaybında artmış vagal tonusu yansıtır. Bu genellikle vücut ağırlığının düzeltilmesi ile iyileşir. Tek başına sinus bradikardisi spesifik tedavi gerektirmez, ancak mevcut kılavuzlar dakikada 40 atımın altındaki kalp hızı için hastaneye yatışı tavsiye eder.

Hastaların EKG'sinde QTc uzaması görülebilir ve genellikle ani kardiyak ölümlerin buna bağlı ortaya çıktığı düşünülür. Mevcut QTc uzamasının ilaçlara, serum potasyum ve magnezyum düşüklüğüne sekonder olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bir dizi şiddetli anoreksiya nervoza hastasında yapılan çalışmada katkıda bulunan faktörlerin yokluğunda belirgin QTc uzaması (> 500 ms) nadir görülmüştür (82).

Kalp atım hızında azalma, QTc uzamasının yanı sıra hastalarda ortostatik hipotansiyon, aritmiler (elektrolit bozukluklarına bağlı), ventriküler ektopik vurular, paroksizmal supraventriküler taşikardi ve prematür atrial vurular görülebilir. Genellikle kalp atrofikdir. Hipotansiyona rağmen periferik vasküler direnç artmıştır (83).

Hastalar zaman zaman, kendi kendini sınırlayan ve kilo alımı ile düzelen perikardiyal efüzyonlar geliştirir. En belirgin kardiyovasküler yapısal anormallikler arasında, korunmuş sol ventrikül sistolik fonksiyonu ile sol ventrikül miyokard kitlesinde belirgin azalmadır. Bu genellikle yeniden besleme ile ters çevrilebilir.

Hematolojik komplikasyonlar: Anoreksiya nervoza kötüleştikçe, anemi, lökopeni ve trombositopeniye yol açar. Bu hastaların %40'ında anemi, % 30'unda lökopeni ve yaklaşık %10'unda trombositopeni görülür (84). Tipik olarak, demir eksikliği bulunmaz ve kırmızı hücre değerleri normaldir. Her ne kadar nötropenik olsa da, şaşırtıcı bir şekilde, bu hastalar enfeksiyöz komplikasyonlara daha duyarlı değildir (85). Sitopeniler kilo alımı ile çözülür. Son zamanlarda B12 vitamini ve folat plazma seviyelerinin arttığı gösterilmiştir. Artış yapaydır, vitaminlerin hepatosit disfonksiyonuna bağlı hücrelerden sızmasına bağlı olduğu bulunmuştur (86).

Kas iskelet sistemi komplikasyonları: Osteoporoz, anoreksiya nervozada sık görülür ve hastalığın erken döneminde görülür (87). Azalmış kemik yoğunluğu yaştan bağımsız olarak sadece bir yıllık anoreksiya nervozadan sonra belirgindir. Kırılma riski hem yetişkinlerde hem de anoreksiya nervoza bulunan ergenlerde belirgin şekilde artmaktadır (88, 89). Bu, anoreksiya nervozadaki iyileşmeden sonra bile geri dönüşü olmayan nadir komplikasyonlardan biridir. Bu nedenle, hastalık süresi 1 yıldan fazla olan tüm hastalarda kemik yoğunluğu testine ihtiyaç vardır. Menopoz sonrası osteoporozun aksine, anoreksiya nervozada kemik mineral yoğunluğu kaybı, kemik rezorpsiyonunun yanı sıra azalmış kemik oluşumundan kaynaklanmaktadır.

Endokrin sistem komplikasyonları: Anoreksiya nervoza ile ilişkili çoklu endokrin anormallikleri vardır. Hem kadın hem de erkek hastaların çoğunda, pulsatil hipotalamik GnRH salgılanmasının azalması, FSH ve LH düşük seviyeleri ile prepubertal duruma dönmesi nedeniyle hipogonadizm görülmektedir. Leptin amenorede nedensel bir rol oynayabilir (90). Adetlerin düzene girmesi için genellikle ideal vücut ağırlığının %90'ına ulaşmak gerekir (91). Bununla birlikte, bazı hastalar kilo alımından sonra bile uzamış amenore yaşayabilir ve doğurganlık kalıcı olarak olumsuz etkilenebilir (92). Anoreksiya nervoza bulunan erkek hastalarda, düşük testosteron seviyeleri potens, libido ve kas gücünü etkiler.

Artmış adrenal aktivite ve azalmış böbrek klirensi nedeniyle vakalarda kortizol seviyelerinin yükseldiği bildirilmiştir (93). Büyüme hormonu seviyeleri de artmıştır, ancak IGF-1 seviyeleri düşüktür, bu durum büyüme hormonu direncini gösterir (94). Çoğu vakada, hasta ötiroid sendromunu taklit eden tiroit fonksiyon anormallikleri

görülür. Bunlar kilo alımı ile çözülür (95). Hipoglisemi, AN’de hepatik glikojen depolarının bitmesiyle daha şiddetli hale gelir. Yakın bir izlem gerektiren prognostik bir işarettir (96).

Nörolojik komplikasyonlar: Beyinde atrofik değişiklikler, anoreksiya nervoza hastalarında malnütrisyonun bir sonucu olarak ortaya çıkar. Beyin atrofisi kilo restorasyonu ile düzelse de, nörobilişsel işlevler kalıcı olarak bozulabilir (97). Hem gri hem de beyaz cevher etkilenir.

Cilt komplikasyonları: Anoreksiya nervozada birden fazla cilt değişikliği tarif edilmiştir. Bunlar kseroz, omurganın üzerinde ve yüzün yanları lanugo kıllanma, saçların incilmesi, akrosiyanozis perniosis olabilir. Artan akne ve karotenoderma da gözlenmiştir (98). Bunların hiçbiri virilizasyon belirtisi değildir, daha ziyade subkutan dokuların azalması sonucu vücudun çekirdek sıcaklığını koruma ve ısı kaybını önleme girişimleriyle ilişkilidir. Hepsi kilo alımı ile çözülür.

Tablo 2. Anoreksiya Nervozada hastalarında tıbbi instabilite

Medikal instabilite aşağıdakilerden biri veya birkaçı ile karakterizedir:
• Nabız <40 atım / dakika
• Kan basıncı <80/60 mmHg
• Nabızda ortostatik artış (> 20 atım / dakika) veya sistolik kan basıncında azalma (> 20 mmHg)
• Kardiyak aritmi (örneğin, QTc> 0.499 msn) veya sinüs bradikardisi veya normal sinüs ritmi dışındaki herhangi bir ritim
• Tıbbi stabilizasyon gerektiren kardiyovasküler, hepatik veya böbrek yetmezliği
• İşaretli dehidrasyon
• Kötü beslenmenin ciddi tıbbi komplikasyonları (örneğin, elektrolit dengesizliği, hipoglisemi veya senkop)
• Vücut kütle indeksi <15 kg / m ² veya ideal vücut ağırlığı <% 70

2.4.6. Tedavi

Anoreksiya nervozada tedavisi genellikle beslenme rehabilitasyonu ve psikoterapiyi içerir (99). Ek olarak, hastalar anoreksiya nervozadaki tıbbi komplikasyonlar ve yeniden besleme sendromu açısından izlenmelidir.

Yataklı servis tedavisi: Tıbbi olarak stabil olmayan anoreksiya nervoza hastaları (Tablo 2) tıbbi stabilizasyon için yatırılmalıdır (73, 100-105). Hastalığın ortaya çıkardığı hasarlar nedeniyle vakaların tedavisine multidisipliner ekip ile yaklaşmak hasta için faydalı olacaktır. Randomize kontrollü çalışmalar AN için zor ve kısıtlıdır. Buna rağmen açıkça belirtilen sonuç multidisipliner yaklaşımın en etkin yöntem olduğudur. Bu yaklaşım tıbbi bakım, gerekli branş doktorları, psikoterapi, bireysel terapiyi içerir. AN hastası 18 yaşından küçük ise aile danışmanlığı tedavide esas alınır. Yatarak tedavide beslenme danışmanlığı verilmesi şarttır (106).

Hasta yataklı tedavi öncesinde tıbbi ve psikiyatrik açıdan kapsamlı değerlendirilmelidir. Hastanın fizik muayenesi yapılmalı; tam kan testleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri elektrolitleri, Ca, Mg ve fosfat değerleri bakılmalı; EKG görülmelidir. Uzun süreli ve ağır AN için kemik mineral dansitesi değerlendirilmesi önerilir. Yatarak tedavide haftalık kilo artışı hedefi 1-1,5 kg olarak önerilmiştir (107). Çok hızlı kilo alımının tekrar hastaneye yatış ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (108). Hastaların öğünlerine ekip üyeleri eşlik edebilir, sadece denetim için orada olduklarında hastayla terapötik ilişkiye zarar verebilirler ama öğün sırasında birlikte yemek yiyip sohbet etmeleri hastayı rahatsız etmeyecektir. Yataklı serviste diğer hastalarla rekabet ortamı da göz önünde bulundurulmalı, ekip üyeleri hastayla açıkça konuşmalıdır (109).

Temel beslenme ilkeleri: Anoreksiya nervoza tedavisinde ve olası komplikasyonların önlenmesinde, beslenme tedavisi önemlidir. Bu tedavi kişiye özel olarak uygulanır. Öncelikle hastanın yeme alışkanlığı, davranış şekli, motivasyonu ve laboratuvar sonuçları değerlendirilir (110). Tedavi aşamaları sırasıyla kilo kaybını önlemek, kilo alımı ve bunun korunmasıdır (111). Kilo alımı AN tedavisinde asıl amaçtır. Yatarak tedavide haftada 0,5-1 kg, ayaktan tedavide ise 0,25-0,5 kg artış hedeflenen rakamlardır. Kılavuzlarda yatarak tedavi alan hastalara gerektiğinde intravenöz veya nazogastrik tüp ile beslenme sağlanabileceği belirtilmektedir (112).

Yeniden beslenmede ideal vücut ağırlığının %10'u kadar kiloda artış kabul edilebilir. Sağlıklı kilonun normal adet döneminin geçmişte gerçekleştiği kilo olduğu da görüşlerden biridir. Fakat adet görmemenin devamı söz konusuysa ideal vücut ağırlığına ulaşılmalı hatta gerekirse bunun üstüne çıkılabilir (113). Alınan kalori

başlangıçta günde 30-40 kkal/kg olmalı ve 2-3 günde bir total enerji 100-200 kkal artırılarak devam edilmelidir. Nihayetinde günde 70-100 kkal/kg'a ulaşılmalıdır (114). Hastaların tedavi sonrası takiplerde nütrisyonel tarama testlerinden faydalanılabilir (Tablo 3) (115).

Tablo 3. Nütrisyon Risk Taraması 2002 (NRS 2002)

Nütrisyonel durumda bozulma		Hastalığın şiddeti	
Skor 0	Normal beslenme durumu	Skor 0	Yok
Skor 1	3 ayda >%5 kilo kaybı ya da besin alımı %50-75	Skor 1	Kronik hastalıklar, KOAH, diyabet, onkoloji remisyon-idame tedavi
Skor 2	2 ayda >%5 kilo kaybı ya da BKİ 18,5-20,5+genel durum bozukluğu ya da besin alımı %25-60	Skor 2	Majör abdominal cerrahi, inme, ağır enfeksiyonlar, hematolojik malignite, metastatik malignite
Skor 3	1 ayda >%5 kilo kaybı (3 ayda>%15) ya da BKİ<18,5-genel durum bozukluğu ya da besin alımı %0-25	Skor 3	Kafa travması, KİT, YBÜ hastaları (APACHE>10)
Yaş ≥70 skora 1 ekle ,		toplam skor ≥3 ise risk mevcuttur.	

Tedavide asıl olan enteral beslenmedir. Fakat mecbur kalındığında parenteral beslenme de uygulanabilir. Beslenme yoluna karar verildikten sonra günlük enerji ihtiyacı (GEİ) hesaplanmalıdır.

$$GEİ = \text{Bazal enerji ihtiyacı} + \text{aktivite faktörü} + \text{stres faktörü}$$

Psikanalitik tedaviler: Anoreksiya nervozada ilaç tedavisinin etkinliğinin çok sınırlı olması psikoterapiyi öne çıkarmaktadır. Psikoterapide öncelikli amaç hastayı tedavi iş birliğine çekebilmek, hastalığı ile ilgili düşünmeye davet edebilmektir ve bu amaç AN hastaları için oldukça yaşamsaldır (114).

AN tedavisinde ilk aşamada klasik psikanaliz endikasyonu yoktur. Hastada tedavi talebi oluştuğunda psikanalitik psikoterapi uygulanmaya başlanabilir. Bu yaklaşım hastaya; kontrolünü kaybetmekten ve duygusal gereksinimleri tarafından işgal edilmekten korkmadığı bir tedavi ortamı hazırlar (116). Psikoterapik girişimler yeme

sorununa ve beden algısına indirgenmez, hastanın erişkinliği kabullenmesi ve otonomi kazanması amaçlanır.

AN'li genç, psikiyatriste sıklıkla ailesi ile başvurur ve tedavi isteği yoktur. Genç kendisinin anlaşılmadığını düşünmektedir. Üstelik ona göre hekim ailesi ile işbirliği halindedir. Önerilen tedavileri “ele geçirme” olarak görür. Oysa ki kontrol edebildiği tek alanın bedeni kaldığını düşünmektedir.

Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler: AN'da ilk bilişsel davranışçı yaklaşım 1982 yılında Garner ve Bemis tarafından uygulanmıştır ([117](#)). Hasta ile terapistin işbirliği önemlidir. Çünkü bu ilişki ile hasta yeme ve kilo alma olasılığının korkutuculuğu ile yüzleşmeyi düşünecek, kendisi hakkında gerçek bilgileri verecek, hastanın kendi kişilerarası dünyasına uyguladığı çarpıtmalarının ve hatalı algılamalarının incelenmesi için uygun ortam sağlayacak.

Psikofarmakolojik Tedaviler: Anoreksiya nervoza için standart tedavi, beslenme rehabilitasyonu ve psikoterapiden oluşur. Ek olarak, sınırlı kanıt farmakoterapinin artırılmasını desteklemektedir ([101](#)); özellikle çoklu randomize çalışmalar, antipsikotik olanzapinin, kilo alımını mütevazı bir şekilde arttırdığını göstermektedir ([118-120](#)). Bununla birlikte, diğer psikotrop ilaçların, kilo alımını hızlandırmada veya yeme bozukluğu algılarını düzeltmede çok az fayda sağladığını veya hiçbir yararı olmadığını göstermiştir ([101](#)).

2.5. Bulimiya Nervosa

Bulimiya nervoza (BN), tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları ve uygunsuz telafi edici davranışların görüldüğü psikopatoloji ile karakterize yeme bozukluğudur ([121](#)). Etimolojik kökeni “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden türetilen “Bir öküzü yiyebilecek kadar büyük bir açlık” anlamındaki patolojik iştahı tanımlar ([122](#)). AN ile ilişkisine vurgu yapmak için terime “nervoza” kelimesi eklenmiştir ([123](#)).

2.5.1. Tarihsel gelişimi

Tarihte yeme bozukluğu denildiğinde daha çok anoreksiya üzerinde durulduğu görülmüştür ve ‘bulimiya nervoza’ terimi ortaya çıkmalı henüz 40 yıl kadar

olmuştur (123). Ancak semptom ve sendrom olarak bakıldığında bulimiyanın tarihinin birkaç yüzyıl öncesine uzandığı görülmektedir (122). Eski Mısır ve Eski Roma'da Aşırı yeme ve kusma davranışlarından söz edilmiştir (124-126).

20. yüzyılın başından itibaren literatürde bulimiya belirtileri sergileyen ve bugünkü anlamda BN'ye daha yakın olgular bildirilmeye başlanmıştır. Bunlara örnek olarak Janet'in 1903, Wulff'un 1932 ve Binswanger'in 1944-1945 tarihli olgu bildirimleri verilebilir (126). 1962'den itibaren Hilde Bruch'un bulimiya ile ilgili yazıları literatürde yerini almaya başlamıştır. 1979'da Russell, bulimiya nervozayı ayrı bir durum olarak tanımlamıştır (123).

2.5.2. Epidemiyoloji

BN yaşam boyu yaygınlık oranının % 1,0 ve prevalansın % 0,4 olduğu tahmin ediliyor (127). Bu tahminlerin, bazı kişilerin hastalıklarını gizleme eğilimi nedeniyle düşük olduğu varsayılıyor (56).

BN kadınlarda erkeklerden yaklaşık 3 kat daha sık görülür (127, 128). BN başlangıç yaşı ortalama 18'dir (127).

2.5.2. Tanı ölçütleri

1980 yılında DSM-III'te "Çocukluk ve Adölesan Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar" ana başlığı altındaki "Yeme Bozuklukları" alt başlığı altında "bulimi" olarak DSM III-R'de de "bulimiya nervoza" olarak yer almıştır. DSM-IV ve DSM-V' te artık ayrı bir ana başlık olarak 'Yeme Bozuklukları' içinde son yerini almıştır (Tablo 4).

Tablo 4. DSM-5 Bulimiya Nervozası tanı kriterleri

Bulimiya Nervozanın DSM-V Tanı Ölçütleri [52]:
A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)
3. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
4. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
5. Kendilik değerlendirilmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
6. Bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.5.4. Klinik özellikleri

Bulimiya nervozada prototipik davranış dizisi vardır ([129](#)):

- Kalori kısıtlaması
- Aşırı yeme
- Kendinden kaynaklı kusma

Aşırı yemek yeme, daha fazla kalori kısıtlaması tetikler, bu da yoğun açlığa yol açar ve ilave bir aşırı yemek yeme olasılığını artırır. Bu davranış modeli Kısıtlama Modeli

olarak bilinir (129). Tıkınmalar arasında meydana gelen diyet kısıtlamasının bir parçası olarak, hastalar düşük kalorili yiyecekler yerler ve tıknırcasına yemeyi tetiklediği düşünülen yiyeceklerden kaçınırlar (16). Yeme bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, aşırı tıknıma döneminde tüketilen ortalama gıda miktarının yaklaşık 2200 kcal olduğunu bulmuştur (130).

Aşırı yemek yedikleri halde BN hastalarının kiloları genellikle normal sınırlarda kalır. Ama olmak istedikleri kilo genellikle normal ağırlık aralığının alt sınırındadır. Sadece %10 kadarı belirgin şişmandır (69).

BN hastalarını rahatlattığı için yeme atakları onlara ödül gibi görünür. Bu hastalarda duygudurum bozuklukları sıklığı yüksektir. Alkol ve madde kullanımı sık görülür. Hastaların dörtte birinde impulsif çalma sorunu görülür (131). Duygudurum bozuklukları ve yeme bozukluklarına bakıldığında BN bipolar bozuklukla, AN ise majör depresyonla eş tanı olarak görülür (132).

2.5.5. Tıbbi komplikasyonları

Bulimiya nervoza hastalarında ortaya çıkan tıbbi komplikasyonlar birçok organ sistemini etkiler ve temizleme yöntemi, yani kendiliğinden tetiklenen kusma, müshil, diüretik veya lavmanın sıklığına veya yanlış kullanımına bağlıdır (133). Her komplikasyon için tedavi, boşaltımın kesilmesini içerir (134).

Kendinden kaynaklı kusmanın tıbbi komplikasyonları, vücuttaki hemen hemen her organ sistemini etkiler. Ciltte Russell's sign, elin ağza tekrar tekrar sokulmasından ve cildin aşınmasından kaynaklanan travma ile yaratılan baskın elin dorsal yönü üzerinde kallus oluşumu ile karakterizedir (98). Açıklanamayan subkonjonktival kanama öyküsü, nazal patoloji olmaksızın burun kanaması uzun süreli öğürme ortamında yaygın bir bulgu olduğu için kendi kendine kusmanın işareti olabilir (135). Bulimik hastaların diş muayenesinde sıklıkla diş erozyonları görülür (136). Parotis bezi hipertrofisi veya sialadenosis, hastaların% 10-25'ini etkiler ve etiyoloji belirsizdir.

Asidik içerikler farinks ve orofarenksi etkilediğinden, ses ve boğaz şikayetleri yaygındır. Laringofaringeal reflü (LPR), ses kısıklığı, boğaz ağrısı, kuru öksürük,

kronik boğaz temizleme ve yutma zorluğu bulunur (135). Sansone ve Sansone, LPR'den ses kısıklığının BN'nin potansiyel bir tanı işareti olduğunu ileri sürmektedir (137). Gastroözofageal reflü hastalığı (GERH) sık kusmanın çok yaygın bir komplikasyonudur. Bulimiya hastaları, tekrarlayan kusmadan kaynaklanan alt özofageal sfinkterin gevşekliği nedeniyle bu duruma daha yatkın olabilir (138). Reflü nedeniyle yemek borusundaki kronik hasar darlık oluşumuna ve yutma güçlüğü şikayetlerine yol açabilir.

Hiperamilazemi BN hastalarında sık görülen bir bulgudur. Amilaz düzeyinin kendiliğinden tetiklenen kusma için potansiyel bir belirteç olduğu ileri sürülmüştür (139).

BN hastalarında kardiyovasküler sistem önemli ölçüde etkilenebilir. Hipotansiyon, sinüs taşikardisi ve ortostatik hipotansiyon, kusma öyküsü ve sonuçta hacim kaybı olan hastalarda en sık rastlanan bulgular arasındadır, ancak bu bulgular kendinden kaynaklanan kusmaya özgü değildir (140). Bu popülasyondaki elektrolit anormallikleri sıklığı göz önüne alındığında, bulimik hastalarda ciddi aritmiler nadir görülen bir bulgu değildir. Düşük potasyum düzeylerinden QT aralığı uzaması, ölümcül olabilen torsade de pointes adı verilen bir tür ventriküler taşikardiye yol açabilir (141).

2.5.6. Prognoz

Bulimiya nervoza hastalarında prognoz değişkendir. AN'nin aksine erken başlangıç kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Bulimiya hastalarında kişilik bozukluğunun eşlik etmesi tedaviyi oldukça zorlaştırır (131). İyileşme oranı AN'ye göre daha yüksek mortalite daha düşüktür. Buna rağmen, ölüm bulimiya nervoza'nın en ciddi komplikasyonu olmaya devam etmektedir. Ulusal Ölüm Endeksi'nden yayınlanan verilere göre, bulimik hastalarda standart mortalite oranı 1,57, ölümlerin yüzde 57'sinin tıbbi komplikasyonlar ve yüzde 23'ünün intihar nedeni olduğunu göstermiştir (142). On iki çalışmanın ve 2585 bireyin başka bir meta-analizi, bulimiyada mortalite oranını 1,93 olarak bildirmiştir (143). Her iki çalışma da bulimiya hastalarında ölüm oranının genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir. Kendiliğinden uyarılan kusma görülen hastalar

arasında hipokalemi veya hipomagnezemi gibi şiddetli elektrolit bozuklukları, kardiyak aritmilere bağlı ani ölüm riskini artırır ([135](#)).

2.5.7. Tedavi

Bulimiya nervoza için standart tedavi, beslenme rehabilitasyonu, psikoterapi ve farmakoterapinin yanı sıra hastaların tıbbi komplikasyonlar açısından izlenmesini içerir ([144](#)). BN’de birçok komplikasyonun tedavisi kusma davranışının kesilmesiyle olur.

BN gelişiminde ilk bilişsel kuramlar diyet yapmanın tıkinma ve ardından çıkarmaya neden olduğu vurgusu ile başlar ([145](#)). Bu hastalar için en iyi kurulmuş psikoterapinin grup veya bireysel formatlarda uygulanabilen bilişsel davranışçı tedavi olduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır ([146-148](#)). Kognitif davranış tedavisi bu hastalarda en etkili özgünleşmiş psikoterapidir ([149](#)). Bu psikoterapi yönteminde kişi bulimik davranışa yol açan düşünce ve hisleri arasındaki ilişkiyi anlamaya başlar. Kişi yemeyle ilgili kaygı durumuyla baş eder hale gelir ve vücut yapısını algılamasındaki negatif düşüncelerden kurtulmaya başlar ([150](#)). Bu açıdan kognitif davranış tedavisi, bulimiya nervozada, basit davranış tedavisi ve kişiler arası psikoterapiye göre daha etkilidir ([151](#)).

Komplikasyon gelişmemiş BN’de yataklı tedavi gerekmez. Ancak hastada intihar girişimi, madde bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunlar veya hastanın aşırı yeme nöbetlerinde ileri derecede kontrolsüzlük söz konusu ise veya hasta ile tedavi işbirliği kurulamıyorsa yatırılarak tedavisi gereklilik kazanır ([152](#)).

BN’de psikofarmakolojik tedavinin tıkinırcasına yeme ataklarını ve kusma ataklarını azaltmada, duygudurum ve anksiyete belirtilerini iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir ([153](#), [154](#)).

2.6. Diğer Yeme Bozuklukları

2.6.1. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu

DSM-4 içerisinde “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu” olarak geçen hastalığa 2013 yılında DSM-5 tanı ölçütlerinde “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme

ve Yeme Bozukluğu” adı verilmiştir (52). Bu tanı klinik açıdan kişiyi sıkıntıya sokan, işlevselliğini azaltan, diğer yeme bozukluğu tanılarından birine uyan ama tanı ölçütlerinin tamamını karşılamayan yeme bozuklukları için kullanılır. Belirlenebilecek görünümüler için 5 örnek DSM-5’te sunulmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ile belirlenebilecek görünümüler için DSM-5’te verilen örnekler

1. <u>Atipik anoreksiya nervroza</u> : Kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlarda ya da daha yüksek olması dışında AN tanı ölçütlerini karşılaması
2. <u>Bulimiya nervroza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli)</u> : Davranışların haftada birden az veya üç aydan kısa süreli olması dışında BN tanı ölçütlerini karşılaması
3. <u>Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli)</u> : Davranışların haftada birden az veya üç aydan kısa süreli olması dışında BN tanı ölçütlerini karşılaması
4. <u>Çıkarma bozukluğu</u> : Tıkınırcasına yeme olmadan yineleyen çıkarma davranışı (kendini kusturma, laksatif, diüretik kullanımı)
5. <u>Gece yemek yeme bozukluğu</u> : Başka bir durumla açıklanamayan tekrarlayan akşam yemeğinden sonra ya da uykudan uyanıp gece aşırı yemek yeme davranışıdır.

Çalışmalardaki metotlar farklılık gösterdiği için prevalans oranları önemli ölçüde değişmektedir. Kadın adölesanlarda yapılan 8 yıllık prospektif bir çalışmada 20 yaşına kadar prevalans atipik AN için %2,8, BN için %4,4, tıkınırcasına YB için %3,6 ve çıkarma bozukluğu için 3,4 bulunmuş; bu durumda Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tüm YB tanılarının %68,9’unu oluşturduğu görülmüştür (155).

2.6.2. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), kişinin kendini durduramayacağını hissettiği ve belli bir sürede (ör: 2 saat) çoğu insanın yiyebileceğinden daha büyük miktarda yiyecek yemek olarak tanımlanır (16). Bu ataklar ortalama olarak üç ay boyunca haftada en az bir kez ortaya çıkar. Aşırı yemek atakları, kontrol eksikliği ve yeme üzerindeki sıkıntı ile ilişkilidir.

TYB olan hastanın değerlendirilmesi hastanın psikiyatrik durumunu (vücut ağırlığına ve şekline karşı tutum, eşzamanlı psikiyatrik bozukluklar), tıbbi durumunu (aşırı kilo ve obezite ile ilişkili komorbiditelere odaklanma) ve beslenme durumunu (yaşam boyu kilo ve diyet geçmişi, mevcut beslenme düzeni ve aşırı yeme türleri) içerir.

Psikoterapi TYB için birinci basamak tedavidir (156). Etkili olan yöntemler bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi ve diyalektik davranış tedavisidir (157). Bilişsel-davranışçı terapinin daha etkin olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (158). Psikoterapi kadar etkin olmasa da TYB için farmakoterapi de kullanılır. Bunun için daha çok seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) önerilmektedir (159). TYB olan bireylerin çoğunun aşırı kilolu ya da obez oldukları belirlenmiştir. Bu nedenle düşük kalorili diyetle birlikte davranışçı kilo kontrolü programlarından fayda gördükleri gösterilmiştir (160).

2.6.3. Pika

Kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumsuz şekilde besin olmayan maddeleri en az bir ay süren yeme davranışı olarak tanımlanır (52).

2.6.4. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu

En az bir ay süre ile sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma durumu olarak tanımlanır. Çıkarılan yiyecek tekrar çiğnenebilir, yutulabilir veya tükürülebilir. Geri çıkarma durumu eşlik eden başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (ör: reflü, pilor stenozu) ve diğer yeme bozuklukları sırasında ortaya çıkmış değildir (52).

2.6.5. Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

Gıdaya ilgi duyulmamasına, gıdaların duyusal özelliklerine veya aşırı bir deneyim (örneğin boğulma) sonrasında gıda alımı ile ilişkili koşullu bir olumsuz yanıtla bağlı olabilen gıda alımından kaçınmak veya kısıtlamak olarak tanımlanır. Yeme davranışı, aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren beslenme ve / veya enerji ihtiyaçlarını karşılamada kalıcı bir başarısızlığa yol açar:

- Belirgin bir kilo kaybı
- Belirgin bir beslenme eksikliği
- Oral ya da enteral beslenme desteklerine bağlı kalma
- Ruhsal-toplumsal işlevselliğin bozulması (52)

2.6.6. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

Klinik bozulmaya veya işlevsellikte azalmaya yol açan YB belirtilerinin ön planda olduğu ama herhangi bir YB tanısını karşılamadığı durumlarda kullanılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğundan farkı, tanı ölçütlerini karşılamamasının nedeninin klinisyen tarafından belirlenmek istenmemesi ya da yeterli bilgi olmamasıdır (ör: acil servis şartlarında) (52).

2.7. Obezite

Fazla kilolu olma ($BKİ = 25-29,9 \text{ kg/m}^2$) ve obezitenin ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) morbidite ve mortalite ile ilişkisi 2000 yıldan fazla zamandır bilinmektedir (161). Obezite, yetişkinlerde, ergenlerde ve çocuklarda prevalansı artmakta olan kronik bir hastalıktır ve küresel bir salgın olarak kabul edilmektedir.

Tüm hastalar, rutin fizik muayenenin bir parçası olarak boy, kilo ve BKİ hesaplanarak aşırı kilo ve obezite açısından taranmalıdır. BKİ'nin ölçülmesi kolaydır, güvenilirdir ve vücut yağ yüzdesi ve vücut yağ kütlesi ile ilişkilidir(162). Buna ek olarak, 25 ve 35 kg/m^2 arası BKİ olanlarda bel çevresi ölçülmesi önerilmektedir.

Tablo 6. Beden Kitle İndeksinin sınıflandırılması

Düşük ağırlık: BKİ < 18,5 kg/m ²
Normal ağırlık: BKİ = 18,5 - 24,9 kg/m ²
Aşırı kilolu: BKİ = 25 - 29,9 kg/m ²
Obezite: BKİ ≥ 30 kg/m ²
Obezite sınıfı I: BMI 30 - 34,9 kg/m ²
Obezite sınıf II: BMI 35 – 39,9 kg/m ²
Obezite sınıf III: BMI ≥ 40 kg/m ² (aynı zamanda, şiddetli aşırı veya çok şişman olarak adlandırılır)

Bel çevresinin erkekler için ≥102 cm ve kadınlar için ≥88 cm olması kardiyometabolik riskin arttığını gösterir (163). Bel çevresi ölçümü BMI ≥35 kg/m² olan hastalarda gereksizdir.

Kişilerin tedavisinde ilk yapılması gereken kapsamlı bir yaşam tarzı müdahalesidir; diyet, egzersiz ve davranışsal değişikliklerin bir kombinasyonu. Farmakoterapi BKİ ≥ 30 kg/m² olan ya da 27-29,9 kg/m² olan ve komorbiditesi olan hastalar ve kapsamlı yaşam değişikliklerine rağmen 3-6 ayda ağırlığının en az %5 kadarını bile azaltamayanlar için önerilmektedir. İlaç tedavisine başlama kararı bireyselleştirilmeli ve tüm tedavi seçeneklerinin (yaşam tarzı, farmakolojik, cerrahi) risklerinin ve yararlarının dikkatlice değerlendirilmesinden sonra verilmelidir (164).

2.7. Tarama

Yeme bozukluğu olan hastaları tanımlamak için bir dizi tarama aracı geliştirilmiştir. Bazıları uzundur ve birinci basamakta tarama için ideal değildir, ancak daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç duyan hastaların tanımlanmasına yardımcı olabilecek daha kısa araçlar geliştirilmiştir.

2.7.1. Yeme tutum testi

Eating Attitude Test (EAT) (13) yeme bozukluğu riski değerlendirmede en yaygın kullanılan öz bildirim ölçeklerinden biridir. Başlangıçta anoreksiya nervoza tanısı koymak için geliştirilmiştir ve tanı ölçütlerindeki değişikliklerden dolayı muhtemel yanlış pozitif oranının yüksek olduğu klinik olmayan örneklerde kullanılır. Yeme bozukluğu olan ve olmayanları ayırıcı olarak teşhis etmek için EAT'in doğruluk oranının en az %90 olduğu ve ortalama EAT puanlarının yeme bozukluğu, semptomatik ve asemptomatik katılımcılar arasında farklı olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

Ölçek 1979'da (EAT-40) 40 soru olarak geçerlilik güvenilirliği yapılmışken 1982'de orijinal ölçeğin faktör analizine dayalı olarak kısaltılmış 26 maddelik bir versiyonu önerilmiştir. EAT-26, EAT-40 ile yüksek derecede ilişkilidir. EAT-26'nın AN semptomlarının objektif bir ölçüsü olarak yararlı olabilecek güvenilir, geçerli ve ekonomik bir araç olduğu sonucuna varılmıştır (13). Yeme Tutum Testi-40 Savaşır ve Erol tarafından 1982'de Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış(15) ve ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır. Ölçeğin 26 maddelik kısaltılmış halinin ülkemizde hazırda yapılmış olan geçerlilik güvenilirliği bulunmamaktadır.

2.7.2. REZZY yeme bozuklukları ölçeği (SCOFF)

Kısa, akılda kalıcı, uygulanması kolay yeme bozukluğu riskini belirlemek için hazırlanmış bir ölçektir (165). İlk kez 1999 yılında oluşturulmuş tamamı beş sorudan oluşan ölçeğe sorularda geçen harfler alınarak SCOFF adı verilmiştir (166). Aydemir ve arkadaşları ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2015 yılında yapmış ve ölçek ismini REZZY olarak belirlemişlerdir (167).

SCOFF'u tanımlayan orijinal çalışmada iki veya daha fazla soruya verilen "evet" yanıtının, bir yeme bozukluğunun teşhisi için yüzde 100 ve 87,5'lik bir duyarlılık ve özgüllük ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (166).

2.10.3. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (EDE-Q)

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) ([168](#)) Eating Disorder Examination (EDE) formunun kendi kendine rapor anketi versiyonudur ([169](#)). EDE, yeme bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanısı için tercih edilen araç olarak kabul edilmektedir ([170](#)). EDE-Q'nun geçerliliği ile ilgili çalışmalar, klinik olmayan popülasyonlarda YB psikopatolojisinin temel özelliklerini değerlendirmede EDE-Q ve EDE arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ([168](#), [171](#)). Bu nedenle EDE-Q, YB'nin birçok epidemiyolojik ve klinik çalışmasında giderek artan bir şekilde kendi kendine rapor ölçeği olarak kullanılmaktadır ([171](#), [172](#)).

YB tanısı için büyük nüfus çalışmalarında kullanılabilecek güvenilir ve uygun maliyetli bir değerlendirme aracı elde etmek için 2011 yılında genç Türk popülasyonunda EDE-Q'nun Türkçe versiyonunun Yücel ve arkadaşları tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır ([173](#)).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Eating Attitude Test (EAT), anoreksiya nervroza semptomlarının nesnel bir ölçek olarak 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen 40 maddelik öz bildirim ölçeğidir (11). EAT (Eating Attitude Test-40)'in Türkçe geçerlilik güvenilirliği Savaşır ve Erol tarafından 1989'da yapılmıştır (15). 1982'de yapılan bir çalışmayla (13) orijinal ölçeğin (EAT-40) faktör analizine dayanılarak kısaltılmış 26 maddelik bir versiyonu önerilmiş (EAT-26) ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu kısa versiyonun Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmamıştır. Ülkemizde hala YTT-40 kullanılmaktadır. Bu çalışmada ekonomik ve kullanımı daha kolay bir ölçek olan Yeme Tutum Testi-26'nın (YTT-26) geçerlilik, güvenilirlik ve değişime duyarlılığının araştırılması amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde 15.06.2017-15.06.2018 tarihleri arasında öğrenim gören, çalışma hakkında bilgilendirilip çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin dahil edildiği geçerlilik güvenilirlik çalışmasıdır.

3.3. Araştırma Grubu

Çalışma grubu 15.06.2017- 15.06.2018 tarihleri arasında öğrenim gören araştırmaya katılmayı kabul eden Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinden oluşturmaktadır.

Literatürde ölçeğin geçerlik çalışmalarında faktör analizi gibi analizlerin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğü konusunda farklı görüşler vardır. Field (2005), her bir madde için 10-15 arası örnekleme ihtiyacı duyulduğunu belirtmektedir (174). Ayrıca, örneklem büyüklüğü açısından 100 yetersiz, 300 yaklaşık olarak yeterli, 1000 sayısını ise mükemmel olarak tanımlamıştır. Child ile Tabachnick ve Fidell ise madde sayısının 5 katı kadar örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu savunmuştur (175, 176). Tavşancıl'a göre örneklem büyüklüğü madde sayısının en az beş katı, hatta 10 katı olmalıdır (177). Çalışmamıza 825 öğrenci alınmıştır. Soru sayısı 26 olan ölçek için örneklem büyüklüğü madde sayısının on katından daha

fazladır. Literatüre göre, bu araştırmadaki örneklem sayısı ölçeğin geçerlilik çalışması için yeterli görülmüştür.

3.4. Araştırmanın Yöntem Basamakları

3.4.1. İzin alınması

Araştırmaya başlamadan önce orijinal ölçeğin sahibinden Türkçe uyarlamasının yapılması için izin alındı. (EK-1)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 08.06.2017 tarihli B.30.2.ODM.0.20.08/998-1510 sayılı onay alınmıştır. (EK-2)

3.4.2. Literatür taraması

Literatürde yapılan EAT geçerlilik güvenilirlik çalışmaları taranarak aynı veya benzer durumlar için kullanılan ölçekler bulundu. Eş zamanlı olarak katılımcılara uygulanacak ve aralarında korelasyon bakılacak ölçekler uzmanlarca ortak değerlendirme yapılarak seçildi.

3.4.3. Ölçeğin Türkçe çevirisi

EAT-26, birinin ana dili İngilizce olan iki bağımsız yeminli tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Daha sonra bu iki çeviri uzmanların da görüşüyle tek bir çeviri haline getirildi. Ortaya çıkan Türkçe anket formunun tekrar bağımsız bir tercüman tarafından İngilizceye çevirisi yapıldı. Orijinal ölçekle arasında çok fark olan sorular Türkçe formda tekrar değerlendirilip düzeltildi ([178-180](#)).

3.4.4. Kapsam geçerlilik indeksi

İngilizceyi iyi bilen 10 uzmana (4 Aile Hekimliği Öğretim Üyesi, 2 Psikiyatri Öğretim Üyesi, 1 Tıbbi Biyoistatistik Öğretim Üyesi, 3 Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi) orijinal ölçek (EAT-26) ve Türkçeye çevrilmiş son hali verildi ([180](#)). Kapsam geçerliliği için çevirinin değerlendirilmesi istendi. Her soru için “Çok uygun”, “Oldukça uygun”, “Cümle düzeltilirse uygun”, “Uygun değil”

seçeneklerinden birini işaretlemeleri istendi. Toplanan görüşlerde uygun bulunmayan sorular uzman grubu tarafından tekrar düzenlendi.

3.4.5. Dil geçerliliği

Öğrencilerden 42'sine orijinal İngilizce lek uygulandı. 3 hafta sonra aynı katılımcılara ölçeğin hazırlanan Türkçe versiyonunu uygulandı. Ölçeğin Türkçesi ve İngilizcesi arasındaki korelasyon değerlendirildi. Korelasyon katsayısı $r = 0,822$ ($p < 0,001$) olarak saptandı.

3.5. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak başlatılan bu çalışma gönüllük esasına dayanmakta olup, çalışmaya alınan bireylerden Helsinki Bildirgesi'ne göre onay alınmıştır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik sorular ve 3 ölçekten oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde literatür taranarak oluşturulan kişiye ait sosyodemografik sorular içeren anket formu, ikinci blmde geçerlilik güvenilirliği yapılacak olan "Yeme Tutum Testi-26" (Eating Attitudes Test: EAT-26)" , nc ve dördüncü blmde ise yeme bozukluğu için tarama testi olarak kullanılan ve daha önceden Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan "REZZY Yeme Bozuklukları leği (SCOFF)" ve "Yeme Bozukluğu Değerlendirme leği (EDE-Q)" uygulanmıştır. Anket formu öğrencilerin kendilerine verilerek yanıtlamaları istenmiştir. Sosyodemografik formda öğrencinin dönemi, doğum tarihi, cinsiyet, boy, kilo, en yüksek ağırlık, en düşük yetişkin ağırlığı ve kilo algısı soruldu.

3.5.1. Yeme Tutum Testi-26 (EAT-26)

Eating Attitude Test muhtemelen yeme bozukluklarının risk değerlendirmesinde en yaygın kullanılan öz bildirim leğidir ([11](#)). EAT-26 tek başına yeme bozukluğu tanısı koydurmaz. Bununla birlikte, birçok alışma EAT-26'yı iki aşamalı bir tarama sürecinde ekonomik bir ilk adım olarak kullanmıştır. Bu metodolojiye göre, testte 20 veya daha fazla puan alan bireyler, yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayıp

karşılamadıklarını belirlemek için bir profesyonel tarafından görülmelidir ([181](#), [182](#)). EAT-26, grup veya bireysel ortamlarda kullanılabilir ve sağlık uzmanları, okul danışmanları, antrenörler, kamp danışmanları ve bir kişinin yeme bozukluğu değerlendirmesi için bir uzmana sevk edilmesi gerekip gerekmediğini belirlemek için bilgi toplamak isteyen diğer kişiler tarafından kendi kendine uygulanacak şekilde tasarlanmıştır. Yeme bozukluklarının taranması, yeme bozukluğunun erken tanımlanmasının daha erken tedaviye yol açabileceği ve böylece ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonları ve hatta ölümü azaltabileceği varsayımına dayanmaktadır. EAT-26 maddeleri üç alt ölçek oluşturmaktadır; “Diyet”, “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” ve “Oral Kontrol” ([13](#)).

Alt ölçek puanları, belirli bir ölçeğe atanan tüm öğeler toplanarak hesaplanır:

Diyet alt ölçeği öğeleri: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26.

Bulimiya & Yeme Takıntısı alt ölçeği öğeleri: 3, 4, 9, 18, 21, 25.

Oral Kontrol alt ölçeği öğeleri: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

Kendi kendine yapılan tarama araçlarında inkar olabileceğinden, düşük puanlar klinik olarak anlamlı alınmamalıdır. Yeme bozuklukları belirtileri veya resmi yeme bozukluğu olmadığı anlamına gelmez. Ölçekten alınan yüksek puanlar, mutlaka katılımcının yeme bozukluğu olduğu anlamına gelmez; bununla birlikte vücut ağırlığı, vücut şekli ve yeme ile ilgili endişeleri ifade eder. 20 veya daha yüksek puanlar, katılımcının yeme bozukluklarını tedavi etme deneyimi olan nitelikli bir ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiği anlamına gelir. EAT-26 sorularına ek olarak, yeme bozukluğu riski altında olanların belirlenmesi, bireyin beden kitle indeksine (BKİ) ve yeme bozukluğunu yansıtan davranışsal semptomlarına ilişkin bilgilere dayanmaktadır. Yeme Bozukluğu Envanteri Tavsiye Formu (EDI-RF) ([183](#)) için açıklanan metodolojiyi takiben, EAT-26'nın bu versiyonuna aşırı kilo kontrol davranışlarının varlığını belirlemeyi ve bir tahmin sunmayı amaçlayan altı davranışsal soru dahil edilmiştir. Bu sorular, bildirilen aşırı yemek yeme, kendinden kaynaklanan kusma, müşil kullanımı ve önceki 6 ay boyunca bir yeme bozukluğu tedavisini değerlendirir.

Yeme Tutum Testi (EAT-26) sonucunda yeme bozukluğu riskini daha ileri değerlendirip değerlendirmemek için üç kriter vardır. Bunlar: 1) Total EAT-26 puanı; 2) Yaşa uygun normlara kıyasla düşük vücut ağırlığı ve 3) Olası yeme bozukluğu semptomlarını veya son zamanlarda önemli kilo kaybını gösteren davranışsal sorular. Bu kriterlerden bir veya daha fazlası karşılanmışsa, yeme bozukluklarının tedavisinde uzmanlaşmış bir uzman tarafından bir değerlendirme alınmalıdır.

1) EAT-26 Toplam puan; EAT-26 toplam puanı hesaplanırken 1. sorudan 25. soruya kadar “Her zaman” yanıtı 3 puan, “Genellikle” yanıtı 2 puan, “Sıklıkla” yanıtı 1 puan ve “Bazen”, “Nadiren”, “Asla” yanıtları 0 puan olarak hesaplanırken, 26. soruda “Asla” yanıtı 3 puan, “Nadiren” yanıtı 2 puan, “Bazen” yanıtı 1 puan ve “Sıklıkla”, “Genellikle”, “Her zaman” yanıtları 0 puan olarak hesaplanarak toplama işlemi yapılır (Tablo 7).

Tablo 7. EAT-26 puanlama sistemi

	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Asla
1-25 soruların puanları	3	2	1	0	0	0
26. soru puanı	0	0	0	1	2	3

2) Beden Kitle İndeksi;

Tablo 8. Çalışmada kabul edilen BKİ sınıflandırması

Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	Obez
<18,5	18,5-24,9	25-29,9	≥30,00

3) Davranış soruları; Kişi işaretli (✓) kutulardan herhangi birinden puan aldıysa yeme bozukluğu açısından riskli kabul edilir, eğitimli bir ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.

Tablo 9. Davranış soruları değerlendirme sistemi

	Asla	Ayda 1 kez ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada 1 kez	Haftada 2-6 kez	Günde 1 ya da daha fazla
A. Durduramayacağınızı hissederek tıka basa yediniz mi?			✓	✓	✓	✓
B. Vücut şeklinize ve kilonuzu kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?		✓	✓	✓	✓	✓
C. Vücut şeklinizi ve kilonuzu kontrol etmek için hiç ishal yapıcı, diyet hapları ya da idrar söktürücü kullandınız mı?		✓	✓	✓	✓	✓
D. Kilo vermek ya da kilonuzu korumak için günde 60 dk'dan fazla egzersiz yaptınız mı?						✓
E. Son 6 ay içerisinde 9 kg ya da daha fazla kilo kaybettiniz mi?	○	✓ Evet		○	Hayır	
F. Yeme bozukluğu için hiç tedavi gördünüz mü?	○	✓ Evet		○	Hayır	

3.5.2. REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF)

SCOFF anketi yeme bozukluklarını tespit etmek için bir tarama aracı olarak oldukça etkili bir ölçek olmakla birlikte basit, akılda kalıcı, uygulaması ve puanlaması kolaydır. Diğer tarama testleri gibi bu ölçek de tanı koymak için değil, olası bir vakanın şüphesini arttırmak için tasarlanmıştır ([166](#)) (Tablo 10).

Tablo 10. Orijinal SCOFF ölçek soruları ve değerlendirme sistemi

The SCOFF questions*
Do you make yourself S ick because you feel uncomfortably full?
Do you worry you have lost C ontrol over how much you eat?
Have you recently lost more than O ne stone in a 3 month period?
Do you believe yourself to be F at when others say you are too thin?
Would you say that F ood dominates your life?
*One point for every “yes”; a score of ≥ 2 indicates a likely case of anorexia nervosa or bulimia

Ölçeğin geliştirilme hedefinde az sayıda tarama maddesiyle yeme bozukluklarını tarayarak daha ileri inceleme ve araştırma için uyarıda bulunmak vardır. Ölçek toplam beş maddeden oluşmaktadır ve maddelerden seçilen harfler ölçeğin adını oluşturmaktadır. Ölçeğin özgün formunda seçilen harfler gereği adı SCOFF olarak belirlenmiştir. Çevirisi yapıp Türkçe form oluşturulduktan sonra Aydemir ve arkadaşları tarafından seçilen harflerle adı REZZY olarak uygun görülmüştür, iç tutarlılık çözümlemesinde Cronbach alfa katsayısı 0,74 bulunmuştur (167). Ölçeği uygulayan kişi için her bir evet yanıtına 1 puan verilir ve toplam puan 5 olarak belirlenmiştir (Tablo 11). Ölçekten 2 ve daha fazla puan alan kişi yeme bozukluğu açısından riskli kabul edilir. Ölçeğin hem özgün çalışmasında, hem de diğer diller için yapılan çalışmalarında (184-186) kesme puanı 2 olarak alındığında yüksek düzeyde özgüllük ve duyarlılık gösterdiği saptanmıştır. Söz konusu kesme puanı için ölçek çok yüksek özgüllük (%79,2-%93,4) ve duyarlılık (%96,9-%100,0) göstermiştir.

Tablo 11. REZZY yeme bozuklukları ölçeği soruları

REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği
1. R ahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?
2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için E ndişeleniyor musunuz?
3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla Z ayıfladınız mı?
4. Başkaları çok Z ayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?
5. Y emeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?

3.5.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q)

Fairburn ve Cooper ([187](#)) tarafından 1993 yılında geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) öz bildirim formu olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)) Fairburn ve Beglin tarafından 1994'te uyarlanmıştır ([168](#)). Form, beş alt ölçek ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; Kısıtlama (Restraint), Tıkınırcasına Yeme (Binge Eating), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (Shape Concern), Yemeyle İlgili Endişeler (Eating Concern) ve Kiloyla İlgili Endişeler (Weight Concern)'dir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ergenlerin oluşturduğu bir örneklem grubunda Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır ([173](#), [188](#)). Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,93, test tekrar test güvenirliği ise 0,91 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin skorlamasında her soru için bireylerden son 28 gün değerlendirilmesi istenir. 1.-12. sorular ve 19.-28. Sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda 0-6 arasında puanlama verilir. Toplam skor hesaplanırken bu puanların ortalaması alınır.

EDE-Q'nun topluluk çalışmalarında YB psikopatolojisinin eşiği olarak ortalama 4,0 genel bir skoru kullanılmıştır([188](#), [189](#)). Bununla birlikte, YB tanısı almış hastaların yaklaşık yarısının 4,0'dan daha düşük bir ortalama puan aldığını gösteren klinik çalışmalar vardır ([190](#), [191](#)). Norveç'te 2465 kişinin dahil edildiği bir çalışmada

optimal cut-off değeri, 0,86 (% 95 CI = 0,83-0,88) ve 0,86 (% 95 CI = 0,84-0,88) duyarlılık ile ortalama global EDE-Q skoru 2,50 olduğu gösterilmiştir ([192](#)).

3.6. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler bilgisayarda IBM SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences Version 21) ve AMOS 25 kullanılarak değerlendirildi. Verilerin özetlemesinde frekans (%), aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (minimum ve maksimum değer) kullanıldı. Bunları tespit edebilmek için yapılan analizler ise Ki-kare testi, ANOVA, Student T Testi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi uygulandı. Çalışmada $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması için öncelikle geçerlilik güvenilirlik analizleri yapıldı. Güvenilirlik çalışmasına yönelik Cronbach alfa değerleri ve madde toplam korelasyon değerleri hesaplandı ([193](#)). Ölçeğin Faktör Analiz çalışmasında madde toplam korelasyon 0,25'in altında olan maddeler ölçekten çıkarıldı. Açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olduğu KMO ve Bartlett testleri yapılarak değerlendirildi ([194](#), [195](#)). Ölçeğin faktör yapısını saptamak üzere açıklayıcı faktör analizi için varimax rotasyon kullanıldı. Faktör analizinde madde ortak varyans değeri $>0,30$ kriterini sağlayan maddeler için özdeğeri >1 olan faktörler ayrı bir faktör olarak kabul edildi ([196](#), [197](#)). Açıklayıcı faktör analizinden sonra bu faktörleri doğrulamak üzere doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Model uyum ölçütleri RMSEA $<0,06$ iyi uyum ([198](#)), CMIN/DF <5 kabul edilebilir uyum ([199](#)), GFI, AGFI, NFI ve CFI ise $>0,90$ iyi uyum göstergesi olarak kabul edildi ([200](#)). Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi, madde toplam korelasyon katsayıları saptandı. Sonrasında test-tekrar test güvenilirliği sonuçları elde edildi. Uyarlama yapılan ölçekle birlikte uygulanan ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış diğer ölçeklerle korelasyonunun değerlendirilmesi için Spearman korelasyon testi kullanıldı. Ölçeğin son halinin kesme puanının hesaplanması amacıyla ROC analizi yapıldı.

4.BULGULAR

4.1. Yeme Tutum Testi-19'un Geçerliliğine İlişkin Bulgular

4.1.1. Yeme Tutum Testi-19'un yapı geçerliliğine ilişkin bulgular

YTT-26'nın orijinal formu olan EAT-26 3 alt ölçek ve toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Diyet, Bulimiya, Yeme Kontrolü alt ölçekleridir. Genel güvenilirlik analizinde 26 madde için Cronbach alfa (CA) değeri 0,779 bulundu. Soruların madde toplam korelasyonlarına bakıldığında 26. maddenin madde-toplam korelasyonu negatif ve bunun dışındaki 5 maddenin(5, 8, 13, 15, 19) de $< 0,25$ olduğundan analizden çıkarılmıştır. Yapı geçerliliği kapsamında tekrar madde analizi yapıldığında ölçeğin 20 soruluk halinin genel güvenilirlik CA katsayısı 0,833 olarak bulunmuştur. Faktör analizinin test edilebilmesi için ön koşullardan birisi Keiser- Meyer Olkin (KMO) testidir. Yapılan test sonucunda KMO = 0,867 ($>0,70$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Yapılan Bartlett testi sonucunda ($p < 0,001$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Varsayımların sağlandığı görülmüştür ([194](#), [195](#)).

Varimax rotasyon yöntemi ile değerlendirilen faktör yükleri >1 olan 4 faktör olduğundan ölçek faktör sayısı 4 olarak karar verildi. Madde toplam korelasyon katsayısı düşük olduğundan (0,149) 20. madde de ölçek dışı bırakıldı. Yeme Tutum Testindeki 19 maddenin güvenilirliğini tekrar hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplandı. Ölçeğin genel güvenilirliği 7 soru çıkarıldığında Cronbach alfa değeri 0,837 olarak bulunmuş olup 4 faktörü açıklayan varyans ise %51,385'e yükseldi. Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için yapılan bu açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin ilk faktörün özdeğeri 5,248 ve varyansın %27,621'ini açıklıyordu, 2. faktörün özdeğeri 1,755 ve açıkladığı varyans %9,237, 3. faktörün özdeğeri 1,617 ve açıkladığı varyans %8,508, 4. faktörün özdeğeri 1,143 ve varyansın %6,018 ini açıklıyordu (Tablo 12).

1. faktör 1, 10, 11, 12, 14, 22 ve 24. sorulardan, 2. faktör 3, 21, 4 ve 18. sorulardan, 3. faktör 6, 7, 16, 17 ve 23. sorulardan, 4. faktör 2, 9 ve 25. sorulardan oluşmaktaydı.

Faktör yapıları ve sorular değerlendirildi. 1. faktöre “Şişmanlık Kaygısı”, 2. faktöre “Yeme Takıntısı”, 3. faktöre “Diyet” ve 4. faktöre “Bulimiya” alt ölçek isimleri verildi (Tablo 13).

Tablo 12. YTT-19 maddeleri, faktör yükleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde*	FY	MTPK
Şişmanlık Kaygısı Özdeğer:5,248, Varyans:27,621, α:0,762		
1. Fazla kilolu olmaktan çok korkarım.	0,710	0,503
10. Yemek yedikten sonra kendimi aşırı suçlu hissederim.	0,462	0,525
11. Daha zayıf olma arzusu içerisindeyim.	0,803	0,632
12. Kalori yakmak için egzersiz yaparım.	0,685	0,503
14. Vücutumda yağ olmasından endişelenirim.	0,616	0,515
22. Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissederim.	0,385	0,473
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	0,295	0,314
Yeme Takıntısı Özdeğer:1,755, Varyans:9,237, α:0,726		
3. Kendimi yiyecek düşünürken bulurum.	0,795	0,571
4. Kendimi durduramayacağımı hissettiğim tıka basa yeme ataklarım olur.	0,680	0,486
18. Yiyecekler hayatımı kontrol eder.	0,622	0,454
21. Yiyecekleri çok fazla düşünürüm.	0,760	0,575
Diyet Özdeğer:1,617, Varyans:8,508, α:0,683		
6. Yediğim yiyeceklerin kalori içeriklerinin farkındayım.	0,452	0,405
7. Yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle kaçınırım.	0,746	0,561
16. Şekerli gıdalardan kaçınırım.	0,805	0,434
17. Diyet besinleri tüketirim.	0,588	0,494
23. Sürekli diyet yaparım.	0,352	0,399
Bulimiya Özdeğer:1,143, Varyans:6,018, α:0,622		
2. Açken yemek yemekten kaçınırım.	0,593	0,358
9. Yemek yedikten sonra kusarım.	0,781	0,519
25. Yemeklerden sonra kusma dürtüm olur.	0,784	0,433

FY: Faktör Yüğü, MTPK: Madde Toplam Puan Korelasyonu. *Madde numaraları EAT-26 orijinal versiyonuna karşılık gelmektedir.

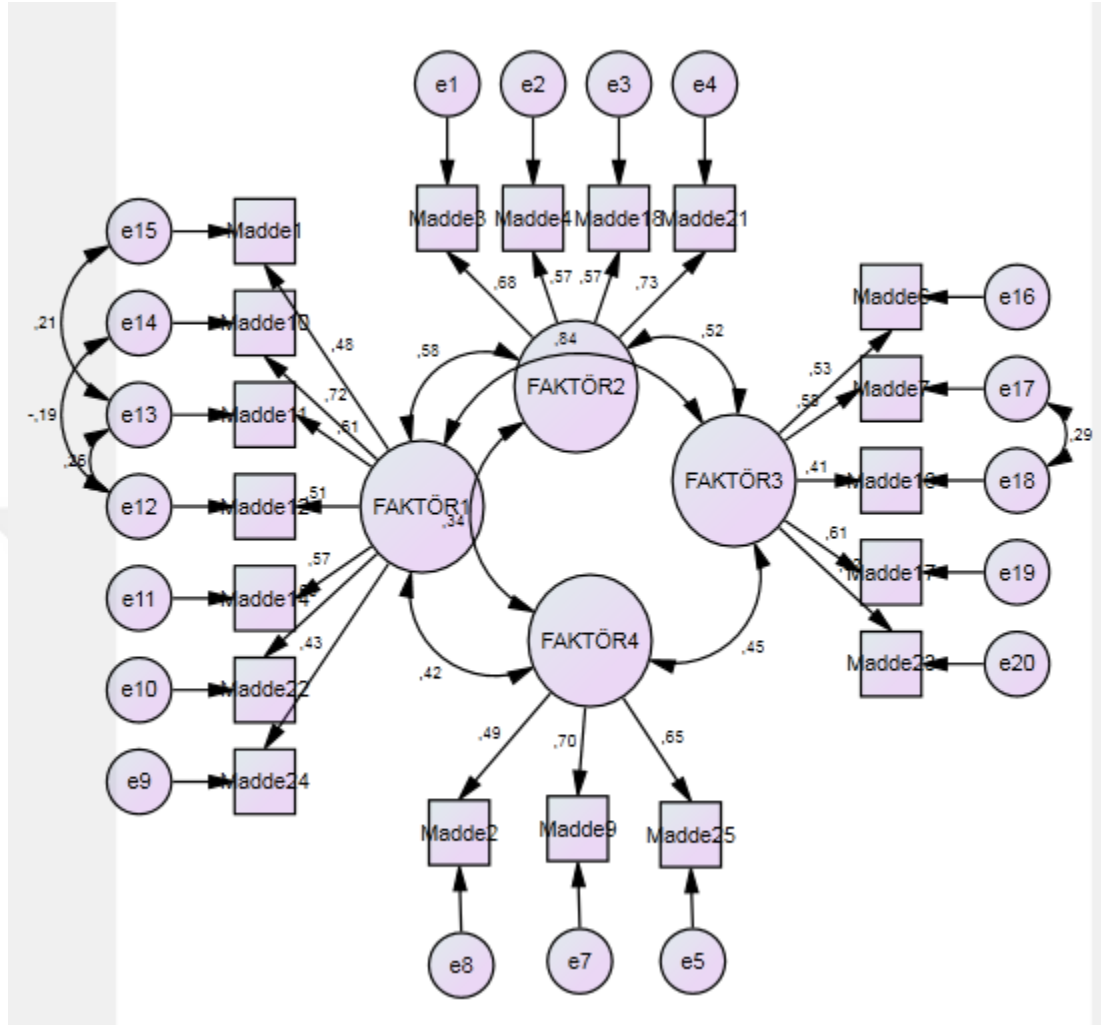
Tablo 13. 26 maddelik orijinal YTT ile 19 maddelik YTT'nin alt ölçekleri

YTT-26 (orijinal ölçek)	YTT-19
Diyet Maddeler: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26	Diyet Maddeler: 6, 7, 16, 17, 23
Bulimiya ve Yemek Takıntısı Maddeler: 3, 4, 9, 18, 21, 25	Yemek Takıntısı Maddeler: 3, 4, 18, 21
Oral Kontrol Maddeler: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20	Bulimiya Maddeler: 2, 9, 25
	Şişmanlık Kaygısı Maddeler: 1, 10, 11, 12, 14, 22, 24

4.1.2. Açımlayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapısı için doğrulayıcı faktör analizi

Yeme Tutum Testi-19'un açımlayıcı faktör analizi ölçek geçerliliği için yeterli olmadığından dört faktörlü yapı için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı (Şekil 1). Beklenen modelin iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek için 4 faktörün model uyum ölçütlerine bakıldığında RMSA: 0,059, P CMIN/DF: 3,870, GFI: 0,934, AGFI: 0,911, NFI: 0,866, CFI: 0,896 olarak hesaplanmıştır ([198](#), [201](#)). Bu 4 faktörün model uyum indeksi iyi olduğu için ölçeğin 4 alt ölçekten oluştuğunu söyleyebiliriz ([201](#)).

Şekil 1. Yeme Tutum Testi-19'un Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı



4.2. Yeme Tutum Testi-19' un Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Yeme Tutum Testi 19'un iç tutarlılık güvenilirliğine ilişkin bulgular

“Şişmanlık Kaygısı” alt ölçeğinde yer alan 7 maddenin güvenilirliği $CA = 0,762$, açıklanan varyans değeri %27,621, madde total korelasyon en düşük 0,314 olarak saptandı. “Yeme Takıntısı” alt ölçeğini oluşturan 4 maddenin güvenilirliği $CA = 0,726$, açıklanan varyans değeri %9,237, madde toplam korelasyon en düşük 0,454 olarak saptandı. “Diyet” alt ölçeğinde bulunan 5 maddenin güvenilirliği ise $CA = 0,683$ ve açıklanan varyans değeri %8,508, madde toplam korelasyon en düşük 0,399, “Bulimiya” alt ölçeğindeki 3 maddenin $CA = 0,622$, açıklanan varyans değeri %6,018, madde toplam korelasyon en düşük 0,358 olarak tespit edildi (Tablo 5).

4.2.2.Yeme Tutum Testi-19 ve orijinal ölçek (EAT-26) için test-tekrar test güvenilirliği

Toplam katılımcılar içerisinde 82 (%10) kişiye, hazırladığımız 26 maddelik anket uygulandı. Aynı öğrencilere 3 hafta arayla yine aynı anketi uyguladık. Ön test ve son test arasındaki korelasyona bakıldığında Spearman's rho korelasyon katsayısı 0,701 ($p < 0,001$) bulundu. Testin 19 soruluk son halinin ön test son test analizinde korelasyon katsayısı 0,810 ($p < 0,001$) olarak hesaplandı. Test-tekrar test arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu görüldü.

Alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyonları değerlendirildiğinde ilk faktör “Şişmanlık Kaygısı” alt ölçeğinin korelasyon katsayısı 0,750, ikinci faktör “Yeme Takıntısı” alt ölçeğinin 0,649, üçüncü faktör “Diyet” alt ölçeğinin 0,771 ve son faktör “Bulimiya” alt ölçeğinin korelasyon katsayısı 0,529 bulunmuştur ($p = 0,000$).

4.3.ROC Analizi

YTT-19 un orijinali olan 26 soruluk EAT-26 için yeme bozukluğu riskini belirten kesme değeri 20 olarak belirlenmiştir. Türkçeye uyarladığımız haliyle cut-off belirlemek için yeme bozukluğu riskini doğru ölçek geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir test olan YBDÖ kullanıldı. YBDÖ için kesme değeri tarama için önerildiği şekilde 2,5 alındı. Buna göre yapılan ROC analizi sonucunda YTT-19 total skor cut-off değeri 9,5 ve eğri altında kalan alan 0,89 bulundu. Toplam skor 9,5 üzeri olan kişiler yeme bozukluğu açısından risklidir ve bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi gerekir. Testin sensitivitesi 0,833, spesifitesi 0,806 şeklinde saptandı. Pozitif prediktif değer %43,8 ve negatif prediktif değeri ise %96,3tür.

4.4. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerinin Uygulanan Diğer Ölçeklerle Korelasyonu

YTT-19'un ayırt edici geçerliliği kapsamında çalışmamızda elde edilen faktör yapısına göre hesaplanan alt ölçek ve toplam puanları değerlendirildi. Katılımcıların YTT-19 puan ortalaması 7,8 iken bu değer erkeklerde 6,7 kadınlarda 8,5 idi ($p=0,001$). Davranış soruları değerlendirildiğinde %39,6'sı ($n=327$) yeme bozukluğu

açısından riskli olduğu görüldü. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği ortalama skoru 1,2 ve REZZY total skoru ortalaması ise 0,92 idi.

Faktör yapısına göre hesaplanan alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanları için Spearman korelasyon testi yapıldı. YTT-19, Şişmanlık Kaygısı alt ölçeği ile çok yüksek korele iken Yeme Takıntısı alt ölçeği ile orta şiddette, Diyet alt ölçeği ile yüksek şiddette korele idi. Fakat Bulimiya alt ölçeği ile zayıf derecede korelasyon görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. YTT-19 ile alt ölçeklerinin korelasyonu

	Şişmanlık kaygısı	Yeme takıntısı	Diyet	Bulimiya	p*
YTT-19					
	0,871	0,559	0,682	0,245	<0,001
Toplam Skor					

*Spearman's rho

Öğrencilerin REZZY yeme bozuklukları ölçeği skor ortalaması 0,92, kadınlarda 1,12 erkeklerde 0,68 puandı ($p<0,001$). YTT-19 toplam skorunun REZZY yeme bozuklukları ölçeği skoru ile orta şiddette korelasyon gösterdiği görüldü ($r=0,567$, $p<0,001$). Kadın katılımcılar arasında bakıldığında ise YTT-19 ve REZZY skorları arasında yüksek korelasyon vardı ($r=0,618$, $p<0,001$). Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde Şişmanlık Kaygısı alt ölçeği ve Yeme Takıntısı alt ölçeği ile orta şiddette korele iken Diyet alt ölçeği ile zayıf, Bulimiya alt ölçeği ile çok zayıf bir korelasyon vardı (Tablo 15).

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin toplam skor ve alt ölçekleri de yine aynı şekilde değerlendirildiğinde YTT-19 ile toplam YBDÖ skoru arasında yüksek derecede korelasyon olduğu görüldü ($r=0,648$, $p<0,001$). Sadece kadınlara bakıldığında Spearman katsayısı daha yüksekti ($r=0,720$, $p<0,001$). Tıkınırcasına yeme alt ölçeği dışındaki YBDÖ alt ölçekleri ile YTT-19 arasında yüksek korelasyon izlendi, tıkınırcasına yeme alt ölçeğiyle zayıf korelasyon vardı. Diğer yandan YTT-

19 alt ölçeklerinden YBDÖ ile yüksek korelasyon gösteren şişmanlık kaygısı alt ölçeği (Tablo 15).

Tablo 15. YTT-19 ve alt ölçeklerinin diğer ölçeklerle korelasyon katsayıları

	REZZY	YBDÖ	YBDÖ- K	YBDÖ- BŞE	YBDÖ- KE	YBDÖ- YE	YBDÖ- TY
YTT-19	0,567*	0,648*	0,611*	0,599*	0,562*	0,574*	0,357*
ŞK	0,531*	0,658*	0,618*	0,620*	0,586*	0,564*	0,315*
YT	0,402*	0,261*	0,209*	0,270*	0,213*	0,313*	0,320*
D	0,308*	0,443*	0,501*	0,357*	0,379*	0,383*	0,194*
B	0,162	0,167*	0,122*	0,162*	0,173*	0,176*	0,024

YTT-19: Yeme Tutum Testi-19, ŞK: Şişmanlık Kaygısı, YT: Yeme Takıntısı, D: Diyet, B: Bulimia, YBDÖ: Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği, K: Kısıtlama, BŞE: Beden Şekli ile ilgili endişeler, KE: Kiloyla ilgili endişeler, YE: Yemeyle ilgili endişeler, TY: Tıkınırcasına yeme

Spearman's rho *p<0,001

Yeme tutum testi orijinal hali ile YTT-19 korelasyonuna bakıldığında korelasyon katsayısı 0,824 (p=0,000) bulundu.

4.5. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerin Antropometrik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültelerinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 825 öğrenci katıldı. Öğrencilerin %55,7'si (n=451) kadın %44,3'ü (n=359) erkekti. 15 kişi cinsiyet belirtmemişti. Öğrencilerin yaş ve antropometrik değişkenleri Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16. Öğrencilerin yaş ve antropometrik değişkenlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) ve minimum maksimum değerleri

	Kadın(n=451)				Erkek(n=359)			
	$\bar{x}$	SS	min	max	$\bar{x}$	SS	min	max
Yaş (yıl)	21,4	2,0	18,0	29,0	21,4	2,2	18,0	31,0
Boy (cm)	163,9	5,9	150,0	183,0	178,1	6,1	160,0	202,0
Ağırlık (kg)	58,0	8,9	40,0	99,0	76,3	13,1	49,0	136,0
BKİ (kg/m²)	21,5	2,9	16,2	35,3	24,0	3,6	15,4	40,6

YTT-19 toplam skor ortalaması 7,8, bu değer kadınlarda 8,5, erkeklerde ise 6,7 olarak bulundu ($p=0,001$). Kadınların %34,3'ü ($n=154$) yeme bozukluğu için riskli bulunurken erkeklerin %24,0'ında ($n=86$) risk vardır ($p:0,002$). Elde edilen faktör yapısına göre alt ölçek puanları karşılaştırıldığında kadın ve erkek katılımcılar arasında Şişmanlık Kaygısı ve Yeme Takıntısı alt ölçeklerinde anlamlı fark varken diğer ikisinin puanlarında anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Cinsiyetlere göre alt ölçeklerin ortalama değerleri

	Şişmanlık Kaygısı	Yeme Takıntısı	Diyet	Bulimia
Kadın	4,7	2,0	1,7	0,1
Erkek	3,3	1,5	1,7	0,1
p*	,000	,004	,704	,198

*Mann-Whitney U

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,46 \pm 2,136$ (min.18 max. 31) idi. Yaşa göre YTT-19 ve alt ölçek skorlarına bakıldığında anlamlı fark görülmedi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 29,1'i (n = 240) dönem 1, % 18,4'u (n = 152) dönem 2, % 21,6'ü (n = 178) dönem 3, % 12,1'si (n=100) dönem 4, % 9,7'si (n = 80) dönem 5 ve % 9,1 (n = 75) dönem 6 tıp fakültesi öğrencisiydi. YTT-19 toplam skoru açısından öğrenci dönemleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p = 0,343).

Öğrencilerin boylarının ortalaması 170,2 cm iken bu değer kadınlarda 163,9cm erkeklerde ise 178,1 cm olarak izlendi. Öğrencilerin ağırlıklarının ortalama değeri 66,2 kg, kadınları 58,0 kg ve erkeklerin ağırlıklarının ortalaması ise 76,3 kg idi. Katılımcıların beden kitle indeksleri hesaplandığında ortalama 22,67 kg/m² görülürken, kadınların BKİ ortalaması 21,5 kg/m² ve erkeklerinki ise 24,0 kg/m² bulundu (p = 0,000). Beden kitle indeksleri değerlendirildiğinde ise öğrencilerin % 4'ü (n = 33) obez ve % 16,8'i (n = 139) fazla kilolu, % 67,3'ü (n = 555) normal, % 8,2'si (n = 68) ise zayıf olduğu görüldü. BKİ ile YTT-19 toplam skor arasındaki ilişkiye bakıldığında beklenenin aksine zayıf da olsa anlamlı pozitif korelasyon olduğu görüldü (r = 0,289 , p < 0,001). BKİ < 18,5 olan zayıf olarak değerlendirilen grupta YTT-19 toplam skor ortalaması 3,6 ± 4,2 (n = 68) , BKİ 18,5-24,9 arasında değişen normal kilolu grupta 7,3 ± 7,1 (n = 552), BKİ 25 ve üzeri olan fazla kilolu + obez grubunda 10,5 ± 8,1 (n = 172) olduğu görüldü (p < 0,001). BKİ'ne göre zayıf olarak değerlendirilenlerin % 11,8 (n = 8), normallerin % 27,7 (n = 153) ve fazla kilolu ve obezlerin ise % 43,0'ında (n = 74) yeme bozukluğu riski bulundu. Tablo 18'de de gösterildiği gibi Yeme Takıntısı alt ölçeği hariç diğer alt ölçekler için gruplar arasında yine anlamlı farklılık vardı. Post hoc analiz yapıldığında YTT-19 ve Şişmanlık Kaygısı puanları için tüm gruplar arasında anlamlı fark varken, Diyet alt ölçeğinde sadece zayıf ve normal grupları arasında fark saptanmadı (p = 0,068). Bulimiya alt ölçeğinde ise sadece BKİ normal ve fazla kilolu + obez olan grup arasında fark vardı (p = 0,000).

Tablo 18. BKİ'ne göre gruplanan öğrencilerde YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

BKİ	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu+Obez	p*
YTT-19	3,6	7,3	10,5	,000
ŞK	1,3	3,8	5,8	,000
YT	1,2	1,8	2,0	,072
D	0,9	1,6	2,4	,000
B	0,1	0,1	0,2	,001

YTT-19: Yeme Tutum Testi-19, ŞK: Şişmanlık Kaygısı, YT: Yeme Takıntısı, D: Diyet, B: Bulimiya

*Kruskal-Wallis

Fazla kilolu olduğunu düşünen öğrencilerin oranı % 18,9 (n = 156), kilosunu normal olarak değerlendirenler % 65 (n = 536) ve zayıf olduğunu düşünenler ise % 10,5 (n = 87) idi. Kilo algısına göre YTT-19 puanlarına bakıldığında fazla kilolu olduğunu düşünenlerin YTT-19 ortalaması normal olduğunu düşünenlere göre 4,8 zayıf olduğunu düşünenlere göre 9,2 puan daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Öğrencilerin kilolarını nasıl değerlendirdiğine göre alt ölçek puanlarına bakıldığında tüm gruplar arasında anlamlı fark vardı sadece Bulimiya faktörü için kilosunu normal algılayanlarla zayıf algılayanlar ($p = 1,000$) ve yine normal algılayanlarla fazla kilolu algılayanlarda ($p = 0,206$) fark tespit edilmedi (Tablo 19).

Tablo 19. Bireysel kilo algısına göre YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	p*
YTT-19	2,9	7,3	12,1	,000
ŞK	0,1	3,7	0,2	,000
YT	0,7	1,8	2,6	,000
D	0,9	1,6	2,3	,000
B	1,1	0,1	6,8	,007

YTT-19: Yeme Tutum Testi-19, ŞK: Şişmanlık Kaygısı, YT: Yeme takıntısı, D: Diyet, B: Bulimia, *Kruskal-Wallis

BKİ ile kilo algısı arasındaki ilişki Tablo 20 içerisinde gösterildi. BKİ normal sınırdan olup kendini fazla kilolu olarak gören 45 (% 29,6) kişi ve BKİ kategorisi zayıf olup kendini normal olarak nitelendiren 21 (% 4,0) kişi vardı. Bu 66 öğrenci kilo algısı bozulmuş olarak değerlendirilip bu öğrencilerde yeme bozukluğu riskine bakıldığında kilo algısı bozuk olanların YB risk oranı %43,9 (n = 29) iken, diğerlerinin riski % 28,4 (n = 215) idi (p = 0,008).

Tablo 20. Beden kitle indeksi ve kilo algısı arasındaki ilişki

Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?	BKİ			p*
	Zayıf	Normal	Fazla kilolu ve Obez	
	(<18,5)	(18,5-24,9)	(≥25)	
Zayıf	43 (%50,0)	43 (%50,0)	0	0,000
Normal	21 (%4,0)	451 (%84,9)	59 (%11,1)	
Fazla kilolu	0	45 (%29,6)	107 (%70,4)	

*Pearson ki kare

Öğrencilere en yüksek ve en düşük yetişkin ağırlıkları soruldu. Erkek öğrencilerde hatırlanan en yüksek ağırlık ortalama 81,3 kg en düşük ağırlık ise 68,1 kg iken kadınlarda sırasıyla 62,9 kg ve 53,2 kg bulundu. En yüksek ve en düşük yetişkin ağırlıklarının farkı (kilo değişikliği) değerlendirildiğinde erkeklerde ortalama 13,2 kadınlarda ise 10,1 olduğu görüldü ($p = 0,000$). Kilo değişikliği ile YTT-19 skoru arasında zayıf bir korelasyon vardı ($r = 0,336$, $p < 0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21. Maksimum kilo değişikliği ile YTT-19 toplam skor ve alt ölçek skorlarının korelasyonu

	YTT-19		ŞK		YT		D		B	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Kilo değişikliği	,336	,000	,309	,000	,075	,049	,330	,000	,134	,000

YTT-19: Yeme Tutum Testi-19, ŞK: Şişmanlık Kaygısı, YT: Yeme Takıntısı, YK: D: Diyet, B: Bulimiya, r =Spearman's rho

4.6. Yeme Tutum Testi-19 ve Alt Ölçeklerin Davranış Sorularına Göre Değerlendirilmesi

Yeme Tutum Testi ile birlikte öğrencilere 6 soruluk davranış soruları soruldu. Kişilerin bu sorulardaki davranışları son 6 ay içerisinde ne sıklıkta yaptıklarını işaretlemesi istendi ve riskli bulunan durumlara göre değerlendirildi (183). Ayda 2-3 kez ve daha fazla durduramayacağını hissederek tıka basa yeme atağı yaşayan öğrenciler % 30,1 ($n = 248$) idi. Vücut şeklini ya da kilosunu kontrol etmek için kendini kusturan öğrenciler % 3,5 ($n = 29$), aynı amaçla lokatif, diüretik yada diyet hapı kullananlar % 3,4 ($n = 28$) idi. Yine bu amaçla her gün 60 dakikadan fazla egzersiz yapanlar % 0,6 ($n = 5$) idi. Son 6 ayda 9 kilo ve daha fazla kilo vermiş öğrenciler % 7,8 ($n = 64$) ve yeme bozukluğu için tedavi görmüş olanlar ise % 3,8 ($n = 31$) idi. YTT-19 toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldı. Son 6 ayda ≥ 9 kg ağırlık kaybı olan kişilerde tüm skorlar anlamlı olarak yüksek bulundu. Kilo vermek amacıyla 60 dakikadan fazla egzersiz yapanlarda ise YTT-19 ve alt ölçek puanlarına bakıldığında yapmayanlarla aralarında anlamlı fark yoktu (Tablo 22).

Tablo 22. Son 6 ay içerisinde davranış sorularıyla saptanan yeme bozukluğu riskine göre YTT-19 toplam skor ve alt ölçek ortalamaları

Davranış Soruları	YTT-19		ŞK		YT		D		B	
	$\bar{x}$	p	$\bar{x}$	p	$\bar{x}$	p	$\bar{x}$	p	$\bar{x}$	p
Durduramayacağınızı hissederek tıka basa yediniz mi?	YB+ 10,5		5,4		3,0		1,9		,18	
		,000		,000		,000		,020		,272
	YB- 6,6		3,5		1,3		1,6		,14	
Vücut şeklinize ve kilonuzu kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?	YB+ 16,0		8,0		1,7		3,4		1,1	
		,004		,043		,033		,082		,000
	YB- 7,5		3,9		3,3		1,6		,12	
Vücut şeklinizi ve kilonuzu kontrol etmek için hiç laksatif, diyet hapları ya da diüretik kullandınız mı?	YB+ 14,5		6,4		3,3		3,5		1,1	
		,007		,798		,003		,052		,000
	YB- 7,5		4,0		1,7		1,6		,12	
Kilo vermek ya da kilonuzu korumak için günde 60 dk'dan fazla egzersiz yaptınız mı?	YB+ 9,4		4,2		2,6		2,6		,16	
		,969		,642		,162		,841		,336
	YB- 7,8		4,1		1,8		1,7		,00	
Son 6 ay içerisinde 9 kg ya da daha fazla kilo kaybettiniz mi?	YB+ 13,2		6,3		2,6		3,7		,51	
		,000		,005		,000		,000		,000
	YB- 7,3		3,9		1,7		1,5		,12	
Yeme bozukluğu için hiç tedavi gördünüz mü?	YB+ 13,5		6,0		3,0		3,2		,96	
		,000		,000		,001		,000		,000
	YB- 7,6		4,0		1,7		1,6		,12	

YTT-19: Yeme Tutum Testi-19, ŞK: Şişmanlık Kaygısı, YT: Yeme Takıntısı, D: Diyet, B: Bulimiya, YB: Yeme Bozukluğu riski, *:p<0,05, $\bar{x}$: Ortalama

5.TARTIŞMA

Yeme bozuklukları tıbbi, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranış bozukluklarıdır ve görülme sıklığı giderek artmaktadır (1, 2). Eating Attitude Test-26 (EAT-26) düzensiz yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek için puanlama süresi ve yönetimi açısından ekonomik bir araç olduğundan en yaygın kullanılan tarama yöntemlerinden biridir ve serbestçe temin edilebilir (13). Bu çalışmanın temel amacı EAT-26'nın geçerliliğini araştırmak ve ölçeği ülkemizde yeme bozukluğu tarama aracı olarak kullanıma sunmaktır.

5.1. Yeme Tutum Testi Yapı Geçerliliği ve İç Tutarlılığı

Yeme Tutum Testi-26'nın faktör yapısının ortaya koyulabilmesi için öncelikle 26 maddenin güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin 26 maddesinin Cronbach alfa katsayısı 0,779 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyonları $< 0,25$ olan 6 madde (5, 8, 13, 15, 19, 26) çıkarıldı. İspanya'da 778 kadın adolesanda yapılan çalışmada da benzer maddelerin (4, 8, 13, 15, 19, 25) madde toplam korelasyonları düşük bulunup 6 madde faktör analizinden çıkarılmıştır (202). Savaşır ve Erol'un (15) 1989 yılında EAT-40'ın Türkçe güvenilirliğini araştırdığı çalışmasında 23 madde ölçekteki hiçbir faktöre dahil edilmemişti ve bunun nedenini klinik dışı grupta uygulanması olarak belirtmişlerdi. Hasta örnekleminde elde edilecek faktör analizi sonucu bu maddelerin çıkarılabileceği önerilmiş ilerideki çalışmalarda kısa form oluşturulabileceği belirtilmişti. EAT-26'nın İtalyanca versiyonu için yapılan çalışmada (181) çıkarılan 6 sorunun 4'ü bizim ölçek dışında bıraktığımız sorularla benzerdi (4, 8, 13, 15, 19, 25). Yunanistan (197) örneğinde ise EAT-26 orijinal formdan 13 madde çıkarılmıştı (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 15, 21, 23, 24, 25, 26). Katarda kadın üniversite öğrencilerinde yapılan EAT-26 geçerlilik güvenilirlik çalışmasında yine 7 madde çıkarılmıştır (2, 5, 15, 19, 22, 24, 26). M 20. Maïano'nun (203) çalışmasına bakıldığında 8 maddenin ölçek dışı bırakıldığı görülmüştür (2, 3, 4, 15, 19, 23, 24, 26). Genel olarak bakmak gerekirse literatürdeki EAT-26'nın faktör analizini değerlendiren çalışmaların hemen hemen hepsinde 15. madde 'Yemeğimi başkalarına göre daha uzun sürede yerim.' ve 19. madde olan 'Yeme konusunda kendimi kontrol ederim.' öğeleri ölçek dışı bırakılmıştır. Bu maddelerin hemen

hemen hiçbir kültürde EAT-26 için yeterli yük almadığı gözlenmiştir. Bunun yanında 5. madde olan ‘Yiyeceğimi küçük parçalar halinde bölerim.’ ögesi Yunanca (197) ve Arapça (204) versiyonunda ölçek dışı bırakılmış aynı zamanda 1989’da EAT-40’ın Türkçeye uyarlanması için yapılan çalışmada (15) da hiçbir alt ölçeğe dahil edilmemiştir. Orijinal ölçeğin 8. maddesi ‘Başkaları daha fazla yememi bekler’ ve 13. maddesi ‘Diğer insanlar çok zayıf olduğumu düşünür.’ Avrupa örneklerinde bizim çalışmamızdaki gibi faktör analizi için yeterli yükü alamamıştır (181, 205). 20. maddeye ‘Diğerlerinin yemem için bana baskı yaptıklarını hissederim.’ bakıldığında bu örneklerden sadece Türkçe uyarlamalarda faktör analizi için uygun olmadığı gözlenmektedir diğer diller için bu madde hazırlanan ölçeğin son halinde bulunur (15).

Çalışmamızda ölçeğin faktör yapısının ortaya konması için yapılmış olan açımlayıcı faktör analizi ile 4 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktör yükü düşük olan bir madde daha (20) ölçekten çıkarıldıktan sonra 19 maddeden oluşan ölçek son halini almıştır (YTT-19). Bu haliyle ölçeğin güvenilirliği oldukça güçlü bulunmuştur (206). Cronbach alfa (CA) değeri 0,837’ye yükselmiş ve toplam açıklanan varyans % 51 bulunmuştur. Garner ve arkadaşlarının (13) çalışmasında EAT-26 için açıklanan varyans toplamda % 40,2 olarak belirtilmiş, Anoreksiya Nervoza grubu 160 kadın hasta için bakıldığında CA = 0,90, 140 kadın öğrencinin bulunduğu kontrol grubunda bakıldığında ise CA değeri bizim çalışmamızdaki ile neredeyse aynı CA = 0,83 bulunmuştur. 1989’da Savaşır ve Erol’un (15) EAT-40’ın geçerlilik güvenilirliğini araştırdığı çalışmada ise bu değer bizim çalışmamızdakinin oldukça altındaydı (CA = 0,70) ve açıklanan toplam varyans % 40 idi.

Üniversite öğrencilerinin bir örneği için uygulanan Açımlayıcı faktör analizi sonucunda YTT-19’daki dört faktörün ilki; “Şişmanlık Korkusu” (CA:0,762), ikincisi “Yeme Takıntısı” (CA = 0,726), üçüncüsü “Diyet” (CA:0,683), dördüncüsü ise “Bulimiya” (CA = 0,622) olarak adlandırılmıştır. EAT-26’nın Garner ve arkadaşları (13) tarafından ortaya konulmuş olan orijinal faktör yapısının ise üç boyutlu olduğu bildirilmektedir. Bu faktörler “Diyet (*Dieting*)”, “Bulimiya ve Yeme Takıntısı (*Bulimia & Food Occupation*)”, “Oral Kontrol (*Oral Control*)” olarak ifade edilmektedir. Garner ve arkadaşlarının önerdiği yapının faktör yapısı ile

çalışmamızdaki yapının farklılaştığı dikkati çekmektedir. Orijinal ölçeğin “Diyet” alt ölçeğindeki 13 madde (1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26) bizim yaptığımız faktör analizinde 2 ayrı faktöre dağılmıştır. Bunlardan birincisi ‘Fazla kilolu olmaktan korkarım’, ‘Vücudumda yağ olmasından endişelenirim’, ‘Yemek yedikten sonra kendimi aşırı suçlu hissedirim’, ‘Daha zayıf olma arzusu içerisindeyim’ gibi maddelerin bulunduğu 7 maddeden (1, 10, 11, 12, 14, 22, 24) oluşan “Şişmanlık Kaygısı” adını verdiğimiz alt ölçek; ikincisi ise orijinal alt ölçekle aynı adı alan ‘Yediğim yiyeceklerin kalori içeriklerinin farkındayım.’, ‘Yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle kaçınırım.’, ‘Sürekli diyet yaparım.’ gibi maddelerin olduğu 5 maddeden oluşan (6, 7, 16, 17, 23) “Diyet” alt ölçeğidir. Ayrıca, araştırmacılara göre (11, 207) “Diyet”, yağlı yiyeceklerden kaçınma, diyet tekniklerine katılma, tüketilen kalorilerin farkındalığı vb. ile ilgilidir. Bizim çalışmamızdaki Diyet alt ölçeği bu özelliklerle uyum göstermektedir. Orijinal ölçekteki “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” alt ölçeği yine bizim çalışmamızda “Bulimiya” ve “Yeme Takıntısı” olmak üzere iki ayrı alt ölçekte tanımlandı. “Bulimiya” alt ölçeği 3 öge (2, 9, 25) ile ‘Yemek yedikten sonra kusarım.’, ‘Yemeklerden sonra kusma dürtüm olur.’, ‘Açken yemek yemekten kaçınırım.’ tanımlanırken, “Yeme Takıntısı” alt ölçeğinde ‘Kendimi yiyecek düşünürken bulurum.’, ‘Yiyecekler hayatımı çok fazla kontrol eder.’, ‘Yiyecekleri çok fazla düşünürüm.’, ‘Kendimi durduramayacağımı düşündüğüm tıka basa yeme ataklarım olur.’ içerikli 4 öge (3, 4, 18, 21) tanımlandı. Bizim çalışmamızda, Garner ve arkadaşlarının (13) tanımladığı son alt ölçek olan “Oral Kontrol” içerisindeki maddelerden (2, 5, 8, 13, 15, 19, 20) 2 numaralı madde (‘Açken yemek yemekten kaçınırım.’) hariç diğerleri bizim ölçeğimizden çıkarılan sorular içerisinde. 2. madde Bulimiya alt ölçeğine dahil edilmiştir (Faktör yükü 0,358). EAT-26’daki “Oral Kontrol” alt ölçeği, kilo ile ilgili kendini kontrol edebilme ve başkalarının yaptığı baskı ile ilgilidir (207). Bulimiya olmaması düşük vücut ağırlığı ile ilişkili olduğundan yüksekliği prognoza olumlu etkiyi gösterir (208). Genel olarak bakıldığında bu tez çalışmasında orijinal 3 faktörün biri (Oral kontrol) YTT-19’a dahil edilmemiş olup, kalan iki faktör kendi içinde ikiye ayrılıp 4 faktörlü yapı elde edilmiştir. İsim olarak orijinal faktör yapısıyla uyum sağlanmış olup yeni faktöre ise Şişmanlık Kaygısı ismi verilmiştir. Açıklanan varyans yüzdelerini değerlendirmek

gerekirse Garner ve arkadaşlarının (13) oluşturduğu kısa form ile yaptığı analizde açıklanan toplam varyans bizim çalışmamızdakine göre oldukça düşüktü (% 40,2).

Savaşır ve Erol'un (15) 1989 yılında 680 kadına EAT-40'ın Türkçe geçerlilik güvenilirliğini tespit etmek için uyguladığı çalışmasında bizim çalışmamızdaki gibi dört faktörlü yapı görülmektedir. Bunlardan “Şişmanlık kaygısı” ve “Diyet” alt ölçekleri hem isim hem de içerisindeki sorular açısından bizim çalışmamızdakilerle benzerlik gösteriyordu. Savaşır ve Erol'un “Diyet” alt ölçeğine dahil ettiği 7 maddeden 2 tanesi bizim faktör analizimizde “Şişmanlık Kaygısı” faktöründen yük almıştır ve bu faktöre dahil edilmiştir. Bunlar ‘Kalori yakmak için egzersiz yaparım’ ve ‘Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissederim’ maddeleridir. Savaşır ve Erol'un “Sosyal baskı” alt ölçeği içerisindeki sorular madde toplam korelasyonları düşük olduğundan bizim faktör analizimizde yer almadı. 4. faktör olan “Zayıflık ile aşırı uğraş” alt ölçeği de bizim çalışmamızdaki faktör analiziyle uyum göstermemiştir. Dört faktörün açıklanan varyans değerleri sırası ile % 9, % 10, % 11 ,% 29 iken çalışmamızdaki bu değerler çok daha yüksek bulunmuştur (% 11, % 12, % 12, % 15).

Yunanistan'da (197), Portekiz'de(209), İrlanda'da(210) faktör analizi bakılan çalışmalarda 3 faktörlü yapı görülmüştür.

Douka ve arkadaşlarının (197) 167 öğrenci ve 20 YB tanılı hasta üzerinde uyguladığı çalışmada orijinal ölçekteki maddelerin yarısı çıkarılmış kalan 13 maddenin faktör analizi sonucu 3 faktörlü yapıda karar kılınmıştır. Alt ölçeklerin ilki “Yeme Takıntısı (*Food Preoccupation*)” olarak isimlendirilmişti içerisindeki sorular (10, 11, 12, 14, 18, 22) ise bizim ilk faktörümüz olan “Şişmanlık Kaygısı” alt ölçeği ile 5/6 benzerlik göstermektedir. Bizim “Yeme Takıntısı” alt ölçeğine koyduğumuz 3 sorunun 2'si bu çalışmada yeterli yük almadığından çıkarılmıştı. Yunanistan'da yapılan bu çalışmadaki ikinci faktör bizimkine benzer şekilde “Diyet (*Dieting*)” olarak adlandırılmış (6, 16, 17, 19) ve bizim aynı isimli alt ölçeğimiz ile 4 sorudan 3'ü benzerlik göstermiştir, 1 soru ise çalışmamızın başında madde toplam korelasyonları <0,25 olduğu için çıkarılan 19. madde idi. Üçüncü faktöre ise “Başkalarını Önemseme (*Important Others*)” adı verilmiş olup bu alt ölçekteki soruların (8, 13, 20) hiçbirisi bizim faktör yapılarımızda bulunmamaktadır. EAT-26'nın Yunancaya

uyarlandığı bu çalışmada bizim çalışmamızdaki ile benzer şekilde 3 faktörlü yapı toplam varyansın %53,8'ini açıklıyordu.

Periera ve arkadaşlarının (209) EAT'in kısaltılmamış 40 maddelik versiyonunu Portekizce uyarlamasının geçerlilik güvenilirliğini göstermek için yaptığı çalışmada 922 öğrenci ve 63 hasta grubu dahil edilmiştir. 25 soruluk kısa form elde edilmiş scree plot ile üç faktörlü yapı uygun bulunmuştur. İç geçerliliğin bizim çalışmamızdakine çok yakın olduğu gözlenmiştir (CA = 0,84). Faktörler “Zayıflık ile aşırı uğraş (*Drive for Thinnes*)”, “Bulimik davranışlar (*Bulimic Behaviours*)” ve “Sosyal Baskı (*Social Pressure to Eat*)” olarak isimlendirilmiştir. Bu isimlendirme hem orijinal formula hem de bizim alt ölçeklerimizle uyum göstermemektedir. Portekiz’de Belirlenen 3 faktörün açıkladığı varyans değerleri sırası ile % 16,3, % 5,9, % 5,4 olarak verilmiştir.

McEnery ve arkadaşlarının (210) büyük bir örneklem (n = 2444) alarak ortaokul öğrencilerinde 3 ayrı model şeklinde çalışılmış. İlk modelde Garner ve arkadaşlarının (13) EAT-26 için tasarladığı 3 faktörlü yapıya bakılmış. İkinci modelde ise ayrışmamış tek faktörlü yapı incelenmiş. Bu iki modelin uyum indeksleri RMSEA ve CFI iyi uyum göstermemiştir (Model 1 RMSEA: 0,072, CFI: 0,93 ; Model 2 RMSEA: 0,090, CFI: 0,89). Üçüncü modelde ise Maïano ve arkadaşlarının (203) 6 faktörlü modelin uyum indeksi mükemmel bulunmuş. Bu modeli kullanarak McEnery ve arkadaşlarının İrlanda’da yaptığı çalışmada ölçeğin CA değeri 0,839 bulunmuştur. Fakat alt ölçeklere bakıldığında sadece “Şişmanlık korkusu (*Fear of Gettig Fat*)” alt ölçeği CA 0,855 iken diğer 5 alt ölçeğin CA değerleri 0,657-0,487 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda alt ölçeklerin en düşük tutarlılık katsayısı 0,622’dir.

Maïano ve arkadaşlarının (203) 1035 ortaokul ve lise öğrencilerindeki çalışmada EAT-26’nın Fransızca versiyonu (211) kullanılarak yapılmış, 8 madde açımlayıcı faktör analizi sonuçları problemli olduğu için çıkarılmıştır (2, 3, 4, 15, 19, 23, 24, 25). Bu çıkarılan maddeler bizim dışladığımız maddelerle 2 tanesi dışında (15,19) uyum göstermemektedir. Güney Fransa’da yapılan bu çalışmada (203) model uyum indeksleri iyi bulunmuş ve faktör analizinde 6 faktörlü yapı olan EAT-18 uygulanmıştır. İlk faktör olan “Şişmanlık korkusu (*Fear of Gettig Fat*)” bizim

çalışmamızdaki benzer isimli “Şişmanlık kaygısı” alt ölçeğindeki 7 sorunun 4ünü içermektedir (1, 11, 12, 14). Bu alt ölçeğin tutarlılık katsayısı (CA = 0,83) bizim çalışmamızdaki ile karşılaştırıldığında (CA = 0,754) daha yüksektir. İkinci faktör olan “Kilo alması için sosyal baskı (*Social Pressure to Gain Weight*)” alt ölçeğindeki 3 madde (8, 13, 20) ise bizim YTT-19’da dışladığımız sorulardan oluşmaktaydı (CA:0,80). “Kusma-Temizleme davranışı (*Vomiting-Purging Behaviour*)” adı verilen 3. faktör 9 ve 26 numaralı maddelerden oluşuyordu ve bizim faktörlerimizle uyum göstermedi (CA = 0,79). “Yeme ilişkili kontrol (*Eating Related Control*)” isimli 4. faktördeki sorular (5, 6, 7, 16, 17) ise bizim “Diyet” alt ölçeği içerisindeki sorular (6, 7, 16, 17, 23) ile %80 benzer bulundu (CA = 0,69). 5. faktör “Yeme takıntısı (*Food Preoccupation*)” alt ölçeğine YTT-19’un aynı isimli ölçeğindeki 4 sorunun (3, 4, 18, 21) 2’si (18, 21) alınmıştı (CA = 0,71). Son olarak 6. Faktör “Yeme ilişkili suçluluk (*Eating Related Guilt*)” 2 maddeden (10, 22) oluşmaktaydı, bu maddeler bizim çalışmamızda “Şişmanlık kaygısı” alt ölçeği içerisinde yer almaktadır (CA = 0,71). Maïano ve arkadaşlarının çalışmasında EAT-18’in zamansal stabilitesi (test-tekrar test güvenilirliği) değerlendirilmemiştir; anketin psikometrik özelliklerinin daha kapsamlı bir resmini elde etmek için bu doğrulanmalıdır. EAT-18 faktör başına az sayıda öge (2-5) içerir ve şu anda bunun her bir alt yapının içeriğini yeterince kapsamak için yeterli olup olmadığı bilinmemektedir ([203](#)).

Bir çok ülkede ise orijinal ölçeğin faktörlerine uyumlu olarak ölçekler 3 faktörle sınırlandırılıp analiz edilmiştir ([181](#), [212](#), [213](#)).

Yeme Tutum Testinin faktör yapısı ve yapı geçerliliğinin incelendiği Dotti ve Lazzari ([181](#)) tarafından yürütülen İtalya’da 1227 (kadın = 1003, erkek = 224) öğrencinin dahil edildiği çalışmada faktör sayısını üçle sınırlandırarak elde edilen faktör yükleri Garner ve arkadaşlarının ([13](#)) ile benzer bulunmuştur. Ölçeğin geçerlilik katsayısı CA: 0,86 iken, Diyet alt ölçeğinin 0,87, Bulimiya ve Yeme Takıntısı CA değeri 0,70 ve son faktör Oral Kontrolün CA değeri 0,62 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızdaki faktörlerin geçerlilik katsayıları ile karşılaştırıldığında benzer olduğu görülmüştür. Sonrasında Dotti ve Lazzari varimax rotasyon ile 5 faktörlü yapı belirlemiş ve bu yapı toplam varyansın % 56,3’ünü açıklamıştır.

Ahmedi ve arkadaşlarının (212) 598 üniversite öğrencisi kadına uyguladığı çalışmada orijinal ölçeğine benzer şekilde 3 faktörlü yapı incelendiğinde model uyum indeksleri kötü bulunmuştur (CFI: 1, RMR: 0,00, RMSEA: 0,25). Varimax rotasyon ile 5 faktörün anlamlı olduğu, model uyum ölçütlerini ve toplam varyansın %50'sini karşıladığı gösterilmiştir. İran'da uygulanmış ölçeğin ilk faktörü “Zayıflık ile aşırı uğraş (*Drive for Thinnes*)” olarak isimlendirilmiş. Bu alt ölçekte bulunan 8 maddenin (14, 11, 12, 1, 23, 10, 22, 24) 23. madde hariç kalan 7'sinin bizim Şişmanlık kaygısı alt ölçeğimizdeki maddeler ile aynı olduğu görülmüştür. Zayıflık ile aşırı uğraş alt ölçeğinin geçerlilik katsayısı çalışmada oldukça yüksek bulunmuştur (CA = 0,92). “Yeme Kısıtlaması (*Restrained Eating*)” alt ölçeğindeki 6 sorunun (7, 6, 17, 2, 16, 5) 4'ü çalışmamızdaki “Diyet” alt ölçeği içerisinde yer almaktadır. Üçüncü faktör “Yeme için sosyal baskı (*Perceived Social Pressure to Eat*)” YTT-19 içerisinde bulunmayan 3 maddeden oluşmaktadır (8, 13, 20). “Yeme Takıntısı ve Oral Kontrol (*Food Preoccupation and Oral Control*)” alt ölçeği EAT-26'daki (13) iki alt ölçekten maddeler almıştır (21, 15, 18, 19). Bizim ölçeğimizdeki faktörlerle uyum göstermemiştir. Son olarak 5. faktör “Bulimiya” olarak isimlendirilmiş 4 maddeden oluşmaktadır (3, 4, 10, 9). Bizim aynı isimli alt ölçeğimizle ortak sadece 1 madde bulundurulur.

Meksikalı 556 kadında yapılan çalışmada (214) katılımcılar hasta (n = 276) ve kontrol grubu olarak belirlenmiş. EAT-40'ın geçerlilik güvenilirliğinin araştırıldığı bu çalışmada ölçek yapısı 5 boyutlu şekillendirilmiştir. İlk boyut “Diyet Kısıtlaması (*Dietary Restraint*)” alt ölçeğinde 9 madde vardır ve bu maddeler bizim çalışmamızdaki Diyet alt ölçeğindeki 5 maddenin tamamını içinde bulundurmaktadır. İkinci boyut olan “Bulimiya (*Bulimia*)” alt ölçeğindeki 4 ögenin 2'si bizim aynı isimli faktörümüzdeki maddelerle uyumlu idi. Üçüncü boyutta belirlenmiş “Zayıflık ile Aşırı Uğraş (*Drive for Thinnes*)” alt ölçeği 5 maddeden (1, 3, 11, 12, 14) oluşmaktadır ve bu maddelerin 4'ü YTT-19'daki Şişmanlık Kaygısı alt ölçeği altında toplanmıştır, sadece 3. madde Yeme Takıntısı alt ölçeğinden yük almıştır. Dördüncü boyut “Yeme Takıntısı (*Food Preoccupation*)” alt ölçeği 4 maddeden oluşmakta ve aynı isimli alt ölçeğimiz ile %50 benzerlik göstermektedir. Beşinci ve son boyutta değerlendirilen “Sosyal Baskı (*Perceived Social Pressure*)” içerisindeki 3 madde ise YTT-19'a dahil edilmeyen maddelerden oluşmaktaydı (8,

13, 20).

5.2. İç Tutarlılık Güvenilirliği

Bu tez çalışmasında ortaya çıkan faktör yapılarından ilki olan “Şişmanlık Kaygısı” boyutunun iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,754, “Yeme Takıntısı” alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,726, “Diyet” alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,692, “Bulimiya” alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı ise 0,622 olarak bulunmuştur. Bu değerlere bakıldığında ilk iki faktörün iç tutarlılığı iyi, üçüncü ve dördüncü faktörünki ise orta olarak değerlendirilebilir (206). Ölçeğin toplam puan güvenilirlik katsayısının ise alt ölçeklere göre daha yüksek CA: 0,837 olduğu görülmüştür. Bu değer in güçlü olduğu kabul edilir (206).

Garner ve arkadaşlarının (15) çalışmasındaki ölçeğin orijinal faktör yapısına ait olan üç faktörden “Diyet” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı değerlendirildiğinde Cronbach alfa değeri AN grubuna bakıldığında 0,90 iken kontrol grubunda 0,86 olduğu görülmüştür. Tez çalışmamızda bu alt ölçek 2 faktör olarak yük almıştı. Belirlediğimiz bu iki faktörden “Diyet” alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,692 ve “Şişmanlık Kaygısı” alt ölçeğinin ise 0,754 bulunmuştur. Uygulanan popülasyonun hasta bireyleri içermemesinden dolayı değerlerde orijinal ölçeğe göre büyük fark yoktur ama daha düşük olduğu söylenebilir. EAT-26’daki 2. faktör olan “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri hastaların değerlendirildiği grupta 0,84 iken normal popülasyonda bulunan değer 0,61 idi. Bizim çalışmamızda “Bulimia” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,622 ve “Yeme Takıntısı” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,726 bulunmuştu. YTT19’u normal popülasyona uyguladığımızdan değerleri karşılaştırdığımızda orijinal faktör yapısının geçerlilik katsayıları ile oldukça uyumlu hatta yüksek olduğu söylenebilir.

Savaşır ve Erol’un (15) çalışmasında ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılığının Cronbach alfa değeri 0,70 olduğu görülmektedir. Çalışmamız sonucunda oluşturulan YTT-19’un iç tutarlılığı 1989’da yapılan bu çalışmaya göre oldukça yüksektir.

Yunanistan’da (197) yapılan çalışmada “Yeme Takıntısı” alt ölçeğinin iç tutarlılık

katsayısı Cronbach alfa değerinin 0,770 olduğu görülmüştür. YTT-19'daki aynı isimli alt ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,726 idi fakat bizim çalışmamızda bu alt ölçeğe karşılık gelen maddeler “şışmanlık Kaygısı” ismiyle verilmişti ve Cronbach alfa değeri 0,754 idi. Karşılaştırıldığında paralellik gösterdiği söylenebilir. Douka ve arkadaşlarının “Diyet” alt leğinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri bizim aynı isimli alt leğimizle aynı değerdeydi (CA = 0,69).

Portekiz'de (209) EAT-40'ın kısa formunu oluşturmak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen 25 soruluk ölçeğin iç tutarlılık katsayısı bizimki ile hemen hemen aynı bulunmuştur (CA = 0,84). Tanımlanan 3 faktörün Cronbach alfa katsayılarına bakıldığında bizim alt leklerimizin katsayılarına göre hafif yüksekti (CA = 0,839-0,679)

EAT-26'nın İtalyanca geçerlilik güvenilirliğini belirlemek için yapılan çalışmada (181) orijinal faktör yapısına göre 3 faktörlü yapının değerlendirildiği modelde bütün ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri bizimkinden yüksekti (CA = 0,86). Diyet alt leğininki 0,87 iken diğer ikisi 0,70 ve 0,62 bulunmuştur. Bu değerler orijinal ölçekle (13) karşılaştırıldığında oldukça yüksekti iken bizim çalışmamızdaki faktörlerin iç tutarlılık katsayılarına bakıldığında benzer olduğu grlmştir.

Yine ölçeğin ince geçerlilik güvenilirliği için yapılan çalışmada sağlıklı gruba bakıldığında iç tutarlılık katsayısı cronbach alfa değeri bizim yapılandırđımız ölçek ile aynı bulunmuştur (CA = 0,830) (215).

İran'da Ahmadi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (212) uyguladığı 5 faktörlü yapının ilk boyutu olan “Zayıflık ile Ařırđ Uğraş” alt leğinin iç tutarlılık katsayısı (CA= 0,92), bizim çalışmamızdaki hemen hemen aynı maddelerden oluşan “şışmanlık Kaygısı” alt leğininkine göre oldukça yüksektir (CA= 0,75). Ahmadi'nin çalışmasındaki diğer 4 faktörün de iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değerleri oldukça güçlü bulunmuştur (CA= 0,86-0,77) (206).

İrlanda'da McEnery ve arkadaşları tarafından büyük bir örneklemde yapılan çalışmada (210) leğin 18 maddelik versiyonu Maşano ve arkadaşlarının (203)

çalışmasındaki faktör yapıları örnek alınarak 6 boyutla bakılmış, ilk alt ölçek olan “Şişmanlık korkusu”nun iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,855 olarak sunulmuştur. Bu alt ölçeğe bakıldığında bizdeki benzer yapı 1. faktör olan “Şişmanlık kaygısı” alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri düşük görülmüştür. Fakat İrlanda’daki çalışmada bulunan diğer 6 faktörün 2’si bizim iç tutarlılıklarımızla benzer şekilde 0,65 civarında bulunurken kalan 3 faktörün Cronbach alfa değerlerinin yeterli olmadığı dikkati çekmektedir (CA= 0,56-0,48) (206). 18 maddelik ölçeğin tümünün iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değerinin bizimki ile benzer şekilde güçlü olduğu görülmüştür (CA= 0,83) (206).

Brezilya’da 4 yıllık prospektif test-tekrar test çalışmasında (216) EAT-26’nın iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri bizim çalışmamızdakinden düşük bulunmuştur (CA= 0,75).

Fransızcaya Leichner ve arkadaşları (211) tarafından uyarlanan McEnery ve arkadaşlarının (210) da kullandığı ölçeğin 6 boyutlu halinin hazırlanması Maïano ve arkadaşları (203) tarafından yapılmıştır. İlk faktör daha önce de bahsettiğimiz gibi bizim ölçeğimizdeki ilk faktörle aynı maddeleri içermekteydi ve Maïano’nun çalışmasındaki iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,83 bulunmuştu. McEnery’nin çalışmasında bu değer daha yüksekken (CA= 0,85) bizim çalışmamızda daha düşüktü (CA= 0,75). Fakat Maïano’nun çalışmasındaki diğer faktörlerin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değerleri hem McEnery hem de bizim çalışmamızdakine göre daha yüksek görüldü (CA= 0,69-0,80).

2004 yılında yayınlanmış olan EAT-40’ın Meksika’da geçerliliğini belirlemek için yapılmış çalışmada (214) 25 maddelik ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri bütün katılımcılar alındığında 0,93 bulunmuştur. Fakat 556 kadının 276’sı hasta grubundan oluşmaktadır. Bizim popülasyonumuzla benzer olan kontrol grubundaki Cronbach alfa değerinin ise 0,68 olduğu görülmektedir. İlk faktör olan “Diyet Kısıtlaması” için iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0,88, bizdeki benzer alt ölçek olan “Diyet” alt ölçeğinkinden oldukça yüksekti (CA= 0,75). bu durum çalışmadaki diğer faktörler için de geçerlidir (CA= 0,76-0,88). Tabi ki çalışmadaki bu analizin bütün grupların dahil edilerek yapılması, sadece kontrol grubunda bakılmamış olması bu değerlerin yüksek olmasının bir sebebidir. Bizim tez

çalışmamızda çalışmaya herhangi bir hasta grubu dahil edilmemiştir.

5.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

YTT-19'un doğrulayıcı faktör analizinde model uyumunun değerlendirilmesi için bakılan değerler içerisinde RMSEA= 0,059 bulunmuştur. Hu ve Bentler'a (217) göre RMSEA için 0,06 veya daha düşük değerler model uyumunun iyi olduğunu gösterir. 1989'da EAT-40'ın Türkçe uyarlaması için yapılan çalışmada Savaşır ve Erol (15) ölçeğin doğrulayıcı faktör analizini yapmamıştır. Yunanca versiyonuna bakıldığında 13 maddelik ölçeğin RMSEA değeri daha düşük görünmektedir (RMSEA= 0,04) (197). Bu değer in sıfır olması mükemmel uyum gösterir, yani değer ne kadar düşükse o kadar iyidir (176). CFI değeri için tam tersi geçerlidir. CFI değerinin 0,95'ten büyük olması modelin çok iyi uyum gösterdiğinin belirticidir, 0,90 ise kabul edilebilir bir değer olarak belirtilir (198, 203). Çalışmamızda CFI değeri 0,95'ten düşük olmasına rağmen oldukça yüksek bir değerdir ve uyumun iyi olduğu söylenebilir (CFI= 0,896). Ölçeğin Persçe uyarlamasında (212) doğrulayıcı faktör analizinde CFI değeri çok yüksekken (CFI= 0,96) RMSEA değerine bakıldığında onun da oldukça yüksek olduğu görülmüş ve uyumun çok zayıf olduğu belirtilmiştir (RMSEA = 0,13). RMSEA için 0,10'dan büyük değerler uygun olmayan modellerin göstergesidir (218).

İyi oturan modeller, birçok durumda birçok farklı indekste tutarlı sonuçlar üretir. Tüm indeksler benzer sonuçlara yol açarsa, hangi endekslerin rapor edileceği konusu kişisel tercih ve belki de dergi editörünün tercihi meselesidir. CFI ve RMSEA belki de en sık bildirilen uyum indeksleridir. RMSEA özellikle güç hesaplamaları yapılacaksa yararlıdır. Uyum indekslerinin sonuçları tutarsızsa, model muhtemelen yeniden incelenmelidir; tutarsızlık giderilemezse, birden çok indekste raporlanabilir (176).

GFI ve AGFI ne kadar büyük, yani ne kadar 1'e yakın olursa o kadar iyi uyumu gösterir (176). YTT-19 için bir başka iyi uyum göstergesi olan bu değerler oldukça yüksektir (GFI= 0,934, AGFI= 0,911).

5.4. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

EAT-26'nın test-tekrar test güvenilirliği tartışmalıdır. Birkaç çalışma iyi bir test-tekrar test güvenilirliği rapor etmiş olsa da, katsayıları 0,84 ile 0,89 arasında değişmektedir ([219](#), [220](#)). EAT-26 toplam puanının test-tekrar test güvenilirliği uzun vadede bakıldığında 2 yılda orta ([216](#), [221](#)) ve 4 yılda ise düşük ([216](#)) görülmektedir. Çalışmaların örneklemelerindeki farklılıklar ve aynı zamanda yeme davranışındaki zaman içindeki tutum değişiklikleri de dahil olmak üzere bu tutarsızlıkları açıklayan çeşitli nedenler olabilir.

Yeme Tutum Testi-26'nın Garner ve arkadaşları ([13](#)) tarafından gerçekleştirilen orijinal form adaptasyon çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği yer almamaktadır. Bizim çalışmamızda ise bu analizi yapmak mümkün olmuştur. Hazırlanan YTT-26 üç hafta ara ile uygulanıp Spearman's rho katsayısı ($r = 0,701$) yüksek bulunmuştur. Faktör analizleri sonrasında son halini alan ölçek için yine aynı değere bakıldığında çok yüksek olduğu görülmüştür ($r = 0,810$) ([222](#)). Testin pratikte veya teori oluşturulmasında herhangi bir değere sahip olması durumunda test-tekrar test güvenilirliği yüksek olmalıdır. Bazı kaynaklarda korelasyon için minimum değer 0,8 olarak verilmiştir ([223](#)). Fakat literatürdeki başka bir çalışmada 0,7-0,6 değerlerinin kabul edilebilir olduğu belirtilmiştir ([224](#)).

1989 yılında Savaşır ve Erol'un EAT-40 kullanarak yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ([15](#)) test-tekrar test toplam puan korelasyonu kabul edilebilir bir değer olmasına karşın çalışmamızdaki ile karşılaştırıldığında düşük olduğu görülmektedir ($r = 0,65$).

Yunanistan'da yapılan çalışmada ([197](#)) EAT-13 için test tekrar test korelasyon katsayısı 0,85 ($p < 0,01$) olarak verilmiştir. YTT-19'a göre yüksek olduğu görülmektedir. Belirlenen alt ölçekler değerlendirildiğinde "Yeme Takıntısı" ve "Diyet" alt ölçekleri çok yüksek korelasyon gösterirken ($r = 0,89-0,90$), 3. alt ölçek "Başkalarını Önemseme" daha düşük korelasyon göstermektedir. Çalışmamızdaki dört alt ölçeğin üçünün korelasyon katsayıları yüksek iken ($r = 0,75-0,64$), 4. faktörün katsayısı diğerlerine göre ve Yunanistan'da yapılan bu çalışmaya göre düşük bulunmakla birlikte orta düzeyde korelasyonu göstermektedir ($r = 0,52$) ([206](#)).

Daha az soru bulunan faktörlerin korelasyon katsayılarının daha düşük olması durumu literatürde de belirtilmiştir. Bizim 4. faktörümüz “Bulimiya” alt ölçeği YTT-19’daki en az madde içeren alt ölçektir.

İran’da 3100 kişilik çalışmada (225) test-tekrar test güvenirliği 63 kız öğrenciden oluşan bir grupta değerlendirilmiş ve anket uygulaması arasında 14 gün ile 0,91 korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Yine İran’da Ahmadi ve arkadaşlarının çalışmasında (212) belirlenen 6 faktörün test-tekrar test korelasyonlarına bakılmış, ölçekteki en az soru içeren (3 madde) alt ölçek olmasına rağmen en yüksek korelasyon gösteren “Yeme için Sosyal Baskı” alt ölçeğidir. En zayıf korelasyon ise 4 maddeden oluşan “Yeme Takıntısı Oral Kontrol” alt ölçeğinde görülmüştür ($r = 0,26$). Çalışmadaki “Zayıflık ile Aşırı Uğraş” alt ölçeği YTT-19’daki “Şişmanlık kaygısı” alt ölçeği ile aynı soruları içermektedir fakat korelasyon katsayısı daha düşüktür ($r = 0,61$).

Avusturalya’da Banasiak ve arkadaşlarının (226) lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada 4-5 hafta ara ile 163 katılımcıya uygulanan test-tekrar testin çok yüksek korelasyon gösterdiği görülmüştür ($r = 0,89$). 5 alt ölçeğe bakıldığında onların da test-tekrar test korelasyon katsayılarının çok yüksek olduğu görülmüştür ($r = 0,88-0,82$).

Çin’deki kadın ergenler ve genç yetişkinler arasında EAT-26’nın Çince versiyonunun geçerliliğini ve güvenirliğini araştırmak için yapılan çalışmada (215) sağlıklı kontrol grubundaki 35 kadına 4 hafta ara ile test uygulanmış. Korelasyon katsayısı bizim çalışmamızdaki ile benzer görülmüştür ($r = 0,817$).

5.5. Yeme Tutum Testinin Alt Ölçekleri ve Uygulanan Diğer Ölçeklerle İlişkisi

Garner ve arkadaşları (13), özel koşullar altında, genel anketin kısa ve ekonomik bir alternatifi olarak EAT-26’da “Diyet” (13 madde) alt ölçeğinin kullanılmasını önermişlerdir. Çünkü Diyet alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,90 ve total ölçek ile bu alt ölçeğin korelasyon katsayısı 0,93 olarak bulunmuştu. Ayrıca, araştırmacılara göre (11, 207) 'Diyet', yağlı yiyeceklerden kaçınma, diyet tekniklerine katılma, tüketilen kalorilerin farkındalığı vb. ile ilgilidir. Bu bağlamda

YTT-19 ile karşılaştırdığımızda orijinal Diyet alt ölçeği iki faktöre dağılmıştı ve bunların Cronbach alfa katsayıları ve bütün ölçekle korelasyon değerleri orijinal ölçekteki kadar yüksek değildi. “Şişmanlık kaygısı” alt ölçeği faktörler arasında en yüksek korelasyona sahip olanıdır ve korelasyon katsayısı 0,871 bulunmuştur. İkinci komponent olan Diyet alt ölçeğinin ise korelasyon katsayısı 0,682’dir. Yine de en yüksek korelasyona sahip faktörlerin bu ikisi olması Garner’ın çalışması ile uyum göstermektedir. Bu oranların orijinal ile olan farkı alt ölçeğin içerdiği soru sayısı kaynaklı da olabilir. Soru sayısı azaldıkça korelasyon katsayısının daha düşük olacağı bildirilmiştir (206). Orijinal ölçeğin ikinci faktörü “Bulimiya ve Yeme Takıntısı” alt ölçeğinin EAT-26 total skoru ile korelasyonu 0,64 olarak belirtilmiştir. Bu faktörün öğeleri ile çalışmamızda oluşturulan iki faktörden “Yeme Takıntısı” değerlendirildiğinde orta şiddette korelasyon görülürken ve “Bulimiya” YTT-19 total skoru korelasyonu zayıf idi. Bu iki alt ölçeğin Spearman’s korelasyon katsayısı sırası ile 0,559 ve 0,229 olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

YTT-19’daki “Şişmanlık Kaygısı” alt ölçeği ile benzer maddeler içeren, ölçeğin Yunanca versiyonunda (197) ilk faktör olan “Yeme Takıntısı”nın 13 soruluk ölçek ile korelasyonuna bakıldığında çalışmamızdaki ile aynı şekilde çok yüksek derecede korele olduğu görülmektedir ($r = 0,82$). Bu dilde “Diyet” faktörü yüksek derecede korele iken ($r = 0,62$), “Başkalarını Önemseme” faktörünün korelasyonu ise orta derecededir ($r = 0,44$).

Yücel ve arkadaşları (173) Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenilirliğini yaparken EAT-40 kullanmışlardır. İkisi arasındaki korelasyon orta derecede iken ($r = 0,497$) bizim hazırladığımız YTT-19 ile YBDÖ yüksek derecede korele bulunmuştur ($r = 0,648$). YBDÖ’nün alt ölçeklerinin korelasyonuna bakıldığında bizim çalışmamızdakinden daha düşük ama genel olarak paralellik gösteriyordu. Açıklamak gerekirse YBDÖ Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışında diğer faktörlerin korelasyonu Yücel ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızda da orta düzeyde görülmüştür. Korelasyon katsayılarına bakıldığında YBDÖ’nün YTT-19 ile daha yüksek korelasyon gösterdiği söylenebilir. Tıkınırcasına yeme alt ölçeği her ikisinde de zayıf korelasyon göstermektedir.

Literatüre bakıldığında EAT-26'nın Diyet alt ölçeği ile YBDÖ'deki Kısıtlama alt ölçeği arasında orta yüksek derecede korelasyon görülmektedir. Alt ölçekler arasında en yüksek korelasyon bu ikisindedir ([227](#), [228](#)). Bizim faktörlerimizden Şişmanlık Kaygısı, Diyet alt ölçeğinden en çok soru alan en benzer alt ölçektir ve YBDÖ'nün Kısıtlama alt ölçeği ile yüksek korelasyon göstermektedir ($r=0,618$). EAT-26'nın Oral Kontrol faktörüne bakıldığında YBDÖ'nün toplam skoruyla da alt ölçekleriyle de anlamlı korelasyon göstermediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ([227](#), [228](#)). Bu tez çalışmasında EAT-26'nın orijinal formunda bulunan Oral Kontrol alt ölçeğindeki maddeler yeterli yük alamadığından oluşturulan yeni forma dahil edilmemiştir. Bu durum Oral Kontrol alt ölçeğinin YTT-19'a alınmamasının doğruluğunu destekler.

Norveç'te 508 öğrenciye YBDÖ (EDE-Q), EAT-12 ve Yeme Bozukluğu Envanteri (EDI) uygulanmış ve karşılaştırılmıştır. YBDÖ ile anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza için tanı kriterlerini yerine getiren denekler tanımlanmıştır ([229](#)). Çalışmamızda cut-off belirlerken biz de YBDÖ kullandık.

Wan Wahida ve arkadaşlarının ([230](#)) Malezya'da SCOFF'un (REZZY) geçerlilik güvenilirliğini belirlemek için yaptıkları çalışmada katılımcılara SCOFF ile birlikte EAT-26 uygulanmıştır. SCOFF ve EAT-26 total skorunun Spearman korelasyon katsayısı 0,483 olarak verilmiştir. Bizim çalışmamızda bu değer daha yüksek bulunmuştu ($r = 0,567$). Malezya'daki çalışmada EAT-26'nın alt ölçekleri ile SCOFF skorlarının Spearman korelasyonuna da bakılmıştır. Hem Diyet alt ölçeği hem de Bulimiya ve Yeme Takıntısı ile SCOFF arasında orta düzeyde korelasyon gösterilmiştir ($r = 0,504-0,438$). bakıldığında YTT-19'da bu alt ölçeklerin her biri iki alt ölçek şeklini aldığından tam karşılaştırma yapmak zor olmakla birlikte Bulimiya alt ölçeği dışındakilerin Spearman katsayıları genel olarak benzerdir (ŞK:0,531, YT:0,402, D:0,308, B:0,162). Kartal ve Aykut'un çalışmasında ([231](#)) REZZY ile YTT skorları arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0,275 ($p = 0,000$) bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşlarının ([167](#)) kadın üniversite öğrencilerinde yapılan REZZY yeme bozuklukları ölçeğinin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği çalışmasında bu değer bizim çalışmamızdakine benzer oranda oldukça yüksekti ($r = 0,52$).

5.6. Yeme Tutum Testinin Cinsiyet, Yaş ve Antropometrik Ölçümlerle İlişkisi

Eating Attitude Test 'in geçerlilik güvenilirliği için yapılan çalışmalarda örneklem olarak genellikle yeme bozukluklarının sık görüldüğü adölesan grubu seçilir. Bir kısmında ortaokul ve lise öğrencileri ele alınırken çalışmaların bir kısmının bu tez çalışmasındaki gibi üniversite öğrencilerine uygulandığı görülür. Orijinal ölçekte kontrol grubu olarak seçilen kadın öğrencilerin yaş ortalaması $20,3 \pm 2,7$ 'dir (13). Bizim çalışmamızdaki öğrencilerin yaş ortalaması benzer şekildedir ($21,4 \pm 2,1$). Yeme bozukluklarının 2. dekatta pik yapmasından dolayı literatürdeki çalışmaların büyük kısmı bu tez çalışmasındaki gruptan daha küçük yaştaki ortaokul ve lise öğrencilerinde yapılmıştır (12-19 yaş) (181, 205, 209, 210, 213).

Çalışmamızda yaş ile YTT-19 puanı arasında anlamlı ilişki yokken, 1989'da yapılan çalışmada (15) toplam YTT-40 puanlarına göre varyans analizinin sonucunda yaşa göre anlamlı fark görülmüştür. Fakat bunun nedeni yaş aralığının çok geniş olmasından kaynaklanabilir. Savaşır ve Erol çalışmayı sadece adölesanlarda yapmamış yaş aralığını 11-70 yaş olarak almışlardır.

Literatüre bakıldığında YTT'nin kültürel uyarlanması için yapılan çalışmaların içerisinde sadece kadın popülasyonunun seçildiği dikkati çeker (15, 209). Bizim çalışmamızda her iki cinsiyet de yeme bozukluğu açısından değerlendirilmiştir. Toplam puan ve alt ölçek puanları açısından Yeme Kontrolü ve Bulimiya alt ölçekleri dışında iki cinsiyet arasında anlamlı fark vardır, kadınların skorları beklendiği üzere daha yüksek bulunmuştur. Literatürde tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır (232)

Çalışmamızda BKİ ile YTT-19 skorları değerlendirildiğinde pozitif korelasyon dikkati çekmektedir ($r = 0,289$, $p < 0,001$). En sık görülen yeme bozukluğu olan anoreksiya nervozada BKİ düşüklüğü kriterlerden biriyken Yeme Tutum Testi ölçeğinin BKİ ile pozitif korelasyonu bu yapıya uymamaktadır. Aynı zamanda BKİ hesaplamasında fazla kilolu ve obez bireylerin hem total skor hem de alt ölçek skorlarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olması da dikkat çeken başka bir bulgudur. Bunu destekleyen çalışmalar literatürde mevcuttur. Liao ve arkadaşlarının

(232) çalışmasında yine toplam skor ve BKİ arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = 0,16$, $p < 0,01$).

Üniversite öğrencileri arasındaki bazı çalışmalarda, bu tez çalışması ile benzer olarak kadınlarda düzensiz yeme tutumlarının yaygınlığının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Türkiye'de % 25,7'ye karşı % 20,4; Pakistan'da % 19,9'a karşı % 2,7 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde % 10,9'a karşı % 1,4) (233-235).

Hindistan'da tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada erkek öğrenciler, EAT-26 ve SCOFF'da yeme bozukluğu davranışlarında kadın öğrencilere göre daha yüksek puan almıştır (236). Bu tez çalışmasında ise tam tersi kadın öğrencilerin puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Yeme bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü göz önüne alındığında bu daha beklenen bir durumdur.

İran'da 210 öğrencide yapılan çalışmada (237) erkeklerde kadınlardan daha yüksek EAT-26 skorları elde edilmiştir ($p < 0,001$). EAT-26'ya göre incelenen toplam denekler arasında 21 öğrenci (% 10) 20 veya üstü puan almış, Bozulmuş yeme tutumları cinsiyet faktörü ile değerlendirildiğinde erkeklerde (% 15,2) kadınlara (% 4,8) kıyasla anlamlı olarak daha sıktır [$\chi^2 = 6,40$, $DF = 1$, $p = 0,01$]. Kas idealleri ve daha büyük kaslara ve fiziğe olan büyük arzusunun erkeklerde kız öğrencilere kıyasla daha yüksek oranda yeme bozukluğuna neden olması mümkündür (238, 239). Kaslı olma dürtüsü, vücut şekli ve vücut memnuniyetsizliği, bu sonuçlar için diğer faktörler olarak düşünülebilir (232, 240). Bu sonuçlar Yeme Tutum Testinin sadece AN'ye yönelik bir ölçek olmadığı genel olarak yeme bozukluklarını değerlendirmek için kullanılabileceğini desteklemektedir.

Yine bir başka çalışmada lise öğrencilerinin BKİ ve yeme tutumları değerlendirilmiştir. Düşük kilolu grupta ergenlerin önemli bir kısmında (% 35), normal (% 17,1) ve aşırı kilolu / obez (% 14,8) gruplara göre daha fazla olarak EAT-26 skoru > 20 rapor edilmiştir (241). Bulgularımızla ters düşmektedir.

6. SONUÇLAR

6.1. Çalışmamıza 825 öğrenci katıldı.

6.2. Katılımcıların % 55,7'si (n = 451) kadın % 44,3'ü (n = 359) erkekti.

6.3. Katılımcıların yaş ortalaması $21,46 \pm 2,136$ (min.18 max. 31) idi.

6.4. Katılımcıların % 29,1'i (n = 240) dönem 1, % 18,4'u (n = 152) dönem 2, % 21,6'ü (n = 178) dönem 3, % 12,1'si (n = 100) dönem 4, % 9,7'si (n = 80) dönem 5 ve % 9,1 (n = 75) dönem 6 tıp fakültesi öğrencisiydi. YTT-19 toplam skoru açısından öğrenci dönemleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

6.5. Katılımcıların ortalama BKİ = 22,67 idi.

6.6. Erkeklerin BKİ ortalaması (24,0) kadınlarınkinden (21,5) büyüktü (p=0,000).

6.7. Katılımcıların BKİ değerlendirildiğinde % 4'ü (n = 33) obez ve % 16,8'i (n = 139) fazla kilolu, % 67,3'ü (n = 555) normal, % 8,2'si (n = 68) ise zayıf idi.

6.8. Katılımcıların BKİ ile YTT-19 toplam skor arasında zayıf korelasyon vardı (r = 0,289 , p < 0,001).

6.9. Katılımcıların en yüksek ve en düşük yetişkin ağırlıkları arasındaki fark erkeklerde ortalama 13,2 kadınlarda ise 10,1 idi (p = 0,000).

6.10. En yüksek ve en düşük yetişkin ağırlıkları arasındaki fark ile YTT-19 ve alt ölçeklerin skoru arasında anlamlı korelasyon vardı (r = 0,336, p < 0,001).

6.11. Katılımcıların % 18,9'u (n = 156) fazla kilolu olduğunu , % 65'i (n = 536) normal kiloda olduğunu ve % 10,5'i (n = 87) zayıf olduğunu düşünüyordu.

6.12. Fazla kilolu olduğunu düşünen öğrencilerin % 29,6'sı (n = 45) aslında normal kilodayken, normal kiloda olduğunu düşünenlerin % 4'ü (n = 21) aslında zayıf BKİ kategorisindeydi. Bu 66 kişi kilo algısı bozulmuş olarak değerlendirildi.

6.13. EAT-26'nın orijinal formu genel güvenilirlik analizinde 7 madde madde toplam korelasyon değerleri düşük olduğundan ölçek dışı bırakıldı.

6.14. Ölçeğin KMO değeri 0,867, Bartlett testi $p < 0,001$ bulundu.

6.15. Faktör analizinde YTT-19'un 4 faktörlü yapının Cronbach alfa değeri 0,837, açıklanan toplam varyans ise % 51 idi.

6.16. 1. faktöre “Şişmanlık Kaygısı” adı verildi 7 maddeden oluşmaktaydı (1, 10, 11, 12, 14, 22, 24), 2. faktöre “Yeme Takıntısı” adı verildi 4 maddeden oluşmaktaydı (3, 4, 18, 21), 3. faktöre “Diyet” adı verildi 5 maddeden oluşmaktaydı (6, 7, 16, 17, 23), 4. faktöre “Bulimiya” adı verildi 3 maddeden oluşmaktaydı (2, 9, 25).

6.17. Faktörlerin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları sırası ile 0,762, 0,726, 0,683, 0,622 idi.

6.18. Doğrulamalı faktör analizinde 4 faktörlü modelin iyi uyum gösterdiği görüldü (RMSA: 0,059, P CMIN/DF: 3,870, GFI: 0,934, AGFI: 0,911, NFI: 0,866, CFI: 0,896).

6.19. Test-tekrar test güvenilirliği 26 maddelik ölçeğin ilk haliyle $r = 0,701$ iken oluşturulan son halinde $r = 0,810$ bulundu.

6.20. YTT-19 toplam skoru ile alt ölçeklerin skorlarının korelasyonu faktör 1 çok yüksek, faktör 3 yüksek, faktör 2 orta ve faktör 4 düşük bulundu ($r = 0,871, 0,682, 0,559, 0,245$).

6.21. YTT-19'un Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile korelasyonu yüksek bulundu ($r = 0,648, p < 0,001$). Kadın katılımcılarda bu değer daha yüksek bulundu ($r = 0,720, p < 0,001$).

6.22. YTT-19'un REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği ile korelasyonu orta yüksek bulundu ($r = 0,567, p < 0,001$). Kadın katılımcılarda bu değer daha yüksek bulundu ($r = 0,618, p < 0,001$).

6.23. YBDÖ'ne göre yapılan ROC analizi sonucunda YTT-19 cut-off değeri 9,5 bulundu (Eğri altında kalan alan: 0,89). Buna göre testin sensitivitesi 0,833, spesifitesi 0,806, Pozitif Prediktif Değeri %43,8, Negatif Prediktif Değeri %96,3'tür.

- 6.24.** YTT-19 toplam puanı kadınlarda daha yüksek bulundu ($p = 0,001$).
- 6.25.** Alt ölçek puanları faktör 1 ve faktör 2 için kadınlarda daha yüksekti ($p < 0,05$).
- 6.26.** Öğrencilerin sınıfı ile YTT-19 puanları arasında anlamlı ilişki yoktu.
- 6.27.** BKİ ile YTT-19 arasında korelasyon vardı ($r = 0,289$, $p < 0,001$).
- 6.28.** Öğrencilerde BKİ gruplamasında YTT-19 ve alt ölçek puanlarına bakıldığında Yeme Takıntısı alt ölçeği hariç hepsinde anlamlı fark vardı.
- 6.29.** Kilosunu değerlendirme şekline göre öğrencilerin YTT toplam skor ve alt ölçek skorlarında anlamlı fark vardı.
- 6.30.** Kilo algısı bozuk kişilerin (bkz. 6.12) % 43,9'u yeme bozukluğu için riskli iken, diğerlerinin sadece % 28,4'ü riskli bulundu ($p = 0,008$).
- 6.31.** Davranış sorularından günde 60 dakikadan fazla egzersiz yapma sorusu hariç diğer beşinde riskli yanıtlayanlarda YTT-19 skorları anlamlı yüksek bulundu.

7. ÖNERİLER

7.1. YTT-19 Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun tespiti için uygulanabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır.

7.2. YTT-19 puanı 9,5 veya daha yüksek olan bireyler yeme bozukluğu sergileme eğiliminde olabilir ve muhtemelen hemen tedavi gerektirir.

7.2. YTT-19’un 4 faktörlü yapısının iç tutarlılığı oldukça yüksektir.

7.3. Ölçeğin klinik örnekler için geçerliliği, güvenilirliği ve faktör yapısı da araştırılmalıdır.

7.4. Ölçeğin cut-off değeri belirlenirken YBDÖ kullanılmıştır. Bir psikiyatri uzmanı tarafından tanı alan hasta grubu çalışmaya dahil edilerek ölçeğin cut-off değeri tekrar değerlendirilmelidir.

7.5. Önümüzdeki çalışmalarda, EAT-26’nın test-tekrar test güvenilirliği ve eşzamanlı geçerliliği daha ayrıntılı ve başka örneklerde incelenebilir.

7.6. YTT-19’un faktör yapısının ve psikometrik özelliklerinin başka çalışmalarla değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi, yapısının çeşitli örnekler arasında istikrarlı ve tekrarlanabilir olduğunu doğrulamaya hizmet edecektir.

7.7. Ölçek spesifik DSM veya ICD yeme bozukluklarından ziyade farklılaşmamış ölçüm için bir araç olarak kullanılmalıdır.

7.8. YTT-19’ tarama aracı olarak yararlı olabileceğini düşünülmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361(9355):407-16.
2. Oral N, Şahin NH. Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2008;23(62):37-48.
3. South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Current aile hekimliği tanı ve tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2007:33-40.
4. Hebebrand J, Blum W, Barth N, Coners H, Englaro P, Juul A, et al. Leptin levels in patients with anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration. *Molecular Psychiatry*. 1997;2(4):330.
5. Zerbe KJ. Integrated treatment of eating disorders: Beyond the body betrayed: WW Norton & Co; 2008.
6. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu). 2008:25-30.
7. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*. 2007:1-29.
8. YÜCEL B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. İlk Söz. 2009.
9. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiat*. 1995;152(7):1073-4.
10. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiat*. 2011;68(7):724-31.
11. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-9.
12. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1980;10(4):647-56.
13. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871-8.
14. Garfinkel PE, Newman A. The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eat Weight Disord*. 2001;6(1):1-24.
15. Savaşır I EN. Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-25.
16. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
17. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;169(6):705-12.
18. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002;2:171-7.
19. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011;22(2):153-60.
20. Striegel-Moore RH, Marcus MD. Eating disorders in women: Current issues and debates. 1995.

21. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M, et al. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56(7):609-13.
22. Striegel-Moore RH, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disorder*. 2001;29(2):157-65.
23. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiat*. 1998;55(2):109-15.
24. Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. 1999.
25. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56(5):468-76.
26. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiat*. 1997;54(6):509-17.
27. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiat*. 1998;55(5):425-32.
28. Hoek HW, Treasure J, Katzman MA. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*: John Wiley & Sons; 1998.
29. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Early-Zald MB. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of abnormal psychology*. 1995;104(1):140.
30. Hilal Kapudan AE. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* 2013. p. 39-45.
31. Campbell IC, Mill J, Uher R, Schmidt U. Eating disorders, gene–environment interactions and epigenetics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(3):784-93.
32. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
33. Association AP. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5®: American Psychiatric Pub; 2014.
34. Frank GK, Shott ME, DeGuzman MC. Recent advances in understanding anorexia nervosa. *F1000Research*. 2019;8.
35. Bulik CM. Exploring the gene–environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2005;30(5):335.
36. Khalsa SS, Portnoff LC, McCurdy-McKinnon D, Feusner JD. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2017;5(1):20.
37. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of eating disorders*. 2017;5(1):21.

38. Eating Disorders: Recognition and Treatment: NICE Guideline 69; [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
39. Frank GK, Shott ME. The role of psychotropic medications in the management of anorexia nervosa: rationale, evidence and future prospects. *CNS drugs*. 2016;30(5):419-42.
40. Lutter M, Croghan AE, Cui H. Escaping the golden cage: Animal models of eating disorders in the post-Diagnostic and Statistical Manual era. *Biol Psychiat*. 2016;79(1):17-24.
41. Vengeliene V, Bernalov A, Roßmanith M, Horschitz S, Berger S, Relo AL, et al. Towards trans-diagnostic mechanisms in psychiatry: neurobehavioral profile of rats with a loss-of-function point mutation in the dopamine transporter gene. *Disease models & mechanisms*. 2017;10(4):451-61.
42. Frank GK, Favaro A, Marsh R, Ehrlich S, Lawson EA. Toward valid and reliable brain imaging results in eating disorders. *Int J Eat Disorder*. 2018;51(3):250-61.
43. Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in neurosciences*. 2013;36(2):110-20.
44. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obes Res*. 1997;5(5):498-502.
45. Bell RM. Holy anorexia: University of Chicago Press; 2014.
46. Gull WW. Introductory Address on the Study of Medicine. *Br Med J*. 1874;2(718):425-9.
47. Lasègue E-C. De l'anorexie hystérique. *Arch gén méd*. 1873;1:385-403.
48. Freud S, Breuer J, Berman A, Breuer J. Études sur l'hystérie: Presses universitaires de France; 1956.
49. Freud S. A Case of Successful Treatment by Hypnotism: With Some Remarks on the Origin of Hysterical Symptoms Through 'Counter-Will'. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts 1966. p. 115-28.
50. Bruch H, Verne F, Manin M. Les yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique: Payot; 1984.
51. Silverman JA. Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. *Handbook of treatment for eating disorders*. 1997;2:3-10.
52. Bozuklukları D. Amerikan Psikiatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013:91-112.
53. Becker A, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog, DB (1999). Eating disorders *New England Journal of Medicine*. 340(14):1092-8.
54. Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. *Science*. 1998;280(5368):1387-90.
55. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiat*. 2006;63(3):305-12.
56. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disorder*. 2003;34(4):383-96.

57. Susser E, Schwartz S, Morabia A, Bromet EJ. Psychiatric epidemiology: searching for the causes of mental disorders: Oxford University Press; 2006.
58. Lucas AR, Beard CM, O'fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):917-22.
59. Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton III LJ. The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 1999;26(4):397-405.
60. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, Van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disorder*. 2006;39(7):565-9.
61. Gürdal-Key A. Yeme Bozuklukları, Cerrahpağa Tıp Fakültesi Tıp EĞitimi Etkinlikler. *Adolesan Sağlığı*. 2008;81-3.
62. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):132-5.
63. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatr*. 2006;19(4):389-94.
64. Yeşilbursa D. Lise ğrencilerinde Anoreksiya Nervoza. *Bulimiya Nervoza ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık tezi, İstanbul*. 1990.
65. Uzun , Gleç N, zşahin A, Doruk A, zdemir B, Ėalıřkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatr*. 2006;47(2):123-6.
66. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(2):129-35.
67. Kroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Klavuzları Kitabı. *Hekimler Yayın Birliği*. 2009:589-96.
68. Bruch H. Conversations with Anorexics: Compassionate and Hopeful Journey through the Therapeutic Process: Jason Aronson, Incorporated; 1994.
69. Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook: Guilford Press; 2005.
70. Işık E, Taner E, Işık U. Gncel klinik psikiyatri. Ankara: Golden Print Matbaası. 2008:358-63.
71. Fairburn CG, Brownwell KD. Eating Disorders and Obesity, second edition. 2002:162-284.
72. Yudofsky SC, Hales RE. Essentials of neuropsychiatry and clinical neurosciences: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004. 162-284 p.
73. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American journal of medicine*. 2016;129(1):30-7.
74. Mehler PS, Blalock DV, Walden K, Kaur S, McBride J, Walsh K, et al. Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient-residential eating disordered patients. *Int J Eat Disorder*. 2018;51(4):305-13.
75. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London2017.
76. Mascolo M, Dee E, Townsend R, Brinton JT, Mehler PS. Severe gastric dilatation due to superior mesenteric artery syndrome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2015;48(5):532-4.

77. Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. *Autonomic Neuroscience*. 2006;129(1-2):99-106.
78. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of internal medicine*. 2005;165(5):561-6.
79. De Caprio C, Alfano A, Senatore I, Zarrella L, Pasanisi F, Contaldo F. Severe acute liver damage in anorexia nervosa: two case reports. *Nutrition*. 2006;22(5):572-5.
80. Brown CA, Sabel AL, Gaudiani JL, Mehler PS. Predictors of hypophosphatemia during refeeding of patients with severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2015;48(7):898-904.
81. ARNETT EN, ISNER JM, REDWOOD DR, KENT KM, BAKER WP, ACKERSTEIN H, et al. Coronary artery narrowing in coronary heart disease: comparison of cineangiographic and necropsy findings. *Annals of internal medicine*. 1979;91(3):350-6.
82. Krantz MJ, Sabel AL, Sagar U, Long CS, Barbey JT, White KV, et al. Factors influencing QT prolongation in patients hospitalized with severe anorexia nervosa. *General hospital psychiatry*. 2012;34(2):173-7.
83. Casiero D, Frishman WH. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology in review*. 2006;14(5):227-31.
84. Hütter G, Ganepola S, Hofmann WK. The hematology of anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2009;42(4):293-300.
85. Nova E, Samartin S, Gomez S, Morande G, Marcos A. The adaptive response of the immune system to the particular malnutrition of eating disorders. *European journal of clinical nutrition*. 2002;56(S3):S34.
86. Corbetta F, Tremolizzo L, Conti E, Ferrarese C, Neri F, Bomba M, et al. Paradoxical increase of plasma vitamin B12 and folates with disease severity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2015;48(3):317-22.
87. Kraeft J, Uppot R, Heffess A. Imaging findings in anorexia nervosa. *Am J Roentgenol*. 2013;200:328-34.
88. Faje AT, Fazeli PK, Miller KK, Katzman DK, Ebrahimi S, Lee H, et al. Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2014;47(5):458-66.
89. Vestergaard P, Emborg C, Støvring RK, Hagen C, Mosekilde L, Brixen K. Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders—a nationwide register study. *Int J Eat Disorder*. 2002;32(3):301-8.
90. Miller K, Grinspoon S, Gleysteen S, Grieco K, Ciampa J, Breu J, et al. Preservation of neuroendocrine control of reproductive function despite severe undernutrition. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2004;89(9):4434-8.
91. Golden NH, Jacobson MS, Schebendach J, Solanto MV, Hertz SM, Shenker IR. Resumption of menses in anorexia nervosa. *Arch Pediat Adol Med*. 1997;151(1):16-21.
92. Jacoangeli F, Masala S, Mezzasalma FS, Fiori R, Martinetti A, Ficoneri C, et al. Amenorrhea after weight recover in anorexia nervosa: role of body composition and endocrine abnormalities. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2006;11(1):e20-e6.

93. Sauro CL, Raval di C, Cabras PL, Faravelli C, Ricca V. Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*. 2008;57(3):95-115.
94. Golden NH, Kreitzer P, Jacobson MS, Chasalow FI, Schebendach J, Freedman SM, et al. Disturbances in growth hormone secretion and action in adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of pediatrics*. 1994;125(4):655-60.
95. Utiger RD. Altered thyroid function in nonthyroidal illness and surgery—to treat or not to treat? : Mass Medical Soc; 1995.
96. Rich LM, Caine MR, Findling JW, Shaker JL. Hypoglycemic coma in anorexia nervosa: case report and review of the literature. *Archives of internal medicine*. 1990;150(4):894-5.
97. Roberto CA, Mayer LE, Brickman AM, Barnes A, Muraskin J, Yeung LK, et al. Brain tissue volume changes following weight gain in adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2011;44(5):406-11.
98. Strumia R. Eating disorders and the skin. *Clinics in dermatology*. 2013;31(1):80-5.
99. Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. *New Engl J Med*. 2009;360(5):500-6.
100. Health NCCfM. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: British Psychological Society (UK); 2004.
101. Association AP. Treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4.
102. Mehler PS, Birmingham LC, Crow SJ, Jahraus JP. Medical complications of eating disorders. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. 2010:66-80.
103. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolescent Health*. 2003.
104. Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: a systematic review. *Int J Eat Disorder*. 2016;49(3):238-48.
105. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein R. Position paper of the society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references. *J Adolescent Health*. 2015;56(1):121-5.
106. Halmi KA. Management of anorexia nervosa in inpatient and partial hospitalisation settings. *Clinical manual of eating disorders*. 2007;113:126.
107. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163:4-54.
108. Willer MG, Thuras P, Crow SJ. Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *Am J Psychiat*. 2005;162(12):2374-6.
109. Olmsted MP, McFarlane TL, Carter JC, Trottier K, Woodside DB, Dimitropoulos G. Inpatient and day hospital treatment for anorexia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. 2010;198:211.
110. Association AD. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other

- eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006;106(12):2073.
111. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, Krause MV. *Krause's food & the nutrition care process*: Elsevier Health Sciences; 2012.
 112. Sturmey P, Hersen M. *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, child and adolescent disorders*: John Wiley & Sons; 2012.
 113. Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *Journal of nutrition and metabolism*. 2010;2010.
 114. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. *Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı*. Ankara: TPD Yayınları. 2013.
 115. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, STANGA Z, Group AahEW. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical nutrition*. 2003;22(3):321-36.
 116. Jeammet P. *Anorexie, Boulimie-Les paradoxes de l'adolescence*: Fayard/Pluriel; 2011.
 117. Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*. 1982;6(2):123-50.
 118. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiat*. 2008;165(10):1281-8.
 119. Attia E, Kaplan A, Walsh B, Gershkovich M, Yilmaz Z, Musante D, et al. Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 2011;41(10):2177-82.
 120. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C, et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial. *Am J Psychiat*. 2019;176(6):449-56.
 121. APA APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. 1994.
 122. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int J Eat Disorder*. 1991;10(2):129-43.
 123. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979;9(3):429-48.
 124. Nasser M. A prescription of vomiting: historical footnotes. *Int J Eat Disorder*. 1993.
 125. Boughtwood D. View to be Thin: Interrogating Media's relationship to eating disorders through audience research. *Participations*. 2005;1(3).
 126. Russell G. The history of bulimia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders*. 1997;2:11-24.
 127. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiat*. 2013;73(9):904-14.
 128. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiat*. 2007;61(3):348-58.
 129. Lowe MR. Dietary restraint and overeating. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002;2:88-92.

130. Forney KJ, Bodell LP, Haedt-Matt AA, Keel PK. Incremental validity of the episode size criterion in binge-eating definitions: An examination in women with purging syndromes. *Int J Eat Disorder*. 2016;49(7):651-62.
131. Yudofsky SC, Hales RE. *Essentials of Clinical Psychiatry*: American Psychiatric Pub.; 2004.
132. Erol A, Toprak G, Yazici F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler.
133. Forney KJ, Buchman-Schmitt JM, Keel PK, Frank GK. The medical complications associated with purging. *Int J Eat Disorder*. 2016;49(3):249-59.
134. Brown CA, Mehler PS. Medical complications of self-induced vomiting. *Eating disorders*. 2013;21(4):287-94.
135. Brown CA, Mehler PS. Medical complications of self-induced vomiting. *Eat Disord*. 2013;21(4):287-94.
136. Christensen GJ. Oral care for patients with bulimia. *The Journal of the American Dental Association*. 2002;133(12):1689-91.
137. Sansone RA, Sansone LA. Hoarseness: a sign of self-induced vomiting? *Innovations in clinical neuroscience*. 2012;9(10):37.
138. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disorder*. 2011;44(2):95-104.
139. Gwirtsman HE, Kaye WH, George DT, Carosella NW, Greene R, Jimerson D. Hyperamylasemia and its relationship to binge-purge episodes: development of a clinically relevant laboratory test. *The Journal of clinical psychiatry*. 1989.
140. MITCHELL JE, SEIM HC, COLON E, Pomeroy C. Medical complications and medical management of bulimia. *Annals of Internal Medicine*. 1987;107(1):71-7.
141. Buchanan R, Ngwira J, Amsha K. Prolonged QT interval in bulimia nervosa. *BMJ case reports*. 2011;2011.
142. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1342-6.
143. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
144. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157(1):1.
145. Fairburn C. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. 1985:160-92.
146. Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*. 1986;24(6):629-43.
147. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope R, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatr*. 1993;50(6):419-28.
148. Chen E, Touyz SW, Beumont PJ, Fairburn CG, Griffiths R, Butow P, et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disorder*. 2003;33(3):241-54.

149. Lewandowski LM, Gebing TA, Anthony JL, O'Brien WH. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(7):703-18.
150. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiat*. 1995;52(4):304-12.
151. le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiat*. 2007;64(9):1049-56.
152. Güleç C, Köroğlu, E Canat, S. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1998;2:661-72.
153. Bacaltchuk J, Hay PP. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Db Syst Rev*. 2003(4).
154. Flament MF, Bissada H, Spettigue W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of neuropsychopharmacology*. 2012;15(2):189-207.
155. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(2):445.
156. Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol*. 2007;62(3):199-216.
157. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4-54.
158. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):205-17.
159. Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(9):2024-38.
160. Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A. Management of eating disorders not otherwise specified. *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Eds J Yagers, PS Powers). 2007:195-207.
161. Bray GA. The battle of the bulge: a history of obesity research: Dorrance Publishing Company; 2007.
162. Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *Am J Epidemiol*. 1996;143(3):228-39.
163. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S102-38.
164. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2015;100(2):342-62.

165. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disorder*. 2010;43(4):344-51.
166. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*. 1999;319(7223):1467-8.
167. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz SY, Yüceyar H. Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği/Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16:31.
168. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disorder*. 1994;16(4):363-70.
169. Fairburn C, Cooper P. Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. Fairburn, CG.; Wilson, GT., editors. *The Eating Disorder Examination*. 1993:317-31.
170. Garner DM. Measurement of eating disorder psychopathology. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002;2:141-6.
171. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont P. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(5):551-67.
172. Pike KM, Dohm F-A, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Fairburn CG. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiat*. 2001;158(9):1455-60.
173. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*. 2011;19(6):509-11.
174. Fields A. *Discovering statistics using SPSS*. Beverly Hills: Sage Publications. 2005;541.
175. Child D. *The essentials of factor analysis*: A&C Black; 2006.
176. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*: Pearson Boston, MA; 2007.
177. TAVŞANCIL E. *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2002.
178. Hilton A, Skrutkowski M. Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer nursing*. 2002;25(1):1-7.
179. Erkut S, Alarcón O, Coll CG, Tropp LR, García HAV. The dual-focus approach to creating bilingual measures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1999;30(2):206-18.
180. WHO. Process of translation and adaptation of instruments. WHO website. 2014;2014:1.
181. Dotti A, Lazzari R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1998;3(4):188-94.
182. Patton G, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann A, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological medicine*. 1990;20(2):383-94.
183. Garner DM. *Eating disorder inventory-3 (EDI-3)*. Professional manual Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 2004.

184. Muro-Sans P, Amador-Campos JA, Morgan JF. The SCOFF-c: Psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(1):81-6.
185. Sánchez-Armass O, Drumond-Andrade FC, Wiley AR, Raffaelli M, Aradillas-García C. Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Publica Mexico*. 2012;54(4):375-82.
186. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez J, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*. 2005;59(2):51-5.
187. Fairburn CG, Wilson GT, Schleimer K. Binge eating: Nature, assessment, and treatment: Guilford Press New York; 1993.
188. Kelly NR, Cotter EW, Mazzeo SE. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for Black women. *Eating behaviors*. 2012;13(4):429-32.
189. Giovazolias T, Tsaousis I, Vallianatou C. The factor structure and psychometric properties of the Greek version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q). *European journal of psychological assessment*. 2013.
190. Aardoom J, Dingemans A, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) *Eating Behaviours*. 2012;13(4):305-9.
191. Welch E, Birgegård A, Parling T, Ghaderi A. Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: general population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(2):85-91.
192. Rø Ø, Reas DL, Stedal K. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in Norwegian adults: Discrimination between female controls and eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(5):408-12.
193. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. 1949.
194. Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2010;8(3).
195. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*: Prentice hall Upper Saddle River, NJ; 1998.
196. Stevens JP. *Applied multivariate statistics for the social sciences*: Routledge; 2012.
197. Douka A, Grammatopoulou E, Skordilis E, Koutsouki D. Factor analysis and cut-off score of the 26-item eating attitudes test in a greek sample. *Biology of exercise*. 2009;5(1).
198. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 1999;6(1):1-55.
199. Özdamar K. *Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Eskişehir: Nisan. 2016.
200. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications; 2015.
201. McDonald RP, Ho M-HR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological methods*. 2002;7(1):64.

202. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*. 2010;13(2):1044-56.
203. Mañano C, Morin AJ, Lanfranchi M-C, Therme P. The Eating Attitudes Test-26 revisited using exploratory structural equation modeling. *J Abnorm Child Psych*. 2013;41(5):775-88.
204. Khaled SM, Kimmel L, Le Trung K. Assessing the factor structure and measurement invariance of the eating attitude test (EAT-26) across language and BMI in young Arab women. *J Eat Disord*. 2018;6:14.
205. Rivas T, Bersabe R, Jimenez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *Span J Psychol*. 2010;13(2):1044-56.
206. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018;48(6):1273-96.
207. Giannakoulia M. Eating Behavior and Body Composition in young ballet dancers: planning, application and evaluation of a dietary intervention program: Doctoral thesis, Department of Nutrition and Dietetics, Harokopeio ...; 2002.
208. Garfinkel P, Moldofsky H, Garner D. Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. *Canadian Medical Association Journal*. 1977;117(9):1041.
209. Pereira AT, Maia B, Bos S, Soares MJ, Marques M, Macedo A, et al. The Portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2008;16(4):319-25.
210. McEnery F, Fitzgerald A, McNicholas F, Dooley B. Fit for Purpose, Psychometric Assessment of the Eating Attitudes Test-26 in an Irish Adolescent Sample. *Eating behaviors*. 2016;23:52-7.
211. Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gottheil N. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1994;39(1):49-54.
212. Ahmadi S, Moloodi R, Zarbaksh M-R, Ghaderi A. Psychometric properties of the Eating Attitude Test-26 for female Iranian students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2014;19(2):183-9.
213. Nasser M. The psychometric properties of the Eating Attitude Test in a non-Western population. *Soc Psych Psych Epid*. 1994;29(2):88-94.
214. Alvarez-Rayon G, Mancilla-Diaz JM, Vazquez-Arevalo R, Unikel-Santoncini C, Caballero-Romo A, Mercado-Corona D. Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients. *Eat Weight Disord*. 2004;9(4):243-8.
215. Kang Q, Chan RCK, Li X, Arcelus J, Yue L, Huang J, et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the Eating Attitudes Test in Young Female Patients with Eating Disorders in Mainland China. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(6):613-7.
216. Nunes MA, Camey S, Olinto MT, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(11):1655-62.

217. Hu L-t, Bentler PM, Kano Y. Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychol Bull.* 1992;112(2):351.
218. NE MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Testing structural equation models.* 1993;154:136.
219. Banasiak SJ, Wertheim EH, Koerner J, Voudouris NJ. Test-retest reliability and internal consistency of a variety of measures of dietary restraint and body concerns in a sample of adolescent girls. *Int J Eat Disorder.* 2001;29(1):85-9.
220. Carter PI, Moss RA. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behaviors.* 1984;9(4):417-9.
221. Wood A, Waller G, Gowers S. Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review.* 1994;2(1):6-13.
222. Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal.* 2012;24(3):69-71.
223. Kline P. *The handbook of psychological testing:* Psychology Press; 2000.
224. van Griethuijsen RA, van Eijck MW, Haste H, den Brok PJ, Skinner NC, Mansour N, et al. Global patterns in students' views of science and interest in science. *Res Sci Educ.* 2015;45(4):581-603.
225. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disorder.* 2000;28(3):265-71.
226. Banasiak SJ, Wertheim EH, Koerner J, Voudouris NJ. Test-retest reliability and internal consistency of a variety of measures of dietary restraint and body concerns in a sample of adolescent girls. *Int J Eat Disord.* 2001;29(1):85-9.
227. Mitsui T, Yoshida T, Komaki G. Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire in Japanese adolescents. *Biopsychosoc Med.* 2017;11:9.
228. Berg KC, Peterson CB, Frazier P, Crow SJ. Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2012;45(3):428-38.
229. Engelsen BK, Laberg JC. A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nord J Psychiat.* 2001;55(2):129-35.
230. Wan Wahida WMZ, Lai PSM, Abdul Hadi H. Validity and reliability of the english version of the sick, control, one stone, fat, food (SCOFF) in Malaysia. *Clin Nutr ESPEN.* 2017;18:55-8.
231. Kartal FT, Aykut MK. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fizik Kaygısı ve Depresyonun Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2019;47(2):20-9.
232. Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, Tang J, Deng Y, Bookun R, et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiat.* 2010;51(5):516-23.
233. Şanlier N, Yabancı N, Alyakut Ö. An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite.* 2008;51(3):641-5.
234. Memon AA, Adil SE-e-R, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K. Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. *BMC research notes.* 2012;5(1):84.
235. Hoerr SL, Bokram R, Lugo B, Bivins T, Keast DR. Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *Journal of the American College of Nutrition.* 2002;21(4):307-14.

236. Vijayalakshmi P, Thimmaiah R, Reddy S, BV K, Gandhi S, BadaMath S. Gender differences in body mass index, body weight perception, weight satisfaction, disordered eating and weight control strategies among Indian medical and nursing undergraduates. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 2017;35(3):276-84.
237. Rouzitalab T, Gargari BP, Amirsasan R, Jafarabadi MA, Naeimi AF, Sanoobar M. The relationship of disordered eating attitudes with body composition and anthropometric indices in physical education students. *Iran Red Crescent Me*. 2015;17(11).
238. Yager Z, O'Dea J. Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs. *Health education research*. 2009;24(3):472-82.
239. Olson MS, Esco MR, Williford H. Body image concerns in college-aged male physical education students: A descriptive inquiry. *Physical Educator*. 2009;66(1):45.
240. Rodgers RF, Ganchou C, Franko DL, Chabrol H. Drive for muscularity and disordered eating among French adolescent boys: A sociocultural model. *Body Image*. 2012;9(3):318-23.
241. Gitau TM, Micklesfield LK, Pettifor JM, Norris SA. Eating attitudes, body image satisfaction and self-esteem of South African Black and White male adolescents and their perception of female body silhouettes. *J Child Adolesc Ment Health*. 2014;26(3):193-205.

9. EKLER

EK-1: Orijinal ölçeğin sahibinden alınan izin



David Garner, Ph.D.

Hi Dr. Artiran Lgde,

You have my permission to conduct the Turkish validity study of the EAT-26. I would be very interested in the results of your study. Please send me information once the study is completed. Thank you very much.

Dr. David Garner
dmgarner@gmail.com



EK-2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik araştırmalar Etik kurul onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/998-1510

20 .03.2018

Sayın Doç. Dr. Füsün Aysin Artıran İğde

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Eating Attitude Test-26 (EAT-26)'nın Türkçe versiyonu Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26)'nın geçerlilik güvenilirlik çalışması** başlıklı OMÜ KAEK 2017/236 Karar nolu Geçerlilik güvenilirlik çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 08.06.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

YEME TUTUM TESTİ (YTT-26) TÜRKÇE UYARLAMASI

Profesyonel destek gerektiren bir yeme bozukluğunuzun olup olmadığını belirlemede yardımcı olacak bir tarama testidir. Bu tarama testi yeme bozukluğu tanısı koymak ya da profesyonel danışmanlık görevi görmek için tasarlanmamıştır. Lütfen aşağıdaki sorulara mümkün olduğunca samimi ve doğru cevaplar veriniz. Bu testte herhangi bir doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Yanıtlarınızın hepsi gizli tutulacaktır.

Dr. Merve Değirmenci, OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
merve.degirmenci@omu.edu.tr

Bölüm A: Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1. Kaçınıcı sınıftasınız?.....
2. Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl) :/...../.....
3. Cinsiyetiniz: (1)Erkek (2)Kadın
4. Boy:.....
5. Mevcut Ağırlık:.....
6. En Yüksek Ağırlık (hamilelik hariç):.....
7. En Düşük Yetişkin Ağırlığı:.....
8. Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz? () Fazla kilolu () Normal () Zayıf

Bölüm B: Aşağıdaki her ifade için bir yanıt seçiniz.

	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Asla
1. Fazla kilolu olmaktan çok korkarım.						
2. Açken yemek yemekten kaçınırım.						
3. Kendimi yiyecek düşünürken bulurum.						
4. Kendimi durduramayacağımı hissettiğim tıka basa yeme ataklarım olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalar halinde bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalori içeriklerinin farkındayım.						
7. Yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle kaçınırım. (ör; ekmek, pirinç, patates vb)						
8. Başkaları daha fazla yememi bekler.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra kendimi aşırı suçlu hissederim.						
11. Daha zayıf olma arzusu içerisindeyim.						
12. Kalori yakmak için egzersiz yaparım.						
13. Diğer insanlar çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Vücudumda yağ olmasından endişelenirim.						
15. Yemeğimi başkalarına göre daha uzun sürede yerim.						
16. Şekerli gıdalardan kaçınırım.						
17. Diyet besinleri tüketirim.						
18. Yiyecekler hayatımı kontrol eder.						
19. Yeme konusunda kendimi kontrol ederim.						
20. Diğerlerinin yemem için bana baskı yaptıklarını hissederim.						

21. Yiyecekleri çok fazla düşünürüm.						
22. Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissedirim.						
23. Sürekli diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra kusma dürtüm olur.						
26. Ağır yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

Bölüm C: Davranış Soruları: (Son 6 Ay İçerisinde)

	Asla	Ayda 1 kez ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada 1 kez	Hafta da 2-6 kez	Günde 1 ya da daha fazla
A. Durduramayacağınızı hissederek tıka basa yediniz mi?						
B. Vücut şeklinize ve kilonuzu kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?						
C. Vücut şeklinizi ve kilonuzu kontrol etmek için hiç ishal yapıcı, diyet hapları ya da idrar söktürücü kullandınız mı?						
D. Kilo vermek ya da kilonuzu korumak için günde 60 dk'dan fazla egzersiz yaptınız mı?						
E. Son 6 ay içerisinde 9 kg ya da daha fazla kilo kaybettiniz mi?	○ Evet			○ Hayır		
F. Yeme bozukluğu için hiç tedavi gördünüz mü?	○ Evet			○ Hayır		

REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği

	EVET	HAYIR
1. Rahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?		
2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?		
3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?		
4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?		
5. Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?		

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EDE-Q)

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...	Hiç birinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
1. Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız mı? (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 mu?	0	1	2	3	4	5	6
3. Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız mı?(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 mı? (başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5. Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz mu?	0	1	2	3	4	5	6
6. Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz mu?	0	1	2	3	4	5	6
7. Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6
8. Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza)	0	1	2	3	4	5	6

yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu?							
9.Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6
10.Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz mu?	0	1	2	3	4	5	6
11.Kendinizi şişman hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5	6
12.Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu mu?	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 kere kendinizi kusturdunuz?.....

17.Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?.....

18.Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?.....

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme”teriminin,mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla

beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

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

Son 28 gün içinde...	Hiç		Biraz		Orta		Önemli ölçüde
22. Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23. Bedeninizin şekli, 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 sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25. Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26. Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27. Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz?(örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

EK-4 YEME TUTUM TESTİ-19 (YTT-19)

(EAT-26 Türkçe geçerlilik güvenilirlik sonrası)

	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Asla
1. Fazla kilolu olmaktan çok korkarım.						
2. Açken yemek yemekten kaçınırım.						
3. Kendimi yiyecek düşünürken bulurum.						
4. Kendimi durduramayacağımı hissettiğim tıka basa yeme ataklarım olur.						
5. Yediğim yiyeceklerin kalori içeriklerinin farkındayım.						
6. Yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle kaçınırım. (ör; ekmek, pirinç, patates vb)						
7. Yemek yedikten sonra kusarım.						
8. Yemek yedikten sonra kendimi aşırı suçlu hissederim.						
9. Daha zayıf olma arzusu içerisindeyim.						
10. Kalori yakmak için egzersiz yaparım.						
11. Vücudumda yağ olmasından endişelenirim.						
12. Şekerli gıdalardan kaçınırım.						
13. Diyet besinleri tüketirim.						
14. Yiyecekler hayatımı kontrol eder.						
15. Yiyecekleri çok fazla düşünürüm.						
16. Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissederim.						
17. Sürekli diyet yaparım.						
18. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
19. Yemeklerden sonra kusma dürtüm olur.						

Doküman Görüntüleyici

Turnitin Orijinallik
Raporu

İşleme konu: 07-Eyl-2020 15:58 +03

NUMARA: 1381352050

Kelime Sayısı: 16815

Gönderildi: 1

MErvetez Merve Değirmenci
tarafından

Benzerlik Endeksi

%9

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:	%8
Yayınlar:	%2
Öğrenci Ödevleri:	N/A

[alıntılarını çıkar](#)[bibliyografyayı çıkar](#)[küçük eşleşmeleri çıkar](#)

mod:

raporu hızlı görüntüle (klasik)



Change mode

[yazdır](#)[yenile](#)[İndir](#)

2% match (02-Haz-2020 tarihli internet)

<http://nek.istanbul.edu.tr:4444>

1% match (24-Haz-2020 tarihli internet)

<http://nek.istanbul.edu.tr:4444>

1% match (15-Nis-2020 tarihli internet)

<http://openaccess.maltepe.edu.tr>

1% match (15-Ağu-2020 tarihli internet)

https://mafiadoc.com/original-article-kadn-aniversite-ejmanager_5cbce461097c47091e8b4657.html

1% match (20-May-2016 tarihli internet)

<http://docplayer.biz.tr>

<1% match (14-Nis-2016 tarihli internet)

<http://dergipark.ulakbim.gov.tr>

<1% match (09-Oca-2019 tarihli internet)

<http://halksagligiokulu.org>

<1% match (22-Ağu-2019 tarihli internet)

<https://www.3sdiyet.com/yeme-bozukluklari-ve-gelisim-nedenleri/>

<1% match (22-Haz-2020 tarihli internet)

<http://docs.neu.edu.tr>

<1% match (13-Eki-2009 tarihli internet)

<http://istanbulsaglik.gov.tr>

<1% match (yayınlar)

["Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015](#)

<1% match (14-May-2020 tarihli internet)

