



**ACIBADEM**  
ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İRRASYONEL BESİN İNANÇLARI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

MELİKE BUSE TAYLAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Murat BAŞ

İSTANBUL – 2016





**ACIBADEM**  
ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İRRASYONEL BESİN İNANÇLARI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

MELİKE BUSE TAYLAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Murat BAŞ

İSTANBUL - 2016

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Program: Beslenme ve Diyetetik Teli Yüksek Lisans

Tez Başlığı: İrrasyonel Besin İnançları: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması

Öğrencinin Adı-Soyadı: Melike Buse Taylan

Savunma Sınavı Tarihi: 28 / 07 / 2016

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Murat Baş Acıbadem Üniversitesi
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Murat Baş Acıbadem Üniversitesi
Üye	Yrd. Doç. Dr. Süheyla Aylin Büyükkaragöz Acıbadem Üniversitesi
Üye	Yrd. Doç. Dr. Nihan Çakır Biçer Arel Üniversitesi

Acıbadem Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez yukarıdaki jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mert ÜLGEN

Enstitü Müdürü

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

12.11.2015

Melike Buse TAYLAN

## TEŐEKKÖRLER

Eğitim s¼recim ve tez d¼nemi boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol g¼steren, desteğini esirgemeyen çok değerli ve saygıdeğer danıőmanım Prof. Dr. Murat BAŞ'a yaptığı katkılardan dolayı m¼teőekkirim.

Verilerin toplanmasında yardım ve katkılarında dolayı Ecem CENGİZ ve Selen KÖKSAL'a;

Bu g¼nlere gelmemde b¼y¼k pay sahibi olan, hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili anneciğim ve babacığıma teőekk¼r ederim.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMA ve SİMGELER LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
GENEL BİLGİLER.....	4
<b>1. BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARI.....</b>	<b>4</b>
1.1.Tanımı ve Çeşitleri.....	4
1.1.1. Anoreksiya nervoza.....	4
1.1.2. Bulimiya nervoza.....	5
1.1.3. Tıkanırçasına yeme bozukluğu.....	6
1.1.4. Sınıflandırılmış yeme bozukluğu.....	7
1.2.Emosyonel Yeme ve Etki Mekanizmaları.....	7
1.2.1. Düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarına etkisi.....	7
1.2.2. Duygu-durum bozukluklarının etkisi.....	8
1.2.3. Stres durumunun etkisi.....	10
1.2.4. Öfke kontrol durumunun etkisi.....	11
1.3.Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları....	11
<b>2. OBEZİTE ile BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ.....</b>	<b>14</b>

2.1.Tanımları ve Prevalansı.....	14
2.2.Obezite ve Yeme Davranışları İlişkisi.....	18
2.3.Obezitede Dürtüsellik.....	19
<b>3. BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....</b>	<b>21</b>
3.1.İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği.....	21
3.2.Algılanan Stres Ölçeği.....	22
3.3.Beden İmgesi İle Baş Etme Stratejileri Yeme Tutum Ölçeği.....	22
3.4.Yeme Tutum Ölçeği.....	23
3.5.Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası.....	23
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>25</b>
4.1.Örnekleme.....	25
4.2.Veriler Toplama Araçları.....	25
4.2.1. İrrasyonel besin inançları ölçeği .....	25
4.2.2. Algılanan stres ölçeği.....	27
4.2.3. Beden imgesi ile baş etme stratejileri.....	28
4.2.4. Yeme tutum ölçeği.....	29
4.2.5. Rosenberg kendine değer verme skalası .....	29
4.2.6. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması.....	29
4.3.Verilerin Toplanması.....	30
4.4.Verilerin Analizi.....	31
<b>5. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
5.1.İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin Geçerliliği.....	32
5.1.1. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin geçerliliğine ilişkin bulgular.....	32
5.1.2. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin diğer ölçeklerle bağıntılı geçerliliğine ilişkin bulgular.....	45
5.2.İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin Güvenirliği.....	48
5.2.1. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin iç tutarlılığına ilişkin bulgular.....	48
<b>6. TARTIŞMA ve SONUÇ.....</b>	<b>50</b>



<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>56</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>62</b>



## TABLolar LİSTESİ

1. Tablo 1: DSM-V Anoreksiya Nervoza Belirtileri.....	5
2. Tablo 2: DSM-V Bulimiya Nervoza Belirtileri.....	6
3. Tablo 3: Beslenme ve Yeme Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Tedavi.....	12
4. Tablo 4: Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavinin Gelişim Evreleri.....	13
5. Tablo 5: BKI Sınıflandırılması.....	14
6. Tablo 6: Türkiye’de Demografik Değişkenlere Göre BKI Sınıflandırması.....	15
7. Tablo 7: Tablo 2.2.: OECD Ülkelerinde Obezite Prevelansı.....	16
8. Tablo 8: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	25
9. Tablo 9: Alt Ölçeklerdeki Maddeler ve Madde Sayısı.....	26
10. Tablo 10: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları.....	33
11. Tablo 11: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Kadınlar İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları.....	37
12. Tablo 12: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Erkekler İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları.....	41
13. Tablo 13: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Tüm Katılımcılar İçin Sonuçları.....	46
14. Tablo 14: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Kadınlar İçin Sonuçları.....	47
15. Tablo 15: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Erkekler İçin Sonuçları.....	48
16. Tablo 16: İBİÖ’nün Alt Ölçeklerinin Kadınlar, Erkekler ve Tüm Katılımcılar İçin Cronbach Alpha Değerleri.....	49

## ŞEKİLLER LİSTESİ

1. Şekil 1: Düşük Benlik Saygısı ve Mükemmeliyetçilik.....8
2. Şekil 2: Yaş ve Cinsiyete Göre TURDEP-I TURDEP-II Çalışmalarında Obezitenin Değişimi.....18



## KISALTMA ve SİMGELER LİSTESİ

AN: Anoreksia Nevroza

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

BİBSÖ: Beden İmgesi ile Baş Etme Stratejileri

BKI: Beden Kitle İndeksi

BN: Bulmia Nevroza

BYB: Beslenme ve Yeme Bozuklukları

DM: Diabetes Metillus

İBİÖ: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

RBSÖ: Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası

RBİ: Rasyonel Besin İnançları

SYB: Sınıflandırılmamış Yeme Bozukluğu

TYB: Tıkanırcasına / Aşırı Yeme Bozukluğu

## ÖZET

İrrasyonel Besin İnançları; besinlerle ilgili uygunsuz davranışlar ve bilişsel bozukluklar, gerçek dışı inançlar (irrasyonel) olarak tanımlanır. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve kalın olma endişesini, rol modelleri/ aileleri/ arkadaşları gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirir. Bu araştırma, özel durumlarda beslenme ile ilgili yanlış bireysel inançların ve yeme davranışlarının değerlendirilmesi, İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin Türkiye'de kullanılabilmesi amacıyla geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Araştırmaya üniversitede öğrenim gören 208'i kadın 178'i erkek olan 386 yetişkin öğrenci katılmıştır. İrrasyonel Besin İnançları anketinin orijinal formundaki gibi iki alt ölçek (rasyonel ve irrasyonel) 57 maddede toplanmıştır. Faktör analizi sonucunda iki alt faktör altında maddelerin faktör yükleri 0.52-0.90 arasında değişmektedir. Tüm katılımcılar için 0.917, kadınlar için 0.930, erkekler için 0.917 olarak bulunmuştur. Ölçekler arası geçerlik için ise; İrrasyonel Besin İnançları ile Yeme Tutum Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası, Beden İmgesi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Tüm katılımcılarda; İrrasyonel Besin İnançları ile irrasyonel alt ölçek arasında ( $r:0.950$ ) ve Yeme Tutum Ölçeği ile diyet kısıtlaması arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki ( $r:0.886$ ) saptanmıştır. Kadınlar için İrrasyonel Besin İnançları ile irrasyonel alt ölçek arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişki ( $r:-0.961$ ), Yeme Tutum Ölçeği ile diyet kısıtlaması arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki ( $r:0.898$ ) bulunmuştur. Erkeklerde ise İrrasyonel Besin İnançları ile irrasyonel alt ölçek arasında ( $r:0.939$ ) ve Yeme Tutum Ölçeği ile diyet kısıtlaması ( $r:0.890$ ) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Test güvenilirliği için test tekrar test 386 kişiye bir hafta ara ile tekrar uygulanan ölçeğin geçerlik-güvenirlilik katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Anahtar Sözcüler:** Emosyonel Yeme, İrrasyonel Besin İnanışları, Obezite, Obezite Tedavisi ve Bilişsel Davranışçı Tedavi, Yeme Bozukluğu

## SUMMARY

Irrational Food Beliefs; nutrition related to inappropriate behavior and cognitive disorders, unrealistic beliefs (irrational) is defined. Individuals being thin and being overweight concerned about their body image, role models/ families/ friends such as interpersonal influences, the impact on the individual ads and behaviors aimed at weight loss. This research, evaluation of individual false beliefs about nutrition and eating behavior in special cases, is made of Irrational Food Beliefs Questionnaire validity and reliability in order to be used in Turkey. The study of 208 women participated in college student studying 386 adults with 178 men. Two subscales as the original form of irrational Eating Behavior Survey (rational and irrational) were collected in 57 items. Factor loadings of the substances under the two sub-factors in factor analysis ranged from 0.52 - 0.90. For all participants 0.917, for women 0.930, for men 0.917 were found to be. Scale cross to the validity; Eating Attitudes Scale and Irrational Eating Behavior, Perceived Stress Scale, the Rosenberg Self Valuing Scale has looked at the relationship between Body Image and Coping Strategies Scale. All participants in; Irrational Behavior between eating and irrational subscales ( $r: 0.950$ ), and a strong positive relationship between dietary restriction and Eating Attitudes Scale ( $r: 0.886$ ) were identified. For women Irrational Behavior Eating a strong relationship between negative and irrational subscales ( $r: -0.961$ ), a strong positive relationship between dietary restriction and Eating Attitudes Scale ( $r: 0.898$ ) were found. For men between the Irrational Eating Behavior Subscale ( $r: 0.939$ ), and Eating Attitudes Scale with dietary restrictions ( $r: 0.890$ ) a strong positive relationship were found between. Test-retest reliability for a week 386 people with intermediate validity of the re-applied scale reliability coefficients were statistically significant.

**Keywords:** Emotional Eating, Irrational Food Beliefs, Obesity, Obesity Therapy and Cognitive Behavioral Therapy, Eating Disorders

## GİRİŞ VE AMAÇ

Bu araştırma, özel durumlarda beslenme ile ilgili yanlış bireysel inançların değerlendirilmesi, uzun dönemde ağırlık korumasının geliştirilmesi ve bu durumu etkileyen etkenler hakkında kişilerin inançlarının gösterilmesi amacıyla planlanmıştır. İrrasyonel Besin İnançları; obez ve normal ağırlıklı bireylerde ağırlık artışı, ağırlık kaybının stres durumu, kendine verilen değer ve beden imgesi ile ilişkisini araştırmaktır.

İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği (İ.B.İ.Ö) içeriğindeki 57 madde temel alınarak hazırlanan araştırmada; bireyler yaş, cinsiyet, boy ve ağırlık gibi demografik değişkenleri, sosyokültürel etkenleri göz önünde bulundurularak; birebir anket yöntemiyle ölçeklerin uygulanması hedeflenmektedir. Böylece; stres, ağırlık kontrolü, özdeğerlilik gibi durumların rasyonel besin inançları (R.B.İ) üzerindeki etkisi test edilmiş olacaktır.

Araştırmanın önemi; obezite tedavisi ve uzun vadeli ağırlık kontrolünde bilişsel-davranışsal yaklaşımların önemini göstermektedir. Diğer yeme bozukluklarında sık görülen bireylerin özellikle yiyeceklere ilişkin hatalı düşüncelerini değerlendirmek ve değiştirmektir. Ayrıca; daha önceki çalışmaların geçerlik ve güvenilirliğini arttırarak ilerleyen zamanlarda bu konuda yapılacak araştırma sayısına katkıda bulunma hedeflenmektedir.

# GENEL BİLGİLER

## 1. BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARI

### 1.1.Tanımı ve Çeşitleri

Beslenme ve yeme bozuklukları (**Feeding and Eating Disorders, B.Y.B**); açlık hissi oluşmadan yemek yeme, sağlıksız görülen vücut ağırlığını koruma, ideal vücut ölçüsüne sahip olma istekleri gibi sağlıklı olmayan düşüncelerden doğan; zararlı yeme alışkanlıklarına sahip olan bireylerde yemeye ilgili düşüncelerdeki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Toplum içerisinde güzel ve çekici görünme algısının önem kazanması ile birlikte günümüzde kişinin kendini sağlıklı hissettiği normal yeme davranışlarındaki tutum ve düşünceleri değişiklik göstermektedir (1). Sağlıklı beslenme; son dönemlerde sürekli olarak diyet yapma, lezzetsiz besinlerle kısıtlanmış şekilde beslenme olarak anlaşılmaya başlanmıştır. Toplumda sürekli yayılım gösteren “ideal vücut ölçüleri” ne sahip olma isteği, sürekli diyetle olan insan oranındaki artışa ve BYB’nin yaygınlaşmasına sebebiyet vermektedir (2, 3). Temel göstergesi; kişinin kendini olduğundan ağırlıklı görmesi, şişman olarak algılanması, olumsuz duygularla baş etmede duygusal açlık olarak bilinen yemek yeme durumu, sürekli kilo almaktan korkma durumu ve ideal vücut ağırlığına sahip olmak için ciddi şekilde çaba göstermesi ve daha çok duygusal yoksunluk halinde yemek yemeye karşı koyamaması ile ilişkili olarak beden imgesi rahatsızlığının olmasıdır. Anoreksiya nervoza (A.N), bulimiya nervoza (B.N), tıknırcasına yeme bozukluğu (Binge Eating Disorder / T.Y.B) sınıflandırılmamış yeme bozukluğu (S.Y.B) ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkları içine alan BYB son 20 yılda ülkemizde de hızlı bir artış göstermektedir (3).

#### 1.1.1. Anoreksiya nervoza

DSM-V’de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) AN’nin dört ana kriterinin dışında (Tablo 1); bireylerde kusma eylemi, laktasif ilaç ve diüretik kullanımı, fazla egzersiz yaparak enerji harcaması ile ağırlık kaybı, kendisi



yemeyerek başkasına yedirme gibi davranışsal belirtiler yanı sıra düşük kalp atımı ve kan basıncı, taşikardi, deride kuruma, saçların dökülmesi, tırnakların incilmesi gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Şişmanlamaktan çok korkma, sağlıklı vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo almayı engelleyici davranışları sürekli hale getirme görülmektedir. Amonera insidansı (üç aylık menstruasyon yoksunluğu) ise AN tanı belirtileri içerisinde çıkarılmıştır (4).

**Tablo 1: DSM-V Anoreksiya Nervosa Belirtileri (4)**

ANOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİ
1. Sağlıksız ağırlık hedeflerinin olması
2. Farklı vücut şekli ve imaj algılaması
3. Ağırlık alma korkusu duyma, ağırlık almayı engelleyici davranışları sürekli hale getirme
4. Belirgin bir biçimde görülen normal değerler altında vücut ağırlığı

Tablo 1: Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı-DSM 5 (Çev. ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2014.

### 1.1.2. Bulimiya nervosa

Ortak belirtilerinin çok sık rastlandığı AN ile ayıran en önemli belirtileri; BN’de görülen yeme dürtüsünü durduramama, ağırlık alma devam ederken ağırlık almayı durdurucu olumsuz davranışlarda bulunma özellikleridir. Bireyin kendisinin ön planda olması, ağırlık ve vücut şekline dair düşüncelerinin çok önem göstermesi AN’da görülen bir özellik iken; ağırlıksundan kurtulmak için sürekli kusma, idrar söktürücü ve laktasif ilaçlar kullanma eğilimi içerisinde olup ya da yeme eylemini durdurup vücut ağırlığından kurtulmak için enerji harcamak adına sürekli hareket halinde olma BN’de görülen belirgin bir özelliktir (4, 5).

**Tablo 2: DSM-V Bulimiya Nervoza Belirtileri (4)**

<b>BULMİYA NERVOZA BELİRTİLERİ</b>
1. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları ve atak esnasında yeme kontrolünün kaybedilmesi
2. Ağırlık kaybı için kendini kusturma, laksatif ilaç ve diüretik kullanımı, lavman yapma, kendini aç bırakma ve fazla egzersiz yapma
3. Vücut imajı bozulması
4. Tıkanırcasına yeme ataklarının üç ayda en az haftada bir kez görülmesi

Tablo 2: Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı-DSM V (Çev. ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2014.

Tablo 2’de belirtilen DSM-V ana kriterlerine göre BN belirtilerine ek olarak bu bireylerde vücut görünümünün arka planda olmasına bağlı olarak yüksek enerjili besin tercihi, tüketilen besinlerin kimsenin göremeyeceği şekilde saklı tüketilmesi ve bunun sonucu olarak depresyon, anksiyete, iletişim sorunları gibi psikolojik rahatsızlıkların eşlik etmesi gözlemlenmektedir. Suçluluk duygusundan dolayı neredeyse her yemek sonrası kusma eylemi, bireyin yaşamındaki her konuda yapacağı eylemlerde duyduğu kısıtlanma duygusu ve buna tahammül edememesi, kusmaya bağlı olarak vücutta gelişen fizyolojik reaksiyonlar (elektrolit dengesizliği, kabızlık gibi) görülmektedir (4).

### **1.1.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu**

Benzer özellik gösteren ve çoğu zaman karıştırılan BN ve TYB arasındaki farklar şu şekilde açıklanmaktadır. BN’de kusma, laksatif kullanımı gibi davranışlar gözlenirken TYB’de bu davranışlar bulunmamakta, bunun yerini kontrolsüz yemek yeme ve aşırı miktarda besinin kısa sürede bilinç dışı tüketilmesi yer almaktadır (6).

Kilo almamak amacıyla kullanılan laksatif ilaçlar, aşırı egzersiz yapma, kusma gibi davranışlar TYB’de bulunmamaktadır. Açlık hissi oluşmadan rahatsızlık duyana kadar hızlı bir şekilde yemek yeme ise sadece BN’de görülmektedir. DSM-V kriterlerine göre yeme atakları; TYB’de altı ayda iki ataktan üç ayda bir atağa çekilerek aynı periyotlarda belirlenmiştir (4). Obez bireylerde TYB görülme sıklığıyla doğru orantılı olarak aşırı miktarda yemeleri ve ağırlıkları artmaktadır. Normal kilolu bireylere göre de depresyon oranlarının yüksek olduğu gösterilmektedir (7). Obezite ve TYB ilişkisini inceleyen bir çalışmada; obezlerin büyük kısmında TYB ve buna ek olarak major depresyon, anksiyete gibi depresif rahatsızlıklar saptanmıştır (7).

Yeme isteğine engel olamama, miktar kontrolsüzlüğü ve aşırı hızlı yeme ile sonuçlanan tekrarlayan yeme atakları, yalnız yemek yeme isteği, yemek sonrası suçluluk hissi ve en az altı aylık süreçte haftada iki veya daha fazla gün atakların gözlenmesi ile TYB tanısı konulabilmektedir. Obezite ve emosyonel yemenin alt nedenlerinden biri olan vücut memnuniyetsizliği olan bayanlarda TYB oranı yüksek bulunmuştur (8).

#### **1.1.4. Sınıflandırılmamış yeme bozuklukları**

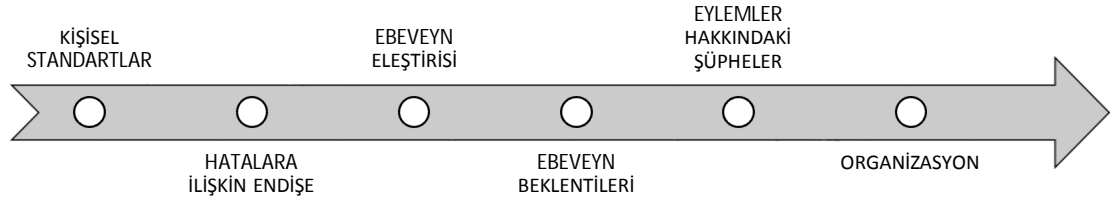
DSM-V kriterleri içerisinde SYB tanısı; ağırlık kaybı görülmeyen bireylerin AN belirtisi göstermesi, laktasif ilaç kullanımı/ kusma gibi durumlar ile besini vücuttan atma yollarına başvurmama dışında BN belirtilerini göstermesi ile belirlenmektedir (4). En belirgin tanı kriteri besinleri aşırı miktarlarda tüketmek fakat uzun süre çiğneyerek yutamama olarak gösterilmektedir (9).

#### **1.2. Emosyonel Yeme ve Etki Mekanizmaları**

Kaygı, öfke, sinirlilik hali gibi olumsuz duygular karşısında tepki olarak aşırı yeme durumu ile bilinen emosyonel yemenin; daha çok kadınlar olmak üzere obez bireylerde ve normal ağırlıklı olup da diyet yapan bireylerde gözlemlendiği bilinmektedir (10). Emosyonel yeme; düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik, yetersiz olma duygusu, depresif bozukluk ve BYB ile ilişkilendirilmiştir.

##### **1.2.1. Düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarına etkisi**

Sağlıksız ve düzensiz yeme davranışları gibi sık görülen durumlar; bireyin kendine duyduğu düşük öz saygı ve mükemmeliyetçilik duygusu en sık görülen risk faktörlerindedir. Mükemmeliyetçiliği tanımlamak için çok sık kullanılan terimler; Frost ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Frost ve arkadaşları mükemmeliyetçiliği altı basamaklı bir olgu olarak tanımlamaktadır (8, 11).



**Şekil 1: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği**

Bulik ve ark. (12) hata yapma durumunda oluşan endişe boyutlarının klinik yaklaşımını; BYB ile bağdaştırılan bilişsel kuramlarda görülen mükemmeliyetçiliğe en yakın şekle getirmiştir. Bulik ve arkadaşlarına göre mükemmeliyetçilik; uyumlu ve uyumsuz olmak üzere iki temel ölçek ile tanımlanmaktadır. Uyumlu ölçek; kendine yüksek hedefler belirlemektir, uyumsuz ölçek ise hata yapma durumunda oluşan endişenin boyutlarını göstermektedir. Mükemmeliyetçi olan bireylerde sık sık kaygı, öz eleştiri ve yararsız olma duyguları yaşanmaktadır. Bu bireylerin hata yapma ile ilgili çok sık kaygıları olmaktadır ve bu kaygı bireyleri; yaptıkları en ufak bir hatanın bile arkası kesilmeyen bir başarısızlığa sürükleyeceği düşüncesine götürmektedir. BYB'yi etkileyen başka önemli bir faktör bireyin kendine duyduğu öz saygıdır. Fairburn ve ark. (13) “trans teşhis” tiplemesinde kendine güvensizliğin temeli; mükemmeliyetçilik, hoşgörüsüzlük ve kişilerarası yaşanan zorluklar ile değerlendirilmiştir.

Öz saygı; genellikle tek boyutlu bir yapı olarak açıklanmaktadır. Bireyin kendine duyduğu özsaygı; normal yeme davranışı göstermeyen bireylerde vücut şekli, ağırlık ve yağ miktarları gibi vücut görüntüsü etrafında kendini değerlendirme ile şekillenmektedir. Fakat günlük yaşantımızda; BYB olan bireylerin kendilerini içe dönük ve negatif yönlü değerlendirmesi vücut görüntüsünden önce gelmektedir (13).

### **1.2.2. Duygu-durum bozukluklarının etkisi**

Duygu-durum bozukluğu olan depresyonda ağırlık ve iştah kaybı gözlenirken bir alt tip olan “atipik depresyonda” ise ağırlık alımı ve iştah artması görülmektedir. Duygu durum bozuklukları ve beslenme şekli üzerine yapılan araştırma sonuçlarında, protein ve karbonhidrat alımının beyinde nörotransmitter ve serotonin sentezine etki edebileceği konusu üzerinde durulmaktadır. Obez bireyler acıkma hissini ve anksiyeteyi birbirinden ayırt edememektedirler. Anksiyeteyi azaltan kompulsif

(tekrarlayıcı) aşırı yeme durumu; ilerleyen aşamalarda obeziteye yol açmaktadır (14). Bruch'ın (15) teorisine göre bu konu farklı bir şekilde ele alınmış ve yanıltıcı acıkma hissi ile aşırı yeme ilişkilendirilmiştir. Bu teoriye göre bireyler açlık ve tokluğunu fark edememekte, besin alma isteğini de duygu ve hislerden ayırt edememektedir. Bu çalışma ve sonrasındaki çalışmalar sonucunda kısıtlayıcı diyet programı sonrası anksiyete ve depresyon belirtilerinin beraber oluşabileceği görülmüş; fakat bu konuda kesin sonuca ulaşılamamıştır (10).

Fobi gibi mantıksız düşünce ve davranışların obezite ile ilişkisi incelendiğinde; ağırlık, besin ve vücut görünümüne ilişkin çok fazla mantıksız düşünce ve davranışların bulunduğu BYB konusuna odaklanılmıştır (16). Ağırlık kontrolünün sağlanamamasında birincil etkiye sahip olan bilişsel faktörlerin başında düşünme tarzı farklılıklar gelmektedir (17).

Yapılan çoğu çalışmada, BYB görülen bireylerde enerji içeriği düşük besinlerin tüketimi tercih edildiğini, enerji içeriği yüksek besinlerin tüketiminden kaçınıldığını gösteren iki farklı düşüncenin temelinde besinleri iyi ve kötü (yasak) olarak düşünmek yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada BYB görülen bireylerin özellikle sağlıklı beslenme ve diyet konusunda olumsuz veya yanlış düşüncelere sahip olduğu gözlenmiştir (18). Hunt ve Cooper'ın (19) 2001 yılında yaptığı bir çalışmada kontrol ve denek grubunun duygu-durumları, endişeleri ve depresif ruh halleri göz önüne alınarak kullanılan "vücut" kelimesini; BN'li kadınların "pozitif/negatif ağırlık ve form" kelimeleri gibi algıladığı bulunmuştur. Ayrıca hem depresyonda olan hem BN görülen bireylerde besin ile ilişkili kelimelerde bir yanlılık gösterilmektedir. Shafran ve ark. (20) yaptığı çalışmada; besin ya da yemek yemek hakkında bir düşünceye sahip olmanın, kişinin ağırlık tahminini arttırdığı, ahlaki açıdan hatalı davrandığı duygusunu ortaya çıkardığı ve şişman hissetmeyi arttırdığı düşüncesi kanıtlanmıştır.

Tchanturia ve ark. (21) yaptığı çalışmada ise; AN'lı bireylerin BN'li bireylerin aksine, uyarıcı değişikliklerine sert bir yanıt verdiği görülmüş; uyarıcıların AN'li bireylerde anksiyete, suçluluk hissini arttırırken, ağırlık alma ihtimalini azalttığı, şişman hissetmeye, nötrale olmaya ittiği ve kontrol gruplarına göre daha fazla tekrarlayıcı hata yaptıkları belirlenmiştir. Negatif ruh hali ve yeme davranışları arasındaki ilişki için yapılan bir çalışmada, BN'li kadınların yemekten önceki ve yemeğin yendiği günkü ruh hali, yemek yeme öncesi hareketleriyle kendi kendine

kusmanın gerçekleşmesi arasında ilişki tespit edilmiştir: Genel olarak, negatif ruh halinin aşırı yeme ve çıkarma davranışlarına öncülük edebileceğine dair kanıt bulunmuştur (22).

### **1.2.3. Stres durumunun etkisi**

Çok sayıda sağlık sorununun öncüsü olan stres; kardiyovasküler hastalıklar (K.V.H), diabetes mellitus (D.M) ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi birçok farklı sağlık sorunları ile ilişkilendirilmiştir (23, 24). Bu konuda yapılan araştırmalarda; stresin yenilen miktar ve tüketilen besin çeşitleri gibi etkenlerle bireylerin yeme davranışları üzerindeki rolü incelenmiştir. Macht 'in (25) yaptığı çalışmada olumsuz duygular ve yemek yeme dürtüsü arasındaki ilişki araştırılmış; geliştirilen beş yönlü model ile bireylerin olumsuz duygularının üstesinden gelmek için yemenin iyi bir yol olabileceğine inandığı ve bireylerde stres kaynaklı bilişsel kontrolsüzlüğe neden olabileceği gösterilmiştir.

Olumsuz duygular veya stres durumunda gözlenen fizyolojik reaksiyonların, yeme sonrası oluşan tokluk hissiyle benzer olduğu belirlenmiş, olumsuz duygular veya stres karşısında iştah kaybı görülmesi, doğal bir fizyolojik yanıt olarak kabul edilmiştir. Olumsuz duygular ve stres durumlarında gözlenen aşırı yeme tepkisinin; obez bireylerde, BYB olan kadınlarda ve normal ağırlıklı olup da diyet yapan bireylerde görüldüğü gözlenmiştir (26, 27). Yapılan başka bir çalışmada, stres faktörü ile yemek yeme isteği arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve yemek yeme isteği ile aleksitimi (duyusal sağırlık/açlık) ve dürtüsellik karşılaştırılmıştır. Emosyonel yeme ile duyusal sağırlık ile dürtüsellik arasında hiçbir ilişki saptanmamıştır (28). İlk kez Greno ve Wing (29) tarafından araştırılan stres ve yeme bozukluğu ilişkisini Osberg ve Eggert (30) tekrar değerlendirerek, stresin bulimiya belirtileri ile düzensiz yeme şekli üzerindeki etkilerini inceleyerek, stresin düzensiz yeme ile yakından ilişkili olduğunu desteklemiştir.

Diyet kısıtlaması için kurulan iki farklı teoriden biri; dengeli beslenenlerin duygu ve düşünceler yoluyla belli süreliğine daha az kısıtlanabildiği ve sonrasında yeme dürtülerine ket vurmak için gerekli enerjiyi kaybettikleri olduğu belirlenmiştir (31). Alternatif olan ikinci bir teoride; daha az kısıtlanma nedeninin; dengeli beslenenlerin stres kaynaklı duygusal tepkileri değil, yeme dürtülerine ket vurmak için stres yüklü bir "bilişsel istek"dir (32). Macht ve Mueller (33) stres ve yemek

yeme isteği arasındaki ilişkiyi netleştirmek için katılımcılara çeşitli tatlı, tuzlu ve yağ içeriğine sahip belli besinleri sunmuştur. Yalnızca besin miktarı değil aynı zamanda besin tercihinin de önemli olduğu, tatlı ve yüksek yağlı besinlerin tercih edildiği, bu tür rahatlatıcı besinlerin negatif ruh hali ve stresi azaltma eğilimli olduğu görülmüştür. Wallis ve Hetherington'un (34) destekleyici çalışmasında; dengeli ve kontrollü beslenenlerin stressiz oldukları zaman daha fazla yemek yediği ve bu durumun normal olduğu; bu hipotezle doğru orantılı olarak miktar kontrolü olmayan bireylerin ise stresli durumlarda daha fazla yediği belirtmiştir. Sheldon ve ark. (35) yaptığı farklı bir çalışmada; kadınlarda stres anındaki besin tercihleri araştırılmış; tatlı tüketimine eğilimli olunduğu görülmüştür.

Emosyonel yemenin başlıca faktörlerinden biri olan düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik ile stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmada; BYB görülmeyen kadınlarda stresin; mükemmeliyetçilik ve ağırlık verme isteğini etkileyeceği nitelikte olmadığı görülmüştür. Bu bulgu mükemmeliyetçilik ve düşük öz saygı görülen bireylerde BYB ile ilgili davranışları destekleyebileceğini göstermiştir (36).

#### **1.2.4. Öfke kontrol durumunun etkisi**

Ward ve ark. (37) çalışmasında, anorektik bireylerin kayıtsız, bulimik bireylerin saplantılı bağlanma şekline sahip oldukları belirtilmiştir. Ward ve arkadaşlarının geliştirildiği çalışmayı destekleyici nitelikte olan Keskingöz'ün çalışmasında (38) kayıtsız bağlanma stiline sahip olan kişilerde, korkulu veya güvenli bağlanma stiline sahip olan kişilere göre daha fazla irrasyonel yeme davranışlarının rastlanabileceği saptanmıştır.

### **1.3.Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları**

Yapılan birçok araştırmada BYB ile ilgili bilişsel-davranışçı tedavinin etkili bir tedavi yöntemi olduğu ortaya konmuştur (39). İlk kez Cooper'ın (40) ortaya koyduğu çalışmada, algının BYB üzerindeki etkisi ve klinik belirtileri ortaya konmuştur. İlk olarak 1997 yılında araştırılmaya başlanılmış olan BYB'nin bilişsel tedavilerle arasındaki ilişkisinde; AN ve BN yerine TYB veya SYB odaklanılmış, düzeltmeler yapılmıştır. Giderek daha da geliştirilen çalışmada, bilişsel terapi birçok kişide etkili sonuç vermiş fakat çoğu durumun cevabında yetersiz kalmıştır. Cooper (40) yetersiz

kalan bilişsel kuramı geliştirmek adına dört teorik maddeden doğan dokuz hipotez oluşturmuştur. Revize edilen çalışmanın; Tablo 3’de yeniden oluşturulmuş hali yer almaktadır.

**Tablo 3: Beslenme ve Yeme Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Tedavi (40)**

Hipotez 1	Modellere dayalı tedavi, örneğin bilişsel terapi etkili olacaktır.
Hipotez 2	Öz ifadeler veya otomatik düşünceler yiyecek, yeme ve form konularına yansıtacaktır.
Hipotez 3	Gıda ve yeme, ağırlık ve form endişesini yansıtan arka plandaki varsayımlar kuvvetle kabul edilecektir.
Hipotez 4	Temel inançlar olumsuz değerlendirmeleri yansıtacaktır.
Hipotez 5	Muhakeme ya da bilgi işlem hataları ve önyargıların fonksiyonel olmayan biçimleri gıda ve yemede ve de ağırlık ve şekil kaygılarına katkıda bulunabilir.
Hipotez 6	Alta yatan varsayımlar ve öz ifadeler ile yeme alışkanlıkları, özellikle de diyet kısıtlaması arasında nedensel bir ilişki olacaktır. Doğrudan ilişkili çalışmalar yoktur.
Hipotez 7	Dikotom düşünce aracılığındaki diyet kısıtlaması, tıkmırcasına yeme ataklarına neden olacaktır.
Hipotez 8	Şema odaklı süreçler, temel inanç kaygıları alanlarında belirgin olacaktır.
Hipotez 9	Erken deneyim, temel inançların oluşumunda önemli olacaktır.

Tablo 3: Cooper J. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25: 511–531.

Bu konuda bilişsel kuramların geliştirilmesinde Tablo 4’de belirtilen dört konu tespit edilmiştir (40).



**Tablo 4: Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavinin Gelişim Evreleri (41)**

Konu 1	1997 hipotezini test eden ve destekleyen kanıt toplanması
Konu 2	Revize teorilerin geliştirilmesi
Konu 3	İkinci kuşak yeni kuramlarının gelişimi
Konu 4	İkinci kuşak teorileri ile tutarlı delil toplanması

Tablo 4: Cooper MJ. Cognitive theory of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1997; 25: 113–145.

İl kez Fairburn ve ark. (42) ayrıntılı şekilde ele aldığı ve sonrasında 2000 yılında Hay & Bacaltchuk (43) tarafından yürütülen çalışmada bilişsel terapi ve kişiler arası psikoterapinin etkili olabileceği hipotezi, 2002 yılında Agras ve ark. (44) tarafından da onaylanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen üç ortak sonuç bulunmaktadır. Bunlar; diyet kısıtlamasının kontrollü olma duygusunu geliştirdiği, açlığın boyutlarının daha fazla diyet kısıtlamasına teşvik ettiği ve ağırlık ile ilgili aşırı kaygıların diyet kısıtlamasına teşvik ettiği. Bu üç teorinin ortaya çıkışı ise altı yeni hipotezin oluşmasını sağlamıştır (45):

1. Negatif ruh hali, TYB ile ilgili nedensel bir role sahiptir.
2. Özellikle AN için kendini kontrol etme ihtiyacı önemlidir.
3. Diyet kısıtlaması, arttırılmış bir kontrole yol açar.
4. Açlık, diyet kısıtlamasına teşvik eder.
5. Mükemmeliyetçilik özellikle AN’ de önem taşımaktadır.
6. Bireyler arası ilişkiler önemlidir.

Son olarak Cooper ve ark. (45) ile Waller ve ark. (46) yaptığı çalışmalarda bilişsel terapi ve kişiler arası psikoterapinin etkili olabileceği hipotezinin son revize edilmiş hali bulunmaktadır. Cooper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; olumsuz benlik inançlarına ek olarak dört farklı düşünce BYB’nin bireye belirtilerini göstermeye devam etmesindeki kısır döngü bakımından önemlidir. Bu dört düşünce hoşgörülü düşünceler, pozitif ve negatif düşünceler ve kontrolsüz düşüncelerdir. Waller ve ark. (45) yaptığı çalışmada da AN’de yemek yeme, yaşanmakta olan sıkıntı ve duyguları engellemede bir çözüm yolu olarak görülmemektedir. Ancak

BN’de tıknırcasına yeme rahatsız edici duygulardan kurtulmak veya engellemek için bir girişim ve yol olarak görülmektedir (45, 46).

## **2. OBEZİTE ile BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ**

### **2.1. Tanımı ve Prevelansı**

Obezite, günümüzde toplumun her kesimini ilgilendiren önemli bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir. Kronik hastalıkların oluşumuna yol açan biyolojik özelliği yanında, kökeni psikolojik özelliklere dayanan kronik bir hastalıktır. Enerji dengesindeki bozulma sonucu ortaya çıkmaktadır. Obezite; KVH, pulmoner hastalıklar, kanser, tip 2 DM, hiperkolesterolemi, osteoartrit gibi kronikleşebilen hastalıklara zemin hazırlar, bireyin yaşam kalitesini düşürür, kalitesiz ve kısa süreli sağlıklı bir yaşam sürmesine sebebiyet verir (9).

Bir kişiye obez denilebilmesi için BKI’nin  $30 \text{ kg/m}^2$ ’nin üzerinde olması gerekir (47). BKI, kişinin ağırlığının boyunun metrekaresine ( $\text{kg/m}^2$ ) bölünmesi ile elde edilmektedir ve  $22\text{-}27 \text{ kg/m}^2$  arası normal,  $27\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$  arası kilolu,  $30\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$  arası obez,  $40 \text{ kg/m}^2$  üzerinde olduğunda morbid obez olarak adlandırılmaktadır (Tablo 5) (48).

**Tablo 5: BKI Sınıflandırılması (48)**

<b>BKI</b>	<b>SINIFLANDIRMA</b>
<18.5	Zayıf
18.5 - 24.9	Normal
25 - 29.9	Fazla ağırlıklı
30 - 39.9	Obez
>40	Morbid obez

Tablo 5: World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva, WHO. 2004.

Türkiye’de yapılan son araştırmalara göre; obezite ve fazla ağırlıklı, toplumun karşılaştığı en ciddi sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Türkiye’de 2008-2014 yılları arasında BKI sınıflandırmasına yönelik 15 yaş üstü erişkin bireylerde yapılan obezite oranının belirlendiği araştırmada; 2008 yılında obezite oranı %15.8 olarak belirlerken bu oran 2014 yılında %19.9 olarak görülmüştür. 2008-2014 yılları arasındaki artış oranı, tüm nüfus için %31.1, kadınlar için %32.3, erkekler için %24 olarak saptanmıştır. Tablo 6’da gösterilen değerlere göre kadınlarda düşük ağırlıklı ve obez oranlarında, erkeklerde normal ve fazla ağırlıklı oranlarında artış görülmekte, fakat fazla ağırlıklı ve obez sınıflandırmasına girenlerin toplamına bakıldığında kadın (%53.8) ve erkeklerde (%53.5) farklılık görülmemektedir (49). OECD ülkelerinde obezite prevalansının araştırıldığı Tablo 7’de yer verilen çalışmada elde edilen verilere göre obezitenin en sık görüldüğü ülkeler arasında ilk sırada ABD (%28.7), ikinci sırada İzlanda (%22.2) ve üçüncü sırada Türkiye (%19.9) gelmektedir. Obezite sıklığının en düşük olduğu ülkeler içinde ise ilk sırada Kore (%2.4), ikinci sırada İsviçre ve İtalya (%10.3) yer almaktadır (50).

**Tablo 6: Türkiye’de Demografik Değişkenlere Göre BKİ Sınıflandırması (49)**

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Düşük Ağırlıklı	Normal Ağırlıklı	Fazla Ağırlıklı	Obez (%)
2008	Toplam	100	4.2	48.2	32.4	15.2
	Kadın	100	2.7	48.1	36.9	12.3
	Erkek	100	5.9	48.2	27.4	18.5
2010	Toplam	100	4.7	45.5	33.0	16.9
	Kadın	100	3.5	46.1	37.3	13.2
	Erkek	100	5.9	44.7	28.4	21.0
2012	Toplam	100	3.9	44.2	34.8	17.2
	Kadın	100	2.7	44.7	39.0	13.7
	Erkek	100	5.1	43.6	30.4	20.9
2014	Toplam	100	4.2	42.2	33.7	19.9
	Kadın	100	2.8	43.7	38.2	15.3
	Erkek	100	5.5	40.7	29.3	24.5

Tablo 6: OECD. Health Statistics. Frequently-Requested-Data. 2015.

(<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequentlyrequested-data.htm>)

**Tablo 7: OECD Ülkelerinde Obezite Prevelansı (50)**

Ülkeler	Yıl	%
<b>Türkiye</b>	2014	19.9
<b>Almanya</b>		15.7
<b>ABD</b>		28.7
<b>Belçika</b>		13.7
<b>Danimarka</b>		14.2
<b>Finlandiya</b>		15.7
<b>Hollanda</b>	2013	11.8
<b>İsrail</b>		15.7
<b>İsveç</b>		11.7
<b>İtalya</b>		10.3
<b>Kanada</b>		18.2
<b>Kore</b>		2.4
<b>İzlanda</b>		22.2
<b>Fransa</b>	2012	14.5
<b>İsviçre</b>		10.3
<b>Estonya</b>		10.9

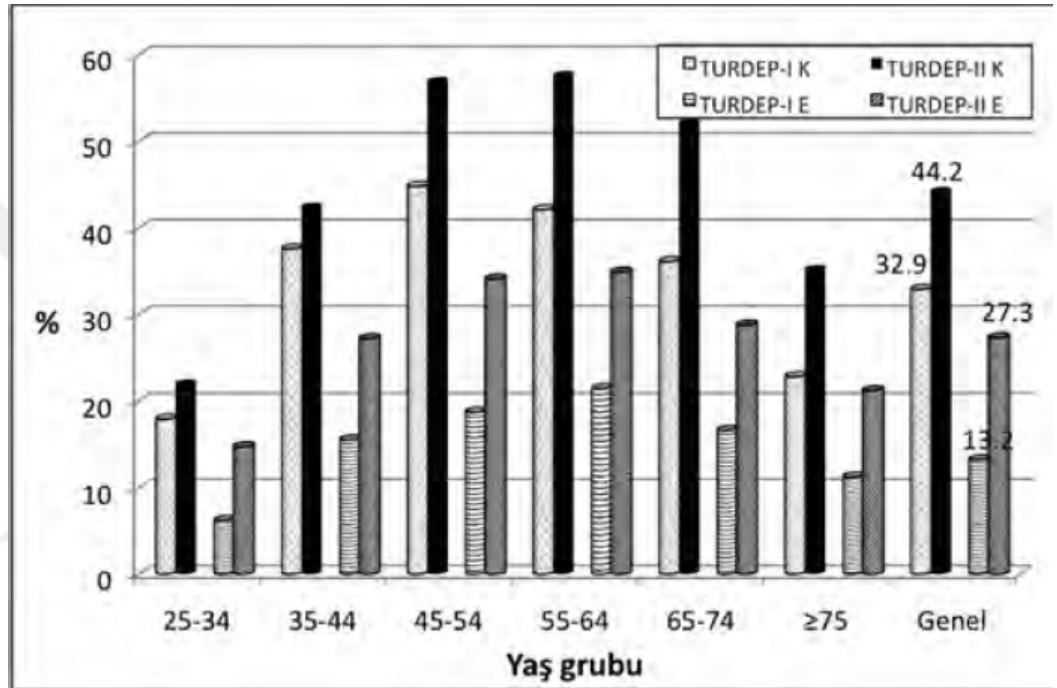
Tablo 7: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması. 2014.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>

Sağlık bakanlığı izniyle Ankara Üniversitesi tarafından geliştirilen “Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım” projesi seçilmiş yedi ilde (Balıkesir, Muğla, Aksaray, İcel, Ordu, Erzincan, Gaziantep) 30-96 yaş arasında 15468 birey üzerinde yapılmış geniş kapsamlı bir araştırmadır. Demografik değişkenler saf dışı bırakıldığında 40-69 yaş arasında BKİ'nin artmakta, 70 yaş üstünde ise azalmakta olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki bireylerin %53.7'si şehir merkezinde yaşamaktadır ve çalışma sonucunda bölgeler arasında elde edilen verilere göre obezitenin en çok görüldüğü yer İç Anadolu iken (%25), en az görüldüğü yer Doğu Anadolu bölgesi (%17.2) olarak bulunmuştur (51).

Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri’nin (TEKHARF) 2000 yılındaki 20 yaş ve üzeri bireylerde obezite prevalansının gösterildiği çalışmada erkeklerde % 21.1, kadınlarda % 43 olduğu (52), Türkiye Diyabet, Obezite ve

Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) çalışmasında ise 20 yaş üstü bireylere uygulanmış, bu oranlar erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %12.8 ve %29.9 olarak saptanmıştır (53). Aynı merkezlerde 12 yıl arayla yapılan TURDEP-I (1998) ve TURDEP II (2010) çalışmalarına göre görülen değişiklikler şekil 2’de verilmiştir. Kızlarda %32.9’dan %44.2’ye çıkan bu oran erkeklerde %13.2’den %22.3’e çıkmıştır. Obezite prevalansının kadınlarda erkeklere göre sık rastlanmasında herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir (53, 54).



**Şekil 2: Yaş ve Cinsiyete Göre TURDEP-I TURDEP-II Çalışmalarında Obezitenin Değişimi (54)**

Şekil 2: Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar. 32.TEMH Kongresi. 13-17 Ekim 2010, Antalya.

## 2.2.Obezite ve Yeme Davranışları İlişkisi

Obezite; karmaşık yapıya sahip olan kronik, biyolojik ve psikolojik kökenli bir hastalıktır. Obezite enerji dengesindeki bozulma sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşam standartlarıyla orantılı olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde sıklıkla

görülmekte olan obezite, gelir düzeyi düşük olan ülkelerde ise zenginlik sembolü olarak değerlendirilmektedir (47). Her bireye özel belli fizyolojik, biyolojik özellikler olduğu gibi, her bireyin farklı metabolik dengesi olduğu da bilinmektedir. Yaşam şekli, kişinin yaşadığı duygusal durumlar, sosyokültürel etkenler ve metabolik dengenin bozulması kişinin besin inançlarını etkilemektedir. Özet olarak, besin inançlarında sinir sistemi ve fizyolojik değişimler önemli rol oynar (1).

Besin inançlarını etkileyen bazı durumlarda santral sinir sisteminin payı büyüktür (10). Yeme isteğinin oluşması, beyindeki bazı bölgelerde sinir sistemi uyarımı ile gerçekleşir. Açlık durumunda lateral hipotalamus, tokluk durumunda ventromedial hipotalamus, aşırı yeme durumunda ise serotonin uyarılmaktadır. Obezitede az da olsa etkisi olan bir diğer faktör ise hormonal rahatsızlıklardır (hipotiroid, hipoparatiroid gibi). Obezite oluşumunda etkisi olan bir diğer konu ise genetik ve metabolik faktörlerdir. Leptin hormonu, yağ dokusunda üretilip, beyine sinyal göndererek yeme isteğini azaltan, obezite oluşumunda anahtar hormondur. Dışarıdan leptin verilmesi ile sağlıklı vücut ağırlığına ulaşılabilir. Bunun dışında bireyin fiziksel aktivitesinin az olması, enerji harcamasını azaltarak sonucunda bazal metabolizma hızını düşürür ve obeziteye eğilimi arttırmaktadır (55).

Yeme bozukluklarına ilişkin yeni araştırmalarda; biyolojik, genetik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşiminin dikkate alındığı görülmektedir. Obez ve aşırı ağırlıklı kişilerin çoğunda yeme bozukluğunun iki alt tipinin etkili olduğu gözlenmiştir. Bunlardan biri TYB'dir. Belirli bir zaman diliminde benzer koşullardaki çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek yeme, yediği miktarı belirleyememe, yeme isteğini durduramama gibi yeme kontrolünü kaybetme olarak tanımlanır. Diğer bir alt tipi olan gece yeme bozukluğunda ise **sirkadyen ritim uyku-uyanma bozukluğu** durumunda kişi yemek için uyanmaktadır (2).

### **2.3.Obezitede Dürtüsellik**

Obezite oluşumunda, genetik, sosyal, kültürel, çevresel, emosyonel ve diyetle ilgili faktörler etkili olmaktadır. Obezite, BYB sınıflandırması içerisinde yer almamaktadır fakat yaygın olarak görülen psikolojik kökenli hastalık özellikleri taşımaktadır. Dürtüsellik, önyargı, öz saygı, vücut şeklinden hoşnut olmama, sağlıksız bir vücut ağırlığı hedefleme, mükemmeliyetçilik bunlardan bazılarıdır.

Sobal ve Stunkard (56), bu durumların hepsini “sosyal olarak kabul gören önyargı” olarak isimlendirmiştir. Çocukluk döneminde başlayan önyargı ve özsayıgı eksikliğinin depresyona eğilimi arttırdığı bilinmektedir. Obez bireylerin kendisine duyduğu özsayıgının azalması, depresif ruh haline bürünmelerine sebep olmaktadır. Obezite ile birlikte bireylerde major depresyon, bipolar bozukluk ve panik bozukluk prevalansı artmaktadır. Son yapılan araştırmalarda BKM>40 kg/m<sup>2</sup> (aşırı obezler) olanlarda depresyon riskinin arttığı görülmektedir. Erişkinlerde ilk olarak obezite görülüp beraberinde depresyonu getirirken, çocuklarda önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir (57). Yapılan çalışmalarda obez erkeklerde depresyon görülme sıklığında bir değişiklik olmazken, obez kadınlarda depresyon oranı artmıştır (58).

Obezite ve TYB görülen bireylerin, zayıf veya normal ağırlıklı bireylere göre daha dürtüsel olduğu sık rastlanan bir bulgu olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda dürtüsel kişilerin yeme kontrolünü sağlayamadıkları, lezzetli ve yüksek enerjili besinlerin daha çok tercih edildiği belirtilmiştir (58).

Obez bireylerde ağırlık kaybetme sürecini etkileyen etmenlerden dürtüselliğın motivasyona etkisi iki şekildedir:

- Obez bireyler zayıflama programının başlangıç evresinde hızlı bir şekilde ağırlık kaybedemediklerinde motivasyonları da düşerek başarısız olurlar.

- Obez bireyler zayıflama programının başlangıç evresinde hızlı bir şekilde ağırlık kaybettiklerinde; çoğunda kısa bir süre sonra aynı ağırlıkya tekrar ulaşır, motivasyonlarında düşüklük görülür (59).

Bireye düzenlenen beslenme programı desteği dışında obezitede kullanılan diğer tedaviler; davranışçı, farmokoterapi, cerrahi ve psikoterapidir (60-62). Bireyin sağlıklı ağırlıksunu sürdürmesini sağlayan ve motivasyonu konu alan davranışçı tedavi yaklaşımları arasında tedavi başlangıcında bireyin yeme ve davranışının değerlendirilmesi, uyarın kontrolü, pekiştirme, beslenme eğitimi, egzersiz, sosyal destek ve bilişsel farkındalık yer almaktadır (55). Farmokoterapi son yıllarda odaklanılan ve güvenirliliği artırma anlamında çok fazla çalışmanın yapıldığı bir alan haline gelmiştir. Çalışma sonuçlarında; ortak sonuç obezitenin uzun süreli tedavisi için Orlistat, Sibutramin ve Rimonabant kullanılması önerilmektedir (61). Diğer bir tedavi çeşidi olan cerrahi tedavi; BKM>35 kg/m<sup>2</sup> olan, en az altı aylık süreçte iki - üç



kez başarısız diyet geçmişi veya BKM>50 kg/m<sup>2</sup> olan, aşırı obez sınıfına girip yaşadığı ciddi sağlık problemlerinin ağırlığın azalmasıyla çözülecek olanlara uygulanmaktadır (62). Son tedavi çeşidi olarak gösterilen davranışçı terapiyi temel alan psikoterapi; kısa süreli etkili olmakla birlikte uzun vadede iyileştirici özelliğe sahip olmadığı belirtilmiştir (60).

### **3. BESLENME ve YEME BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN ÖLÇEKLER**

#### **3.1.İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği**

Besinlerle ilgili uygun olmayan davranışlar ve bilişsel bozukluklar, besinler hakkındaki gerçek dışı tutumlar ya da inançlar olarak tanımlanmaktadır. Besinlerle ilgili sağlıksız/gerçek dışı inançlara “Haz almanın ana kaynağı yemek yemektir.” gibi ifadeler örnek gösterilmektedir. Bireylerin vücut imajlarına dair ince ve kalın olma endişesini, rol modelleri, aile, arkadaş gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirmektedir. Bilişsel - davranışsal terapi yaklaşımları, obezite tedavisi araştırmalarında odak noktadır. Temellerini Osberg’in attığı çalışmada, obezite ve diğer yeme bozuklukları konusunda bilişsel - davranışsal terapi yaklaşımlarına destekleyici bir anket öne sürülürken, sağlıksız beslenmeye dair hatalı düşüncelerin genel kalıpları üzerinde düzenleme ve değiştirme yapılmamıştır. Çalışmanın ana amacı, özel durumdaki beslenme ile ilgili hatalı bireysel düşünceler ve İBİÖ’nün farklı boyutlarının değerlendirmesi bunun yanında uzun dönem ağırlık kontrolü ve ağırlık korumasının geliştirilmesidir (30).

İki alt ölçekten oluşan anketin 41 maddeden oluşan irrasyonel alt ölçeği bilişsel bozuklukları, sağlıksız inançları ve yiyeceklere ilişkin tutumları değerlendirir iken, diğer bir alt ölçeği olan 16 maddeden oluşan RBİ sağlıklı beslenme ile ilgili inançları değerlendirmektedir. Anketin çoğunu kapsayan ve genel amacı hakkında fikir sunan irrasyonel alt ölçek maddeleri, oldukça çeşitli ve aynı zamanda günlük hayatta beslenmenin işlevi hakkında gerçekdışı inançları göstermektedir. Besinlere dair

sağlıklı inançları gösteren, Osberg'in 1997'de başladığı RBİ maddeleri ise Amerika Diyetisyenler Derneği'nin (2005) beslenme diyet önerileriyle de tutarlı olduğunu göstermek için yazılmıştır (30).

Yapılan bir çalışmada, içten denetimli kişilerde önemli olan iki alt faktörün (irrasyonel besin inançları ve RBİ) ve çevresel faktörlerin olduğu; İBİÖ puanlarının; ağırlık artışı, ağırlık kaybı, ağırlık koruması ve bulimik semptomlar ile ilişkili olabileceği tahmin edilmiştir (63).

Başka bir çalışmada başta besine ilişkin gerçek dışı inançların değerlendirmesi olmak üzere uzun süreli ağırlık kontrolü, obezite ve diğer yeme bozuklukları için bilişsel-davranışsal yaklaşımlar ile İBİÖ, BYB ve BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlıklı beslenen kadınların, stres altında oldukları zaman yemek yeme ve bazı yüksek enerjili besinlere karşı savunmasız olabileceği belirtilmiştir. Stresin yüksek yağlı yiyeceklerin seçilmesi üzerindeki etkisi, yüksek yağlı yiyeceklerin duyguların yönetilmesinde yardımcı nitelikte olabileceği ve rahatlık hissi oluşturabileceği inancı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bazı besinlerin olumsuz duyguları yatıştırma, içinde bulunulan stres, depresyon veya anksiyete gibi durumları bastırma, bireyin hayatında eksik olan diğer şeylerin (obje, kişi, duygu durum vb) eksikliğini giderme etkisi, bireylerin stres yaşadıkları zaman besinin ödül niteliğinde olduğunu göstermiştir (30). Bu çalışmayı destekleyici başka bir çalışmada bireylerin besinlerle ilgili sağlıklı inanç ve tutumlarını bazı durumlarda devam ettirdiği gözlemlenmiştir (40). Bunların başlıcaları; anksiyete, depresyon gibi depresif bozukluklarda kendini yönetme, bireyler arası ilişkiler, kötü giden cinsel ilişki (40), belli besinler ile kısıtlı bir şekilde yaşamına devam etme veya sağlıklı besinleri tercih etme gibi durumlardır (42).

### **3.2.Yeme Tutum Ölçeği**

Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test / EAT-26); Garner ve Garfinkel (63) tarafından 1979 yılında AN ve BN belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. İlk olarak 40 madde olarak hazırlanan sonrasında 26 maddelik yeni versiyonu oluşturulan anket altı seçenekli likert ölçeği tipinde düzenlenmiştir. İnce olma isteği ve vücut tatminsizliği, medya etkisi, mükemmeliyetçilik, kişiler arası

güvensizlik, iletişim sorunu, olgunluk korkusu, dürtüler ile ilgili çıkarımlarda bulunma amaçlanmıştır.

### **3.3.Algılanan Stres Ölçeği**

Cohen tarafından (64) 1983 yılında geliştirilen Algılanan Stres Ölçeği (Adaptation of the Perceived Stress Scale / A.S.Ö) 14 maddeden oluşan üç formu bulunan (ASÖ-4, ASÖ-10, ASÖ-14) bir ankettir. Sekiz başlıca durumu (sorun çözme, özeleştirme, duygusal ifade, sosyal destek, kaygı, bilişsel yapılanma, sorunlardan kaçış, sosyal geri çekilme), alt kategorideki dört durumu (ASÖ-4) (sorunlarla uyumlu ve uyumsuz baş etme, duygularla uyumlu ve uyumsuz baş etme) değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Türkiye'deki geçerlilik güvenilirliğini test etmek amacıyla Eskin ve ark. (65) 234 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, bireylerin stres durumunun depresyon ve günlük yaşamdaki olaylarla pozitif yönlü, sosyal destek ve öz saygı ile ters yönlü bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Orijinal çalışma ile de tutarlılık göstermektedir.

### **3.4.Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası**

Rosenberg (66) tarafından 1965 yılında geliştirilmiş, 10 maddelik Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası (Rosenberg Self-Esteem Scale /R.B.S.Ö) kişinin kendisiyle ilgili tutumlarını değerlendirmektedir.

### **3.5.Beden İmgesi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği**

Bireyin bedeninden ve görünüşünden hoşnutsuzluğunu ifade eden olumsuz beden imgesinin; gelişimsel, kültürel, kişilerarası deneyimlerinden ve fiziksel özelliklerinden kaynaklanan birçok nedeni olduğu görülmektedir (67). Batılı toplumlarda güzellik kavramına verilen önemin artmasının, medyanın güzellik ve zayıflık kavramlarını sürekli olarak gündemde tutarak ideal vücut tipi ile ilgili mesajlar vermesinin etkisi ile son yıllarda beden imgesiyle baş etme stratejilerine (Adaptation of the Body Image Coping Strategies Inventory / B.İ.B.S.Ö) verilen önemin giderek arttığı görülmektedir (68-70). Beden imgesinin giderek önem kazanmasındaki bir diğer neden ise olumsuz beden imgesinin, birçok psikiyatrik bozuklukla doğrudan veya dolaylı bir ilişkisinin olması olarak değerlendirilmektedir.

Cash tarafından (67) geliştirilen olumsuz beden imgesinin; beden dismorfik bozukluğu, yeme bozukları, depresyon, düşük benlik saygısı ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu görülmektedir. Beden algısının bozuk olması, bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin, olumsuz beden imgesine sahip olan bireylerin bedensel görünümleri nedeniyle yeni insanlarla tanışmaktan ve sosyal ortamlara girmekten kaçındıkları, kendilerini göstermek istemedikleri, çoğu zaman evden çıkmak istemedikleri bilinmektedir (71). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla Doğan ve ark. (72) yaptığı çalışmada 'olumlu mantıksal kabullenme' alt boyutu ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasında sadece erkeklerde anlamlı bir ilişki saptanırken (r:0.23, p<0.001), 'kaçınma' alt boyutu ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasında hem kadınlarda (r:0.38, p<0.001) hem erkeklerde (r:0.47, p<0.001) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. 'Görünüşü düzeltme' alt ölçeği ile olumsuz değerlendirilme korkusu ölçeği arasında kadınlarda (r:0.32, p<0.001) ve erkeklerde (r:0.33, p<0.001) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Örneklem

Bu çalışma, Aralık 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Acıbadem Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan, yaşları 19-24 arasında değişen 386 gönüllü üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Katılımcılardan 208'i (%53.8) kadın, 178'i (%46.2) erkektir (Tablo 8).

**Tablo 8: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı**

CİNSİYET	N	%
Kadın	208	53.8
Erkek	178	46.2
Toplam	386	100

Çalışma herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan, onam formunu okuduktan sonra anket ile ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü olarak katılan üniversite öğrencileri dahil edilmiştir. Kronik hastalık haricinde çalışmaya alınmama kriteri bulunmamaktadır.

### 4.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada beş farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği (İ.B.İ.Ö), Rosenberg Kendine Değer Verme Skalası Ölçeği (R.B.S.Ö), Algılanan Stres Ölçeği (A.S.Ö), Yeme Tutum Ölçeği (EAT-26), Beden İmgesi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği (B.İ.B.S.Ö) ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

#### 4.2.1. İrrasyonel besin inançları ölçeği

İrrasyonel Besin İnançları; besinlerle ilgili uygunsuz davranışlar ve bilişsel bozukluklar, gerçek dışı inançlar (irrasyonel) olarak tanımlanır. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve kalın olma endişesini, rol modelleri/ aileleri/ arkadaşları gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirmektedir. Toplam 57 sorudan oluşan anketin 41

maddesi İBİÖ olarak bilişsel bozuklukları, sağlıksız inançları ve yiyeceklere ilişkin tutumları değerlendirir iken, 16 maddesi ise RBİ alt ölçeği olarak sağlıklı beslenme ile ilgili inançları değerlendirmektedir.

Temel Bileşenler Faktör Analiz sonuçlarına genel olarak bakıldığında, kadınlar, erkekler ve tüm katılımcılar için ankette yer alan 57 madde orijinal anketteki gibi iki faktör altında toplanmıştır. Elde edilen iki faktör yapısı orijinal anketteki gibi irrasyonel ve RBİ'dir. Her bir alt ölçekte yer alan maddelerin numaraları ve her bir alt ölçeğin toplam kaç maddeden oluştuğu Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9: Alt ölçeklerdeki Maddeler ve Madde Sayısı**

<b>ALT ÖLÇEKLER</b>	<b>ALT ÖLÇEKTEKİ MADDELER</b>	<b>MADDE SAYISI</b>
<b>İrrasyonel</b>	1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57	41
<b>Rasyonel</b>	3, 5, 9, 12, 17, 20, 21, 24, 28, 29, 35, 41, 43, 47, 53, 56	16

Ankette yer alan maddeler, dörtlü likert skalası ile değerlendirmektedir (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3:katılıyorum, 4:kesinlikle katılıyorum). Orijinal makalede; ilk aşamada web aracılığıyla anket geliştirilmiş, İBİÖ puanının ekolojik özellikler ve içten denetimli kişilerde iki faktöre (RBİ ve irrasyonel besin inançları) bağlı olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalaması 19.25 çıkan (SD:2.56) dokuzuncu sınıf öğrencilerinin psikolojik özellikleri gözlenmiş, İrrasyonel ve RBİ alt ölçek skorları arasındaki korelasyon çok az negatif bulunmuş ( $r(57):-0.22, p<0.05$ ), bu da besine dair irrasyonel inançları benimseme ile rasyonel inançları kabul ettirme arasında çok az bir negatiflik olduğunu göstermiştir. Rasyonel inançlar ile ağırlık kontrolü arasında, RBİ ile ağırlık kontrolü arasında, diyet kısıtlaması ile İBİÖ arasında, İBİÖ (57 madde) ile BKİ arasında ilişki bulunmamıştır. İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlilik çalışmasında ise; ( $r:-0.21$ ) negatif yönlü ilişki saptanmıştır (18). Bulgular rasyonel alt ölçek geçerliliğini sorguluyor olarak yorumlanabilse de, aynı zamanda beslenme hakkında rasyonel inançlara sahip olmanın, ağırlık kontrolü ile

ilişkili olması gerekmediğini de yansıtabilmektedir. Osberg'in orijinal çalışması (30) ve İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışması geçerlik güvenirlik çalışmasında (18) görülen ortak sonuçlardan birisi; İrrasyonel alt ölçeği ve bulimik davranış arasındaki ilişki tüm ölçeğin (57 madde) yeme işlevi üzerindeki kontrol ve ağırlık kaybına yol açabileceğini göstermesidir. Orijinal çalışmanın İspanya'da geçerlilik ve güvenirliği 12-20 yaş arası %49.33'ü kadın, ve %50.67'si erkek 571 bireye uygulanmıştır. İspanya'da yapılan çalışmada, besinlere dair irrasyonel inançlar ve stres arasında yeterli iç tutarlılık ( $r:0.90$ ) ve test tekrar test güvenirliği ile tutarlı bir güvenirlik ( $r:0.80$ ) saptanmıştır. Strateji ile başa çıkma ile arasında yeterli iç tutarlılık (0.63-0.89), benlik saygısı ölçeği ile yeterli iç tutarlılık (0.87) ve güvenirlik (0.72), yeme bozukluğu ölçeği ile arasında yeterli iç tutarlılık (0.65-0.93) ve güvenirlik (0.41-0.97) bulunmuştur. İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında irrasyonel alt ölçeği toplam varyansın %34.76'sını, rasyonel alt ölçeği toplam varyansın %18.90'unu açıklamaktadır. Osberg'in orijinal çalışmasıyla da (30) büyük tutarlılık gösteren İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında (18); 16 maddelik RBİ alt ölçeği alfa değeri 0.779 bulunurken, 41 maddelik İrrasyonel alt ölçeği alfa değeri 0.881 bulunmuş, toplam 57 maddelik ölçeğin alfa değeri ise 0.863 ile çalışmanın tutarlılığını göstermiştir.

#### **4.2.2. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması**

Bu anketin geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için ilk önce çeviri çalışması yapılmıştır. Anketin çevrilme sürecinde Brislin (73, 74) tarafından önerilen standart çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Anketin İngilizce orijinali beslenme alanında İngilizce bilen bir, İngiliz dili edebiyatı mezunu ve İngilizce eğitim veren bir üniversiteden mezun olan bir uzman olmak üzere toplam üç kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Elde edilen üç Türkçe anketteki maddeler karşılaştırılmış ve aynı çeviriye sahip maddeler belirlenmiştir. Aynı çeviriye sahip maddeler ve farklı çeviriye sahip maddelerin her bir çeviri şekli yeniden uzmana verilerek tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan anket maddeleri, orijinal anket maddeleri ile karşılaştırılmış farklılıklar, hatalar belirlenmiştir. İngilizce çeviri orijinal ölçek ile karşılaştırılarak birbirine en yakın çeviriler ile Türkçe anketin son şekli oluşturulmuştur.

Yeme davranışlarının belirlenmesi için İBİÖ son yıllarda tüm dünyada sık kullanılan bir ankettir. Anket yeme davranışlarını, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve rasyonel ve irrasyonel alt ölçekleriyle her açıdan irdelemektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması için bu anketin seçilme amacı diğer ülkelerde birçok araştırmada kullanılan bu anketin ülkemizde de araştırmalarda kullanılabilmesini sağlamaktır.

#### **4.2.3. Rosenberg kendine değer verme skalası**

Rosenberg (1965) (66) tarafından geliştirilen özsaygı / kendine değer verme ölçeği, özellikle adölesan ve yetişkinler üzerinde sık kullanılan ölçüm araçlarından birisi olarak bilinmektedir. Ölçek beşi olumlu beşi olumsuz olmak üzere toplam on maddeden oluşmaktadır. Olumlu ve olumsuz maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Anket “kesinlikle katılmıyorum: 1 ile kesinlikle katılıyorum: 4” dörtlü likert ölçek kullanılarak hesaplanmıştır. Ölçek kişiye kendisine duyduğu özsaygıyı göstermektedir. Alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40’tır. Yüksek puanlar kişinin özsaygısının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Türkiye’de ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması ilk olarak Çurahadaroğlu (75) tarafından yapılmış ve orijinal çalışma ile tutarlılık göstermiştir. Psikotik ve nörotik iki grubun özdeğer duygusu “yüksek, orta ve düşük” olarak sınıflandırılmış ve bu sınıflandırmaya göre dağılıma bakıldığında psikotik grup nörotik gruba göre düşük öz değerlilik oranı yüksek görülmüş ve arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Rosenberg’in (66) orijinal araştırmasıyla tutarlılık gösteren bir diğer sonuç ise psikotik kızlarda psikotik erkeklere göre daha çok düşük öz değerliliğe rastlanması olmuştur. Çuhadaroğlu ve Rosenberg’in yaptığı çalışmanın günümüzde geçerliliğinin sağlandığı başka bir çalışmada ise bazı ölçütler geliştirilmiş ve tüm katılımcılar için sonuçlarında geçerlilik katsayısı  $r:0.71$ , test-tekrar test güvenilirlik ile güvenilirlik katsayısı  $r:0.75$  olarak bulunmuştur. Gelecekte umutlu olma ( $t(637.873):-8.773, p:0.000$ ), yaşam koşullarından memnun olma ( $t(352.920):-8.875, p:0.000$ ) ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark olduğu, bu doğrultuda bu iki faktöre sahip olanların olmayanlara göre kendine daha çok değer verdiği gözlemlenmiştir. Öğrenim durumu ve derecesi de kendine değer vermeyi etkileyen önemli faktörler arasında bulunmuştur (76).



#### **4.2.4. Algılanan stres ölçeği**

ASÖ; Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) (64) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ bireyin hayatındaki olayları ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Anketteki maddeler “hiçbir zaman: 0 ile çok sık: 4” arasında korelasyon gösteren beşli likert ölçeği ile hesaplanmıştır. Maddelerden olumlu ifade içeren yedisi tersten puanlanmaktadır. İlk olarak hazırlanan 14 maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ'nin 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. ASÖ-14'ün (yedi adet tersine puanlanan maddeler) puanları 0-56 arasında, ASÖ-10'un puanları 0 - 40, ASÖ-4'un puanları ise 0-16 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Türkiye'deki geçerliğini gösteren Eskin ve ark. (65) 234 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada ASÖ-14 (0.84) ASÖ-10 (0.82) ve ASÖ-4 (0.66) anketlerinin iç tutarlık katsayıları ile testin geçerliliği ve ASÖ-14 (0.87), ASÖ-10 (0.88), ASÖ-4 (0.72) güvenilirlik katsayıları ile güvenilirliğinin yüksek olduğu orijinal makaleyle tutarlılık gösterdiği saptanmıştır.

#### **4.2.5. Yeme tutum ölçeği**

Garner ve Garfinkel (77) tarafından yeme bozuklukları semptomlarının değerlendirilmesine yönelik amacı ile 1979 yılında geliştirilmiş olan EAT-26; 40 maddeden oluşmaktadır. 1982 yılında ise 40 soruluk ölçeğin 26 soruluk yeni versiyonu oluşturulmuştur. Testin geçerlilik güvenilirliği yüksektir. Sorular altı maddelik likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Test AN, BN, TYB'yi kontrol grubundan ayırt edebilmektedir. Fakat AN ile BN'yi karşılaştıramamaktadır (78). Skorun EAT için 30, EAT-26 için 20 olması, bireylerde yeme bozukluğu riski olduğuna dair ipucu verir. EAT-26: AN Belirtileri İndeksini araştırmak için yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında 32 anorektik ve 34 normal bireye uygulanmış, ölçeğin geçerliliği tüm bireylerde 0.72 ile anlamlı bulunmuş, güvenilirlik için alfa katsayısı anorektik bireylerde 0.79, tüm bireylerde 0.94 ile yüksek korelasyon görülmüştür (79).

#### **4.2.6. Beden imgesi ile baş etme stratejileri ölçeği**

Beden imgesi, bireyin bedeniyle ilgili algılamalarını, tutumlarını, düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve davranışlarını kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (67). Olumsuz beden imgesi bireyin fiziksel görünümünde meydana gelen bir değişimin

(örneğin sakatlanma, bedensel görünümü etkileyen bir hastalığa sahip olma) kabullenilmemesinden kaynaklanabileceği gibi bireyin bedensel görünümünün kendi zihninde oluşturduğu ideal beden imgesiyle uyuşmamasından da kaynaklanabilir (60). Cash ve ark. (80) tarafından geliştirilmiş 29 maddelik, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Çalışmaya 50 madde ile başlanmış, analizler sonucu 21 madde elenmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 29 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ölçek, üç alt boyuttan oluşmaktadır. Cronbach alfa katsayısına göre; “görünüşü düzeltme” alt boyutu için kadınlarda 0.90, erkeklerde 0.93; “olumlu mantıksal kabullenme” alt boyutu için kadınlarda 0.80, erkeklerde 0.85; “kaçınma” alt boyutu için ise kadınlarda ve erkeklerde 0.74 olarak bulunmuştur. Ortalama puanlar açısından kadınlar ve erkekler arasında üç boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (67). Orijinal araştırmadaki bu değerlerle tutarlılık gösteren Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla Doğan ve ark. (72) yaptığı çalışmada ‘görünüşü düzeltme’ alt ölçeği kadınlarda 0.84, erkeklerde 0.87, toplamda 0.86; ‘olumlu mantıksal kabullenme’ alt ölçeği kadınlarda 0.83, erkeklerde 0.81 toplamda 0.81; ‘kaçınma’ alt ölçeği kadınlar, erkekler ve toplamda benzer sonuç göstererek 0.84 olarak bulunmuştur.

#### **4.3.Verilerin Toplanması**

İBİÖ’nün geçerliği ve güvenilirliğini test etmek amacı ile anket 386 katılımcıya uygulanmıştır. İBİÖ’nün ölçüt bağımlı geçerliğinin belirlenmesi amacı ile İBİÖ ile birlikte tüm katılımcılara EAT-26, ASÖ, RBSÖ ve BİBSÖ anketleri uygulanmıştır. Ayrıca; İBİÖ’nün test-tekrar test güvenilirliğinin test edilmesi için tüm katılımcılara İBİÖ’nün bir hafta ara ile tekrarı uygulanmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcıların kendi beyanıyla vücut ağırlığı ve boy uzunluğu durumu sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara, anketler anlatılıp verilmiştir. Bilgiler ve verilen cevaplar kontrol edilmiştir. Eksik bilgi içeren anketler çalışma dışı bırakılmıştır. Doğru ve eksiksiz cevaplanan 386 anket çalışmaya dahil edilmiş, eksik bilgi bulunanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

#### 4.4.Verilerin Analizi

Tüm veriler SPSS 12.0 versiyonu programına girilmiştir. Geçerliği için açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi, çok sayıda ölçümün temelinde yatan ve daha az sayıda olan değişkenlerin sayısını ve özelliklerini saptamakta kullanılır. Faktör analizinin amacı, p sayıda ölçümün ardında yatan ve bundan daha az olan k sayıda değişkeni belirlemektir. Faktör analizi, p sayıda ölçümün ortak olan faktör değişkenlerini çıkarma yöntemi olarak da tanımlanmaktadır (81).

Bu çalışmada madde seçimi için Temel Bileşenler Faktör Analizi kullanılmıştır. Bu teknikle hangi maddelerin hangi alt ölçeklerde toplandığı belirlenmiştir. Faktör analizinde bazı değişken ve maddeler birden fazla değişkenle bağlantılı bulunabilir. Bu tür durumlarda eksen döndürme işlemi uygulanır. Eksen döndürmenin amacı; bir değişken veya maddenin bir faktördeki yükünü arttırırken diğer faktörlerdeki yüklerini azaltıp, her faktöre yakın olan değişken ve maddeleri bulmaktır (80). Faktör analizi sırasında negatif veya sıfır yükü olan maddelerin açık bir şekilde görülebilmesi amacıyla dik döndürme işlemi yapılmış ve ikiden fazla faktör için geçerli olan “varimaks” kullanılarak faktör yükleri belirlenmiştir. Faktör yükü açısından 40’ın altında olan ve çeşitli faktörlere saçılım gösteren maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir. Ölçeklerin geçerliği için ise RBSÖ, ASÖ, EAT-26, BİBSÖ skorları ile İBİÖ arasındaki ilişki Pearson Çarpımlar Moment Korelasyon tekniği ile belirlenmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesinde, iç tutarlılık katsayısı, Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır. Anketin test-tekrar test güvenilirliği ise, Pearson Çarpım Momentler Korelasyonu tekniği ile saptanmıştır.

## BULGULAR

### 5.1. İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin Geçerliliği

#### 5.1.1. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin geçerliliğine ilişkin bulgular

İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin (İBİÖ) yapısal geçerliliğini test etmek amacıyla Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks dönüştürmesi uygulanmıştır. Temel bileşenler faktör analizinde, kısmi korelasyonların küçüklüğü, dağılımın faktör analizi için yeterliliğini test etmek için KMQ testi kullanılmıştır. KMQ değerleri kadınlar için yapılan faktör analizinde 0.992, erkekler için 0.996 ve tüm katılımcılar için ise 0.995 olarak bulunmuştur. Bulunan değerler, 0.90 ve üstü olarak geçerli olarak kabul gören KMQ değerlerine ulaşmıştır. Barlett testi ile faktör analizinin değişkenler için uygunluğu test edilmiştir. Elde edilen bu değerler değişkenlerin faktör analizinin uygunluğunu göstermektedir.

Faktör analiziyle ilgili temel kavramların bir tanesi de "Faktör Matrisi"dir. Faktör Matrisi her bir ölçek ile bunların temelinde yatan faktörler arasındaki korelasyonu gösterir. Bunların diğer bir adı da; "Faktör Yüğü (Factor Loading)"dir (82). Çalışmada ölçeği oluşturulan faktörleri ve bunların altındaki maddeleri belirlemek amacıyla döndürülmüş faktör matrisi uygulanmıştır. 386 katılımcının anketlerine uygulanan döndürülmüş faktör matrisi sonucunda elde edilen, alt ölçeklerin faktör yükleri, açıklanan varyansları ve özdeğerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Döndürülmüş faktör yüklemeleri açıklanan varyansı ve biriken varyansı gösterir. Toplam varyansın %36.385'ini açıklayan ilk faktör, irrasyonel alt ölçeğin 41 maddesini bir arada grup haline göstermektedir. İkinci faktör toplam varyansın %15.156'sını açıklamaktadır ve RBİ alt ölçeğin kalan 16 maddesini bir arada gruplandırarak göstermektedir. Belirlenen iki faktör İBİÖ anketinin %51.542'sini açıklamaktadır. Alt ölçeklerinin ve İBİÖ'nin iç tutarlılığı Cronbach'in alfa katsayısını hesaplayarak belirlenmiştir. Bu çalışmada tüm katılımcılar için elde

edilen alfa değerleri; 41 maddelik irrasyonel alt ölçeğinde 0.971, 16 maddelik RBİ alt ölçeğinde 0.940, 57 maddelik anketin tümü için ise 0.962 olarak bulunmuştur.

Tüm katılımcılar için yapılan temel bileşenler faktör analizi sonucunda maddeler iki alt faktör altında toplanmıştır. Faktör 1 altında toplanan 41 madde “irrasyonel” alt ölçeğini, Faktör 2 altında toplanan 16 madde “RBİ” alt ölçeğini oluşturmaktadır. Faktör yükleri 0.41 ila 0.93 arasında değişmektedir.

**Tablo 10: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları**

Maddeler	Faktör 1 İrrasyonel Yeme	Faktör 2 Rasyonel Yeme
1.Besinler konforun yerine geçen bir kaynaktır.	.801	
2.Bazı besinler sizi rahatlatılabilir.	.682	
4.Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.	.886	
6.Hayatımdaki en büyük zevkim yemekdir.	.832	
7.Yemek yemek sıkıntılarının üstesinden gelmek için iyi bir yoldur.	.792	
8.Egzersiz kötü beslenmenin etkilerini telafi edebilir.	.748	
10.Besin depresyondan kurtulmak için iyi bir yoldur.	.849	
11.Sosyal etkinlikler besin olmadan eğlenceli değildir.	.585	
13.Eğer yemek yerken beni kimse görmezse kalori sayılmaz.	.599	
14.Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.	.881	
15.Diyet yapmanın tek yolu sıkı bir diyet yapmaktır.	.477	
16.Yemek yemek stresi azaltmak için iyi bir yoldur.	.624	
18.Bazı besinler karşı konulmazdır.	.529	
19.Bir yiyecek yağsız ise istediğiniz kadar yiyebilirsiniz.	.756	

**Tablo 10: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1 İrrasyonel Yeme</b>	<b>Faktör 2 Rasyonel Yeme</b>
22.Eğer yememeniz gereken bir şey yerseniz kendinizi suçlu hissetmeniz gerekir.	.585	
23.Sınırsızca yiyebileceğiniz yiyecekler vardır ve ağırlık aldurmazlar.	.614	
25.Ağırlıkmu rahatlıkla kontrol edemiyorum, çünkü yemek yemeyi seviyorum.	.551	
26.Yemeyi kontrol edemediğim bazı yiyecekler var.	.628	
27.Var olmam için tatlı yemeliyim.	.707	
30.Tüm sosyal toplantılar yiyecek odaklı olmalıdır.	.826	
31.Bazı yiyecekler bağımlılık yapar.	.614	
32.Yiyecekler benim zevklerimden biridir ve onları yememi düzenlememeliyim.	.777	
33.Yiyecekler seks için iyi bir alternatiftir.	.561	
34.Sağlıklı olmanın canı cehenneme istediğimi yememe izin verin.	.589	
36.Akşam 8'den önce ne yerseniz yiyin ağırlık almazsınız.	.753	
37.Eğer öncelikle egzersiz yaparsam istediğim her şeyi yiyebilirim.	.627	
38.Ağırlıklı olmak genetikdir neden ağırlık vermeye çalışmakla canımı sıkayım.	.636	
39.Meyve ve sebze gibi besinlerin hiç kalorisi yoktur.	.623	
40.Bazı yiyeceklere ihtiyaç duyduğum zamanlar vardır.	.524	
42.İstedığınız kadar içecek içebilirsiniz ve ağırlık almazsınız.	.711	

**Tablo 10: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1 İrrasyonel Yeme</b>	<b>Faktör 2 Rasyonel Yeme</b>
44.Egzersiz yapıyorsanız ne yediğiniz önemli değildir.	.650	
45.Az miktarda yağ sağlıklı bir diyet için gereklidir.	.510	
46.Mutluluk yemek yiyerek elde edilir.	.654	
48.Bir kere kötü bir şey yerseniz diyetinizi bozarsınız.	.492	
49.Sadece acıktığımda yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorum.	.886	
50.Alkolde yağ olmadığı için ağırlık aldırılmaz.	.753	
51.Aslında bir kişinin yediklerinin sağlığı üzerine etkisi yoktur.	.680	
52.Meyve ve sebze gibi besinler yemek cezadır.	.740	
54.Diyet yiyecekler sıkıcıdır.	.494	
55.Günde 3 sağlıklı öğün tüketmek için çaba harcanmalıdır.	.854	
57.Yemek yemek yalnızlıkla başa çıkmak için yardımcıdır.	.770	
3.Sağlıklı beslenme sağlıksız beslenmeden daha fazla zaman almaz.		.657
5.Haşlama fırında pişirme etler için sağlıklı bir pişirme yöntemidir.		.713
9.Sağlıklı beslenmek sevdiğim yiyeceklerden tamamen vazgeçmek değildir.		.750
12.Sağlıklı beslenme yaşam şekli olmalıdır.		.865
17.Sağlıklı bir diyetin anahtarı yediğiniz yiyeceklerde dengeyi sağlamaktır.		.896
20.Doymamış yağlar doymuş yağlardan daha iyidir.		.604

**Tablo 10: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>
	<b>İrrasyonel Yeme</b>	<b>Rasyonel Yeme</b>
21.Kahvaltı günün en önemli öğünüdür.		.772
24.Günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketmek için çaba harcanmalıdır.		.539
28.Ekmek, tahıl, makarna ve pirinç içeren besin grubundan günde en az 6 porsiyon tüketmek önemlidir.		.647
29.Sağlıklı beslenme kanser, diyabet ve kalp hastalıkları gibi bazı hastalıkların riskini azaltabilir.		.868
35.Kalsiyumdan zengin besinler güçlü kemikleri için gereklidir.		.539
41.Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.		.908
43.Besin piramidinin sağlıklı beslenme için rehber olduğuna inanıyorum.		.725
47.Ne kadar çok düşük yağlı olursa o kadar çok yiyebilirsiniz.		.607
53.Diyet yapmak yemek zevkinden vazgeçmektir.		.844
56.İstedğini yiyeceği yiyememe seni üzer.		.606
<i>Özdeğer</i>	20.740	8.639
<i>Açıkladığı varyans</i>	36.385	15.156
<i>Toplam varyans</i>	36.385	51.542

Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı yapılan Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks Dönüştürmesi sonuçları; Tablo 11 ve Tablo 12’de sunulmuştur.



**Tablo 11: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Kadınlar İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1 İrrasyonel Yeme</b>	<b>Faktör 2 Rasyonel Yeme</b>
1.Besinler konforun yerine geçen bir kaynaktır.	.758	
2.Bazı besinler sizi rahatlatılabilir.	.825	
4.Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.	.904	
6.Hayatımdaki en büyük zevkim yemektir.	.814	
7.Yemek yemek sıkıntıların üstesinden gelmek için iyi bir yoldur.	.802	
8.Egzersiz kötü beslenmenin etkilerini telafi edebilir.	.769	
10.Besin depresyondan kurtulmak için iyi bir yoldur.	.866	
11.Sosyal etkinlikler besin olmadan eğlenceli değildir.	.723	
13.Eğer yemek yerken beni kimse görmezse kalori sayılmaz.	.560	
14.Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.	.839	
15.Diyet yapmanın tek yolu sıkı bir diyet yapmaktır.	.478	
16.Yemek yemek stresi azaltmak için iyi bir yoldur.	.585	
18.Bazı besinler karşı konulmazdır.	.485	
19.Bir yiyecek yağsız ise istediğiniz kadar yiyebilirsiniz.	.690	
22.Eğer yememeniz gereken bir şey yerseniz kendinizi suçlu hissetmeniz gerekir.	.558	
23.Sınırsızca yiyebileceğiniz yiyecekler vardır ve ağırlık aldırılmazlar.	.573	
25.Ağırlıkmu rahatlıkla kontrol edemiyorum, çünkü yemek yemeyi seviyorum.	.574	

**Tablo 11: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Kadınlar İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1 İrrasyonel Yeme</b>	<b>Faktör 2 Rasyonel Yeme</b>
26.Yemeyi kontrol edemediğim bazı yiyecekler var.	.706	
27.Var olmam için tatlı yemeliyim.	.639	
30.Tüm sosyal toplantılar yiyecek odaklı olmalıdır.	.826	
31.Bazı yiyecekler bağımlılık yapar.	.573	
32.Yiyecekler benim zevklerimden biridir ve onları yememi düzenlememeliyim.	.805	
33.Yiyecekler seks için iyi bir alternatiftir.	.411	
34.Sağlıklı olmanın canı cehenneme istediğimi yememe izin verin.	.673	
36.Akşam 8'den önce ne yerseniz yiyin ağırlık almazsınız.	.704	
37.Eğer öncelikle egzersiz yaparsam istediğim her şeyi yiyebilirim.	.717	
38.Ağırlıklı olmak genettir neden ağırlık vermeye çalışmakla canımı sıkayım.	.694	
39.Meyve ve sebze gibi besinlerin hiç kalorisi yoktur.	.532	
40.Bazı yiyeceklere ihtiyaç duyduğum zamanlar vardır.	.551	
42.İstediğiniz kadar içecek içebilirsiniz ve ağırlık almazsınız.	.676	
44. Egzersiz yapıyorsanız ne yediğiniz önemli değildir.	.656	
45.Az miktarda yağ sağlıklı bir diyet için gereklidir.	.494	
46.Mutluluk yemek yiyerek elde edilir.	.712	
48.Bir kere kötü bir şey yerseniz diyetinizi bozarsınız.	.360	

**Tablo 11: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Kadınlar İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2
	İrrasyonel Yeme	Rasyonel Yeme
49.Sadece acıktığımda yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorum.	.904	
50.Alkolde yağ olmadığı için ağırlık aldırılmaz.	.705	
51.Aslında bir kişinin yediklerinin sağlığı üzerine etkisi yoktur.	.569	
52.Meyve ve sebze gibi besinler yemek cezadır.	.701	
54.Diyet yiyecekler sıkıcıdır.	.458	
55.Günde 3 sağlıklı öğün tüketmek için çaba harcanmalıdır.	.836	
57.Yemek yemek yalnızlıkla başa çıkmak için yardımcıdır.	.761	
3.Sağlıklı beslenme sağlıksız beslenmeden daha fazla zaman almaz.		.606
5.Haşlama fırında pişirme etler için sağlıklı bir pişirme yöntemidir.		.676
9.Sağlıklı beslenmek sevdiğim yiyeceklerden tamamen vazgeçmek değildir.		.743
12.Sağlıklı beslenme yaşam şekli olmalıdır.		.870
17.Sağlıklı bir diyetin anahtarı yediğiniz yiyeceklerde dengeyi sağlamaktır.		.930
20.Doymamış yağlar doymuş yağlardan daha iyidir.		.632
21.Kahvaltı günün en önemli öğünüdür.		.734
24.Günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketmek için çaba harcanmalıdır.		.608

**Tablo 11: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Kadınlar İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

Maddeler	Faktör 1 İrrasyonel Yeme	Faktör 2 Rasyonel Yeme
28.Ekmek, tahıl, makarna ve pirinç içeren besin grubundan günde en az 6 porsiyon tüketmek önemlidir.		.674
29.Sağlıklı beslenme kanser, diyabet ve kalp hastalıkları gibi bazı hastalıkların riskini azaltabilir.		.864
35.Kalsiyumdan zengin besinler güçlü kemikleri için gereklidir.		.608
41.Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.		.906
43.Besin piramidinin sağlıklı beslenme için rehber olduğuna inanıyorum.		.717
47.Ne kadar çok düşük yağlı olursa o kadar çok yiyebilirsiniz.		.568
53.Diyet yapmak yemek zevkinden vazgeçmektir.		.634
56.İstedigini yiyeceği yiyememe seni üzer.		.819
<i>Özdeğer</i>	20.295	8.803
<i>Açıkladığı varyans</i>	35.605	15.444
<i>Toplam varyans</i>	35.605	51.049

Kadınlar ve erkekler için yapılan Faktör Analizi sonuçları da orijinal ankette yer alan iki faktör yapısını desteklemedir. Ankette yer alan 57 maddenin kadınlar için %51.049'unu ve erkekler için aldığı değerler %53.079'unu açıklamaktadır (Tablo 11 ve Tablo 12). Kadınlar ve erkekler için yapılan faktör analizi sonucunda değerler; tüm katılımcılar için en düşük faktör yükü 0.477, en yüksek faktör yükü 0.917; kadınlar için en düşük faktör yükü 0.492, en yüksek faktör yükü 0.930; erkekler için en düşük faktör yükü 0.411, en yüksek faktör yükü 0.917 olarak bulunmuştur.

**Tablo 12: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Erkekler İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>
	<b>İrrasyonel Yeme</b>	<b>Rasyonel Yeme</b>
1.Besinler konforun yerine geçen bir kaynaktır.	.837	
2.Bazı besinler sizi rahatlatılabilir.	.531	
4.Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.	.865	
6.Hayatımdaki en büyük zevkim yemektir.	.844	
7.Yemek yemek sıkıntılarının üstesinden gelmek için iyi bir yoldur.	.786	
8.Egzersiz kötü beslenmenin etkilerini telafi edebilir.	.724	
10.Besin depresyondan kurtulmak için iyi bir yoldur.	.828	
11.Sosyal etkinlikler besin olmadan eğlenceli değildir.	.437	
13.Eğer yemek yerken beni kimse görmezse kalori sayılmaz.	.621	
14.Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.	.917	
15.Diyet yapmanın tek yolu sıkı bir diyet yapmaktır.	.484	
16.Yemek yemek stresi azaltmak için iyi bir yoldur.	.676	
18.Bazı besinler karşı konulmazdır.	.553	
19.Bir yiyecek yağsız ise istediğiniz kadar yiyebilirsiniz.	.825	
22.Eğer yememeniz gereken bir şey yerseniz kendinizi suçlu hissetmeniz gerekir.	.609	
23.Sınırsızca yiyebileceğiniz yiyecekler vardır ve ağırlık aldırılmazlar.	.666	
25.Ağırlıklımu rahatlıkla kontrol edemiyorum, çünkü yemek yemeyi seviyorum.	.526	

**Tablo 12: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Erkekler İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>
	<b>İrrasyonel Yeme</b>	<b>Rasyonel Yeme</b>
26.Yemeyi kontrol edemediğim bazı yiyecekler var.	.556	
27.Var olmam için tatlı yemeliyim.	.764	
30.Tüm sosyal toplantılar yiyecek odaklı olmalıdır.	.820	
31.Bazı yiyecekler bağımlılık yapar.	.666	
32.Yiyecekler benim zevklerimden biridir ve onları yememi düzenlememeliyim.	.738	
33.Yiyecekler seks için iyi bir alternatiftir.	.677	
34.Sağlıklı olmanın canı cehenneme istediğimi yememe izin verin.	.519	
36.Akşam 8'den önce ne yerseniz yiyin ağırlık almazsınız.	.794	
37.Eğer öncelikle egzersiz yaparsam istediğim her şeyi yiyebilirim.	.524	
38.Ağırlıklı olmak genetikdir neden ağırlık vermeye çalışmakla canımı sıkayım.	.590	
39.Meyve ve sebze gibi besinlerin hiç kalorisi yoktur.	.706	
40.Bazı yiyeceklere ihtiyaç duyduğum zamanlar vardır.	.490	
42.İstedığınız kadar içecek içebilirsiniz ve ağırlık almazsınız.	.774	
44. Egzersiz yapıyorsanız ne yediğiniz önemli değildir.	.635	
45.Az miktarda yağ sağlıklı bir diyet için gereklidir.	.503	
46.Mutluluk yemek yiyerek elde edilir.	.591	
48.Bir kere kötü bir şey yerseniz diyetinizi bozarsınız.	.651	
49.Sadece acıktığımda yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorum.	.865	

**Tablo 12: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Erkekler İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1 İrrasyonel Yeme</b>	<b>Faktör 2 Rasyonel Yeme</b>
50.Alkolde yağ olmadığı için ağırlık aldırılmaz.	.801	
51.Aslında bir kişinin yediklerinin sağlığı üzerine etkisi yoktur.	.763	
52.Meyve ve sebze gibi besinler yemek cezadır.	.780	
54.Diyet yiyecekler sıkıcıdır.	.528	
55.Günde 3 sağlıklı öğün tüketmek için çaba harcanmalıdır.	.865	
57.Yemek yemek yalnızlıkla başa çıkmak için yardımcıdır.	.785	
3.Sağlıklı beslenme sağlıksız beslenmeden daha fazla zaman almaz.		.723
5.Haşlama fırında pişirme etler için sağlıklı bir pişirme yöntemidir.		.760
9.Sağlıklı beslenmek sevdiğim yiyeceklerden tamamen vazgeçmek değildir.		.757
12.Sağlıklı beslenme yaşam şekli olmalıdır.		.855
17.Sağlıklı bir diyetin anahtarı yediğiniz yiyeceklerde dengeyi sağlamaktır.		.865
20.Doymamış yağlar doymuş yağlardan daha iyidir.		.559
21.Kahvaltı günün en önemli öğünüdür.		.811
24.Günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketmek için çaba harcanmalıdır.		.465
28.Ekmek, tahıl, makarna ve pirinç içeren besin grubundan günde en az 6 porsiyon tüketmek önemlidir.		.615
29.Sağlıklı beslenme kanser, diyabet ve kalp hastalıkları gibi bazı hastalıkların riskini azaltabilir.		.874

**Tablo 12: İrrasyonel Besin İnançları Ölçeğinin Erkekler İçin Açıklayıcı İstatistikleri ve Faktör Analizi Sonuçları (devam)**

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2
	İrrasyonel Yeme	Rasyonel Yeme
35.Kalsiyumdan zengin besinler güçlü kemikleri için gereklidir.		.465
41.Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.		.911
43.Besin piramidinin sağlıklı beslenme için rehber olduğuna inanıyorum.		.729
47.Ne kadar çok düşük yağlı olursa o kadar çok yiyebilirsiniz.		.655
53.Diyet yapmak yemek zevkinden vazgeçmektir.		.574
56.İstedğini yiyeceği yiyememe seni üzer.		.880
<i>Özdeğer</i>	21.245	9.010
<i>Açıkladığı varyans</i>	37.272	15.807
<i>Toplam varyans</i>	37.272	53.079

Tüm katılımcılar için RBİ alt ölçeği içerisinde en önemli farklılıklar (0.908) madde 41 ile “Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.”, irrasyonel alt ölçeği içerisinde (0.886) madde 4 “Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.” ve madde 49 “Sadece acıktığımda yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorum.” olarak görülmüştür.

Kadınlar için RBİ alt ölçeği içerisinde en önemli farklılıklar (0.930) madde 17 ile “Sağlıklı bir diyetin anahtarı yediğiniz yiyeceklerde dengeyi sağlamaktır.”, irrasyonel alt ölçeği içerisinde (0.904) madde 4 “Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.” ve madde 49 “Sadece acıktığımda yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorum.” olarak görülmüştür.

Erkeklerde irrasyonel alt ölçeği içerisinde en önemli farklılıklar (0.917) madde 14 ile “Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.”, RBİ alt ölçeği içerisinde (0.874) madde 29 ile “Sağlıklı beslenme kanser, diyabet ve kalp hastalıkları gibi bazı hastalıkların riskini azaltabilir.” olarak görülmüştür.



Kadınlar ve tüm katılımcıların irrasyonel alt ölçekleri arasında en yüksek değerler açısından benzerlik görülmektedir. Her ikisinde de “Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.” ve “Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.” en yüksek değerleri almıştır. Erkeklerde ise benzerlik görülmemekte, “Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.” en yüksek değer almaktadır.

### **5.1.2. İrrasyonel besin inançları anketinin ölçeklerle bağımlı geçerliğine ilişkin bulgular**

Korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında değer alır.

- 0 - 0,40 > zayıf ilişki
- 0.41 – 0.69 > orta şiddette ilişki
- 0.70 – 1.00 > kuvvetli ilişki olarak bilinmektedir.

Çalışmada kullanılan beş anketin (EAT-26, RBSÖ, ASÖ, BİBSÖ, İBİÖ) alt boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon analizlerinin sonuçlarına tüm katılımcılar için bakıldığında; BKİ ile İBİÖ (-0.246<0.40), F1 (irrasyonel) (r:-0.200), F2 (RBİ) (r:-0.24), BN (r:-0.126), BİBSÖ (r:-0.126) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; yeme kontrolü (r:0.208) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. İBİÖ (57 madde) ile F1 (irrasyonel) (r:0.950) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki; F2 (RBİ) (r:0.597) arasında orta şiddette pozitif yönlü bir ilişki saptandı. EAT-26 ölçeği ile diyet kısıtlaması (r:0.886) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, ağırlık kontrolü (r:0.635) arasında orta şiddette pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 13).

Besinlere dair irrasyonel inançları benimseme ile rasyonel inançları kabul ettirme arasında orta şiddetli pozitif ilişki bulunmuştur (r(57):0.597, p<0.05).

Ağırlık kontrolü ile diyet kısıtlaması (r:0.384), BKİ (r:0.208), İBİÖ (r:0.233), irrasyonel alt ölçeği (r:0.257) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanırken, EAT-26 ölçeği ile (r:0.635) pozitif yönlü güçlü bir ilişki saptanmıştır.

Bulimiya belirtileri ve BKİ (r:-0.126), İBİÖ (r:-0.153), irrasyonel (r:-0.159), EAT-26 (r:-0.398) arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanırken, diyet kısıtlaması ile (r:0.203) pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır.

**Tablo 13: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Tüm Katılımcılar İçin Sonuçları**

	BKI	İBİÖ	F1 (İrrasyonel)	F2 (RBİ)	EAT- 26	Diyet k.	Bulimi a s.	Ağırlık K.	RBİÖ	BİBSÖ
İBİÖ	<b>-.246</b> <b>.000*</b>									
F1 (İrrasyonel)	<b>-.200</b> <b>.000*</b>	<b>.950</b> <b>.000*</b>								
F2 (RBİ)	<b>-.243</b> <b>.000*</b>	<b>.597</b> <b>.000*</b>	<b>.316</b> <b>.000*</b>							
EAT-26	.039 .442	.048 .351	.073 .154	-.042 .410						
Diyet kısıtlaması	-.015 .770	-.034 .503	-.012 .808	-.072 .158	<b>.886</b> <b>.000*</b>					
Bulimia septomlar	<b>-.126</b> <b>.013*</b>	<b>-.153</b> <b>.003*</b>	<b>-.159</b> <b>.002*</b>	-.055 .285	<b>-.398</b> <b>.000*</b>	<b>.203</b> <b>.000*</b>				
Ağırlık Kontrolü	<b>.208</b> <b>.000*</b>	<b>.233</b> <b>.000*</b>	<b>.257</b> <b>.000*</b>	.049 .338	<b>.635</b> <b>.000*</b>	<b>.384</b> <b>.000*</b>	-.076 .137			
RBSÖ	.079 .119	<b>.296</b> <b>.000*</b>	<b>-.323</b> <b>.000*</b>	-.070 .171	<b>.160</b> <b>.002*</b>	<b>.200</b> <b>.000*</b>	.078 .128	.021 .683		
BİBSÖ	<b>-.126</b> <b>.014*</b>	<b>.270</b> <b>.000*</b>	<b>.237</b> <b>.000*</b>	<b>.211</b> <b>.000*</b>	<b>-.133</b> <b>.009*</b>	<b>-.142</b> <b>.005*</b>	-.023 .650	-.108 .033	<b>-.361</b> <b>.000*</b>	
ASÖ	-.013 .802	.130 0.10	<b>.178</b> <b>.000*</b>	-.062 .224	-.074 .145	-.041 .424	<b>-.173</b> <b>.001*</b>	.030 .561	<b>-.475</b> <b>.000*</b>	.058 .260

\* p<0.05

Kadınlar için bakıldığında; İBİÖ (57 madde) ile F1 (irrasyonel) (r:-0.961) arasındaki negatif yönlü kuvvetli bir ilişki, F2 (RBİ) (r:0.561) arasında orta şiddetli pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. EAT-26 ile diyet kısıtlaması (r:0.898) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, ağırlık kontrolü (r: 0.499) ve BN (r:0.580) arasında orta şiddetli pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. RBSÖ ile ASÖ (r:-0.532) orta şiddetli negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Kadınlar İçin Sonuçları**

	BKI	İBİÖ	F1 (irrasyonel)	F2 (RBİ)	EAT -26	Diyet k.	Bulimia s.	Diyet K.	RBSÖ	BİBSÖ
İBİÖ	<b>-.283</b> <b>.000</b> *									
F1 (İrrasyonel)	<b>-.271</b> <b>.000</b> *	<b>-.961</b> <b>.000*</b>								
F2 (RBİ)	<b>-.166</b> <b>.000</b> *	<b>.576</b> <b>.000*</b>	<b>.327</b> <b>.000*</b>							
EAT-26	.130 .061	.085 .222	.111 .110	-.037 .592						
Diyet kısıtlaması	-.107 .124	-0.30 .671	-.005 .943	-.086 .216	<b>.898</b> <b>.000</b> *					
Bulimia belirtiler	-.042 .547	-.067 .339	-.037 .592	-.117 .093	<b>.499</b> <b>.000</b> *	<b>.329</b> <b>.000*</b>				
Diyet Kontrolü	<b>.198</b> <b>.004</b> *	<b>.267</b> <b>.000*</b>	<b>.262</b> <b>.000*</b>	.136 .050	<b>.580</b> <b>.000</b> *	<b>.338</b> <b>.000*</b>	.013 .853			
RBSÖ	<b>.246</b> <b>.000</b> *	<b>-.347</b> <b>.000*</b>	<b>-.385</b> <b>.000*</b>	-.050 .471	.119 .087	<b>.210</b> <b>.002*</b>	-.012 .867	.038 .589		
BİBSÖ	.013 .853	<b>.266</b> <b>.000*</b>	<b>.275</b> <b>.000*</b>	.097 .162	-.123 .077	-.135 .051	-.098 .159	-.059 .399	<b>-.273</b> <b>.000*</b>	
ASÖ	<b>-.183</b> <b>.008</b> *	<b>.283</b> <b>.000*</b>	<b>.300</b> <b>.000*</b>	.080 .248	-.125 .073	-.126 .070	<b>-.145</b> <b>.037*</b>	.000 0.998	<b>-.532</b> <b>.000*</b>	<b>.260</b> <b>.000*</b>

\*  $p < 0.05$

Erkekler için elde edilen sonuçlar; İBİÖ (57 madde) ile F1 (irrasyonel) (r:0.939) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, F2 (RBİ) (r:0.609) arasında orta şiddetli pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. EAT-26 ölçeği ile diyet kısıtlaması (r:0.890) arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, ağırlık kontrolü (r:0.686) arasında orta şiddette pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Diyet kısıtlaması ile ağırlık kontrolü (0.448<0.690) arasında orta şiddette pozitif yönlü, RBSÖ ile BİBSÖ (r:-0.465) ve ASÖ (r: -0.503) arasında orta şiddette negatif yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 15).

**Tablo 15: İBİÖ ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizinin Erkekler İçin Sonuçları**

	BKI	İBİÖ	F1 (İrrasyonel)	F2 (RBI)	EAT -26	Diyet k.	Bulimia s.	Diyet K.	RBSÖ	BİBSÖ
İBİÖ	<b>-.179</b> <b>.017</b> *									
F1 (İrrasyonel)	-.094 .211	<b>.939</b> <b>.000*</b>								
F2 (RBI)	<b>-.280</b> <b>.000</b> *	<b>.609</b> <b>.000*</b>	<b>.300</b> <b>.000*</b>							
EAT-26	-.046 .546	-.005 .950	.020 .788	-.060 .424						
Diyet kısıtlaması	<b>-.188</b> <b>.012</b> *	-.024 .752	-.007 .931	-.051 .498	<b>.890</b> <b>.000</b> *					
Bulimia belirtiler	<b>-.201</b> <b>.007</b> *	<b>-.267</b> <b>.000*</b>	<b>-.310</b> <b>.000*</b>	-.025 .743	<b>.277</b> <b>.000</b> *	.076 .310				
Diyet Kontrolü	<b>.258</b> <b>.001</b> *	<b>.189</b> <b>.012*</b>	<b>.239</b> <b>.001*</b>	-.027 .723	<b>.686</b> <b>.000</b> *	<b>.448</b> <b>.000*</b>	<b>-.182</b> <b>.015*</b>			
RBSÖ	-.114 .130	<b>-.266</b> <b>.000*</b>	<b>-.275</b> <b>.000*</b>	-.102 .174	<b>.202</b> <b>.007</b> *	<b>.199</b> <b>.008*</b>	<b>-.173</b> <b>.021*</b>	-.008 .915		
BİBSÖ	<b>-.263</b> <b>.000</b> *	<b>.268</b> <b>.000*</b>	<b>.198</b> <b>.008*</b>	<b>.286</b> <b>.000*</b>	<b>-.149</b> <b>.047</b> *	-.144 .055	.041 .585	<b>-.157</b> <b>.036*</b>	<b>-.465</b> <b>.000*</b>	
ASÖ	<b>.172</b> <b>.021</b> *	-.002 .980	-.070 .355	<b>-.167</b> <b>.026*</b>	-.011 .880	.045 .548	<b>-.195</b> <b>.009*</b>	.069 .361	<b>-.403</b> <b>.000*</b>	-.129 .087

\* p<0.05

## 5.2. İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği'nin Güvenirliği

### 5.2.1. İrrasyonel besin inançları ölçeğinin iç tutarlılığına ilişkin bulgular

Güvenirlik; bir ölçme aracının hedeflediği amaç, her bir maddenin aynı tutumu ölçmesi veya her bir özelliği ne kadar doğru ölçtüğüdür. Likert ölçeklerinin güvenilirliğini belirlemede ilk tercih edilen ve en iyi yol olan Cronbach alpha değerleri kullanılmaktadır. Cronbach alpha değerleri ile ankette ölçülmek istenen her maddeyi ölçmede, ölçme gücünü belirlemede, ver her bir maddenin ve bu madde dışındaki maddelerin toplanması ile elde edilen değişken/ler arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmaktadır (82).

İlk olarak, tüm katılımcılar, kadınlar ve erkekler için her bir alt ölçeğe ait iç tutarlık katsayıları Tablo 16'da sunulmuştur.

**Tablo 16: İBİÖ Alt Ölçeklerinin Kadınlar, Erkekler ve Tüm Katılımcılar İçin Cronbach Alpha Değerleri**

<b>İBİÖ Alt Ölçekleri</b>	<b>Kadınlar</b>	<b>Erkekler</b>	<b>Tüm Katılımcılar</b>
F1 (İrrasyonel)	0.969	0.973	0.971
F2 (Rasyonel)	0.941	0.940	0.940
Tüm Ölçek	0.960	0.964	0.962

Alt ölçeklerin tutarlılığına ilişkin veri sonuçları; kadınlarda, 0.969 ile irrasyonel alt ölçek ve 0.941 ile RBİ, erkeklerde ise 0.973 ile irrasyonel alt ölçek ve 0.940 ile RBİ olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların irrasyonel alt ölçeği 0.971 iken, RBİ 0.940 olarak bulunmuştur. İBİÖ’de yer alan tüm maddeler için hesaplanan Cronbach alpha değeri ise kadınlarda 0.960, erkeklerde 0.964 ve tüm katılımcılarda 0.962 çıkmıştır.

## 6. TARTIŞMA ve SONUÇ

İBİÖ anketi; 2006 yılında Timothy Osberg ve ark. (30) tarafından besinlerle ilgili gerçek dışı inançlar olarak tanımlanmıştır. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve ağırlıklı olma endişesini, rol modelleri, aile, arkadaş gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirmektedir. İBİÖ'nün ana amacı; özel durumlardaki beslenme ile ilgili yanlış bireysel düşünceler ve İBİÖ'nün farklı boyutlarını değerlendirmek, bunun yanında uzun dönem ağırlık kontrolü ve ağırlık korumasının geliştirilmesidir. Bilişsel-davranışsal ve stres bozukluğu, besinlerle ilgili sağlıksız inançlar “Haz almanın ana kaynağı yemek yemektir.” gibi ifadeler irrasyonel davranışlara örnek gösterilmektedir.

Bu çalışmada da Osberg'in geliştirdiği ölçeğin Türkçe formunun üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliğinin ispatlanması amaçlanmıştır. Türkçe literatürde İBİÖ ölçeği ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, besinler ile ilgili tutarsız/yanlış inançlar konusunda konu ile ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacılara fırsat sunmaktır. Timothy Osberg ve ark. (30) tarafından geliştirilen İBİÖ'nün geçerlilik güvenilirlik çalışmasının Türkçe uyarlaması için 386 gönüllü üniversite öğrencisine ölçek ile ilgili bilgi verilmiş, bir hafta sonra test tekrar test güvenilirliği için yapılmış ve verilerin analizi yapılarak sonuçlandırılmıştır. Alt ölçeklerdeki maddelerin geçerliliği için faktör analiz yapılmıştır. Güvenirliğini belirlemek için ise öncelikle tutarlılığı test edilmiş; Cronbach alpha ve test-tekrar test güvenilirliğine bakılmıştır.

Ölçek irrasyonel besin inançları ve RBİ olmak üzere iki alt ölçek içermektedir. İrrasyonel alt ölçeği bilişsel bozuklukları, sağlıksız inançları ve yiyeceklere ilişkin tutumları değerlendirirken, RBİ alt ölçeği sağlıklı beslenme ile ilgili inançları değerlendirmektedir (30). 57 maddeden oluşan İBİÖ'nün; “faktör 1 –irrasyonel; 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57 numaralı 41 maddeden

oluşmaktadır. “Faktör 2 –RBİ ise; 3, 5, 9, 12, 17, 20, 21, 24, 28, 29, 35, 41, 43, 47, 53, 56 numaralı 16 maddeden oluşmaktadır.

Döndürülmüş faktör, yüklemeleri açıklanan varyansı ve biriken varyansı gösterir. İspanyol çalışmasında elde edilen verilere göre, 41 maddelik ilk faktör toplam varyansın %34.76’sını, 16 maddelik ikinci faktör toplam varyansın %18.90’sını açıklamaktadır (18). Bu çalışmada ise İBİÖ anketinin tüm katılımcılar için faktör analizi sonuçlarına göre 41 maddelik ilk faktör, toplam varyansın varyansın %36.385’ini, 16 maddelik ikinci faktör toplam varyansın %15.156’sını açıklamaktadır. Elde edilen veriler ile İspanya’da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışması ile (18) büyük tutarlılık göstermiştir. Bu çalışmada kadınlar için %51.049 ve erkekler için %53.079 oranlarında toplam varyanslarla benzerlik bulunmuştur.

Kadınlar ve tüm katılımcıların irrasyonel alt ölçekleri açıklayıcılığının değerlendirilmesinde maddelerin puanları benzerlik göstermektedir. Her ikisinde de “Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.” ve “Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.” en yüksek puanlamaya sahiptir. Erkeklerde ise “Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir.” maddesinin açıklayıcı değeri yüksek bulunmuştur. İBİÖ orijinal çalışmadaki alt ölçek puanları ile tutarlılık göstererek erkekler ve kadınlar arasında hiçbir farklılık bulgusuna ulaşamamıştır (30).

Belirlenen iki alt faktör maddeleri varyans değerleri 0.998 çıkmış ve İBİÖ’yü açıklamakta yeterli görülmüştür. Korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında değer alır. Bire yaklaştıkça ilişkinin şiddeti artar, sıfıra yaklaştıkça ilişki şiddeti azalır. Maddelerin toplam varyansının bire yani %100’e olan yakınlığı alt ölçekteki maddelerin tüm ölçeği açıklamadaki yeterliliğini göstermektedir. Değer bire ne kadar yakınsa ölçek o kadar açıklayıcı, yanıtma payı az ve doğru sonuca götürücü olmaktadır (82). Korelasyon katsayısının (-) veya (+) olması sadece ilişkinin yönü hakkında fikir vermektedir. Kullanılan skala şekline göre; 0-0,40>zayıf ilişki, 0,41-0,69>orta şiddette ilişki, 0,70-1,00>kuvvetli ilişki derecelendirme şeklini almaktadır. Sonuç olarak; İBİÖ’nün geçerliliği ve güvenirliği bu çalışmada incelenmiştir. İBİÖ’nün alt boyutları ile çalışmada kullanılan dört farklı ölçek (EAT-26, RBSÖ, ASÖ, BİBSÖ) arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon analizlerinin sonuçları; tüm katılımcılar için bakıldığında;

- BKI ile İBİÖ, irrasyonel besin inançları alt ölçeği, RBİ alt ölçeği, BN, BİBSÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- BKI ile yeme kontrolü arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki,
- İBİÖ ile irrasyonel besin inançları alt ölçeği arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki; RBİ alt ölçeği arasında orta şiddette pozitif yönlü bir ilişki,
- EAT-26 ölçeği ile diyet faktörü arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, yeme kontrolü arasında orta şiddette pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

Kadınlar için bakıldığında;

- İBİÖ ile irrasyonel besin inançları alt ölçeği arasındaki negatif yönlü kuvvetli bir ilişki, RBİ alt ölçeği arasında orta şiddetli pozitif yönlü bir ilişki,
- EAT-26 ile diyet faktörü arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, yeme kontrolü ve BN arasında orta şiddetli pozitif yönlü bir ilişki,
- RBSÖ ile ASÖ orta şiddetli negatif yönlü ilişki saptanmıştır.

Erkekler için elde edilen sonuçlar;

- İBİÖ ile irrasyonel besin inançları alt ölçeği arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, RBİ alt ölçek arasında orta şiddetli pozitif yönlü ilişki,
- EAT-26 ölçeği ile diyet faktörü arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki, yeme kontrolü arasında orta şiddette pozitif yönlü ilişki,
- Diyet faktörü ile yeme kontrolü arasında orta şiddette pozitif yönlü ilişki,
- RBSÖ ile beden algısı ve ASÖ arasında orta şiddette negatif yönlü ilişki saptanmıştır.

Orijinal çalışmada irrasyonel besin inançları alt ölçeği ve RBİ alt ölçeği skorları arasındaki korelasyon negatif yönlü zayıf bulunmuş ( $r(57):-0.22$ ,  $p<0.05$ ), bu da besinlere dair irrasyonel inançları benimseme ile rasyonel inançları kabul ettirme arasında çok az bir negatiflik olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada ise tüm katılımcılar için irrasyonel besin inançları alt ölçeği ve RBİ alt ölçek skorları arasındaki korelasyonda pozitif yönlü ( $r(57):0.316$ ) bir ilişki saptanmıştır. Orijinal çalışmada RBİ ile ağırlık kontrolü arasında, diyet kısıtlaması ile İBİÖ arasında, İBİÖ (57 madde) ile BKI arasında ilişki bulunmamıştır. İspanya’da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında (18) ise; İBİÖ ve BKI arasında negatif yönlü ( $r:-0.21$ ) ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada da İBİÖ ile BKI arasındaki negatif yönlü ilişki ( $r:-0.283$ ) İspanya’da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasıyla (18) RBİ ile ağırlık kontrolü ve



diyet kısıtlaması ile İBİÖ arasındaki ilişki saptanamaması ise orijinal makale ile tutarlılık göstermiştir. Osberg'in çalışmasında (30) besinlere dair irrasyonel inançları benimseme ile rasyonel inançları kabul ettirme arasında çok az bir negatiflik olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise orta şiddetli pozitif ilişki saptanmaktadır ( $r(57): 0.597$ ,  $p<0.05$ ). Timothy Osberg'in orijinal çalışmasında (30) saptadığı rasyonel inançlara sahip olma ve ağırlık kontrolü ile ilişkilendirilmemesi, bu çalışmada da tutarlılık göstermiştir. Besinler hakkında bilgilenme ve diyetle yönelik tutum arasındaki bağlantı eksikliği pek çok çalışmada bulunmaktadır (30). Bulgular RBİ alt ölçeği geçerliliğini sorguluyor olarak yorumlanabilse de, aynı zamanda beslenme hakkında RBİ inançlara sahip olmanın ağırlık kontrolü ile ilişkili olması gerektiğini de yansıtırlar.

Osberg'in çalışmasında (30) İBİÖ ile BKI arasında ilişki saptanmamış, İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında (18) ise ( $r:-0.21$ ) negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada elde edilen verilerde İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasındaki ile tutarlılık göstermektedir. Buradan çıkarılan sonuç; irrasyonel alt ölçeği ile ilgili puanlar ne kadar yüksek olursa BKI puanları o kadar düşük olmaktadır. Çalışmada BN semptomları ile İBİÖ ( $r: -0.153$ ), arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanması ve RBF ile ağırlık kontrolü ve diyet kısıtlaması ile İBİÖ arasında tutarsız bir ilişki bulunması, orijinal çalışma ile tutarlılık göstermiştir. İrrasyonel alt ölçeği ve BN arasındaki ilişki İBİÖ'nin yeme işlevi üzerindeki kontrol ve ağırlık kaybına yol açabileceğini göstermektedir.

Osberg'in orijinal çalışması (30) ve İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında (18) görülen ortak sonuçlardan birisi; irrasyonel alt ölçeği ve BN arasındaki ilişki tüm ölçeğin (57 madde) yeme işlevi üzerindeki kontrol ve ağırlık kaybına yol açabileceğini göstermesidir. Bu çalışmada irrasyonel alt ölçeği ve BN arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r: -0.159$ ), tüm ölçek (57 madde) ve ağırlık kontrolü arasında pozitif yönlü zayıf ( $r: 0.233$ ) bir ilişki saptanmıştır.

İBİÖ güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile yapılan Cronbach alpha iç tutarlılık analizi yapıp, elde edilen değerlere bakıldığında, alt ölçeklerde bulunan maddelerin çok az bir kısmı hariç birbiri ile tutarlı olduğu ve bir bütün oluşturdukları görülmüştür. Ölçekte yer alan tüm maddeler için hesaplanan Cronbach alpha değeri ise kadınlarda 0.960, erkeklerde 0.964 ve tüm katılımcılarda 0.962 çıkmıştır. Alt

ölçeklerin büyük kısmının alfa katsayılarının yüksek olması o alt ölçeğe ait maddelerin birbiriyle tutarlı ve bağlantılı olduğu ve iyi derecede birlikte çalıştıkları anlamına gelmektedir. Çalışmada, İBİÖ'ye ait tüm maddeler ve RBİ ve İrrasyonel besin inançları olarak bilinen iki alt ölçek için elde edilen iç tutarlık alfa katsayıları, yüksek güvenilir ve tutarlılık gösteren 0.80 - 1.00 değerleri arasında yer almaktadır. Kadınlar ve erkekler için yapılan faktör analizi sonucunda değerler; tüm katılımcılar için 0.917, kadınlar için 0.930, erkekler için 0.917 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin tutarlılığına ilişkin veri sonuçları; kadınlarda 0.969 ile irrasyonel besin inançları ve 0.941 ile RBİ, erkeklerde ise 0.973 ile irrasyonel besin inançları ve 0.940 ile RBİ olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların irrasyonel besin inançları alt ölçeği 0.971 iken RBİ alt ölçeği 0.940 olarak bulunmuştur. Bu da alt ölçeklerin birbiriyle ve orijinal makale ile tutarlı olduğunu göstermektedir (30).

Ankette yer alan iki alt ölçeğe ait maddelerin korelasyon katsayıları incelendiğinde; bulunan korelasyonların yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulunan korelasyon değerleri her bir alt ölçeğin maddelerini ölçmeyi hedeflemesi ile ankette yer verilen iki alt ölçeği ölçtüğünü göstermektedir.

İBİÖ'nün bu çalışmada tutarlı sonuç verip vermediği, test-tekrar test güvenilirliği ile belirlenmiştir. Bir hafta ara ile uygulanan İBİÖ'nün test tekrar test çalışmasına bakıldığında İBİÖ anketinin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir.

Yapılan analizler incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Sonuç olarak İBİÖ geçerli ve güvenilir bir ölçektir ve ülkemizde kullanılması uygundur.

Orijinal çalışma ve İspanyol verisyonlu çalışmada BKİ ile elde edilen tutarsızlıklar, bireylerin ağırlık ve ağırlıklarının ölçüm cihazlarında ölçülmesi ve anket yoluyla kendilerinin doldurmasıyla gerçekleşen farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bu konuda yapılacak sonraki çalışmalarda bu tutarsızlığın giderilmesi önemli olacaktır.

“Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.” ve “Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.” maddelerinin en yüksek puanlamaya sahip olmasıyla bireylerin sağlıklı beslenmenin ne olduğu hakkında bilinçli olduğunu fakat bazı durumlarda (anksiyete, depresyon, depresif ruh hali, kaygı, öfke vb gibi) sağlıksız, zararlı besinleri tercih etmeleri görülmektedir. Duygusal açlık denilen bu

durumlarda bireyler; yemek yeme yerine hobi, spor vb gibi farklı alternatiflere başvurmalıdır.

Orijinal çalışmayla (30) tutarlılık gösteren bu çalışmada, RBİ ile ağırlık kontrolü arasında ve diyet kısıtlaması ile İBİÖ arasındaki ilişki saptanmamış fakat bu sonuçlar İspanya'da yapılan geçerlik-güvenirlik çalışması ile (18) tutarsızlık göstermiştir. Bu konunun ileride yapılacak araştırmalardan elde edilecek sonuçlarla daha çok güçlenerek bir sonuca ulaşması hedeflenmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and Eating Disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2005; 28: 55-67.
2. Agras WS, Labouvie EW, Pratt EM, Telch CF, Wilson GT. Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2001; 29: 177-186.
3. Annagür BB, Erhan Ç, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma, Nöropsikiyatri Arşivi. 2012; 49: 14-19.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM 5 (Çev. ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2014.
5. Stellar E, Stunkard AJ. *Eating and Its Disorders.* Raven Pres, New York. 1984.
6. Baş M. Yeme Bozukluklarına Diyetel Yaklaşım ve Ağırlık Denetimi. Yetişkinlerde Ağırlık Denetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı. Bolu. 2007.
7. Cascarans H, Incledan T, Kalman D, Krieger DR, Woolsey M. Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic. *Journal of the American Dietetic Association.* 2002; 5: 697-698.
8. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. 1993; 14: 119-126.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders.* Washington. 1998; 539-550.
10. Frazier CJ, Herman JP, Hiller H, Kloet AD, Krause EG, Pati D, Seeley RJ, Wang L, Woods SC, Sumners C. Angiotensin type 1a receptors in the paraventricular nucleus of the hypothalamus protect against diet-induced obesity. *J Neurosci.* Mar 2013; 33 (11): 4825-4833.
11. Ediger E, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism traits and perfectionistic self presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. 1995; 18: 317-326.
12. Anderson C, Aggen S, Bulik CM, Mazzeo SE, Sullivan P, Tozzi F. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am. J. Psychiatry.* 2003; 160: 366-368.
13. Cooper Z, Fairburn CG, Shafran R. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa *Behav. Res. Ther.*, 1999; 37: 1-13.
14. Ruderman AJ. Obesity, anxiety, and food consumption. *Addict Behav.* 1983; 8: 235-242.

15. Bruch H. Obesity in childhood and personality development: 1941. *Obes Res.* Mar 1997; 5 (2): 157-161.
16. Beaumont P, Birmingham CL. Medical management of eating disorders. Cambridge Cambridge University Press. 2004.
17. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther.* 2004; 42: 1341-1356.
18. Bolaños P, Lobera J. Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutr Hosp.* 2010; 25(5): 852-859.
19. Cooper MJ. Eating disorders, culture and cognition. In Schumaker JF, Ward T. (Eds.). *Cultural cognition and psychopathology.* Westport. 2001.
20. Kerry S, Rachman S, Shafran R, Teachman BA. A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought–shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology.* 1999; 38: 167–179.
21. Serpell L, Tchanturia K, Treasure J, Troop N. Perceptual illusions in eating disorders: Rigid and fluctuating styles. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry,* 2001; 32: 107–115.
22. Crosby RD, Heron KE, Mitchell JE, Sliwinski MJ, Smyth JM, Wonderlich SA. Daily and Momentary Mood and Stress Are Associated With Binge Eating and Vomiting in Bulimia Nervosa Patients in the Natural Environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* American Psychological Association. 2007; (75) 4: 629–638.
23. Bergdahl J, Nilsson LG, Nyberg L, Ohman L. Longitudinal analysis of the relation between moderate and long-term stress and health. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress.* 2007; 23 (2): 131–138.
24. Burright RG, Coleman CA, Friedman AG. The relationship of daily stress and health related behaviors to adolescents' cholesterol levels. 1998; 33: 447–460.
25. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite,* 2008; 50 (1): 1–11.
26. Ouwens MA, Van Strien T, Van Der Staak CP. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite.* 2003; 40: 291-298.
27. Bekker MH, Mollerus J, Van De Meerendonk C. Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disord.* 2004; 36: 461-469.
28. Ouwens M, Strien T. Effect of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav* 2007; 8: 251-257.

29. Drevnowski A, Epstein LH, Jeffery RW, Stunkard AJ, Wilson G.T, Wing, RR. Long-term maintenance of weight loss: Current. 2000.
30. Eggert M, Osberg Timothy M. Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: The mediating role of irrational food beliefs, Niagra University, *Eating Behaviors* 2012; 13: 54–57.
31. Ruderman AJ. Dietary restraint: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 1986; 99: 247–262.
32. Mann T, Ward A. Don't mind if I do: disinhibited eating under cognitive load. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000; 78: 753–763.
33. Macht M, Mueller J. Interactive effects of emotional and restrained eating on responses to chocolate and affect. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007; 195(12): 1024–1026.
34. Hetherington M, Wallis D J. Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demands on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*. 2004; 43: 39–46.
35. Habhab S, Roel R, Sheldon P. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite*. 2009; 52: 437–444.
36. Bertelli S, Boccalari R, Centomare F, Ditucci A, Mela CL, Ruggiero GM, Sassoroli S, Scarinci A, Scarone S, Vinai P. The influence of stress on the relationship between cognitive variables and measures of eating disorders (in healthy female university students): A quasi-experimental. Sept 2008; (13) 142-148.
37. Ramsay R, Treasure J, Ward A. Attachment research in eating research. *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73: 35-51.
38. Keskingöz B. Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2007 (Danışman: Uluyol FM).
39. Agras WS, Telch CF. Do emotional states influence binge eating in the obese, *Int J Eat Disord* 1996; 20: 271-279.
40. Cooper J. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25: 511-531.
41. Cooper MJ. Cognitive theory of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1997; 25: 113–145.
42. Cooper PJ, Fairburn CG. Eating disorders. In *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J&Clark DM, ed.).

- Oxford: Oxford University Press. 1989.
43. Bacaltchuk J, Hay PJ. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. The Cochran Library 4. 2000(3):CD000562.
  44. Agras WS, Fairburn CG, Kraemer HC, Walsh T, Wilson GT. A multicentre comparison of cognitive behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry. 2002; 57: 459–466.
  45. Cooper M J, Todd G, Wells A. A cognitive theory of bulimia nervosa. British Journal of Clinical Psychology. 2004; 43: 1–16.
  46. Kennerley H, Ohanian V, Waller G. Schema-focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorders. In P. du Toit (Ed.), Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide. American Psychiatric Association. 2004: 139-143.
  47. Kutluay MT. Obezitede Diyet tedavisi ve Temel İlkeleri. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2003; (suppl.2): S33-S38.
  48. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva, WHO. 2004.
  49. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması'na <http://www.tuik.gov.tr> adresinden ulaşılabilir. (Erişim tarihi: 28.06.2016)
  50. OECD, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'ne <http://www.oecd.org/els/healthsystems/oecd-health-statistic-2014-frequentlyrequested-data.htm> adresinden ulaşılabilir. (Erişim tarihi: 28.06.2016)
  51. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi'ne [http://beslenme.gov.tr/contact/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/kalbimizi\\_koruyalım.pdf](http://beslenme.gov.tr/contact/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalım.pdf) adresinden ulaşılabilir. (Erişim tarihi 28.06.2016)
  52. Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması. 2009.
  53. Satman İ, Yılmaz T, Şengul A. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25: 1551-1556.
  54. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar. 32. TEMH Kongresi. 13-17 Ekim 2010, Antalya.
  55. Balcıoğlu İ, Başer Z. Obezitenin Psikiyatrik Yönü, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008; 341-348.

56. Curioni C, Lau DC, Li SK, Padwal R, Rucker D. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ*. 2007; 335: 1194-1199.
57. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature *Psychol Bull*. 1989; 105: 260-275.
58. Buysse DJ, Faglioni A, Frank E, Houck PR, Kupfer DJ, Mallinger AG, Ombao H, Swartz HA. Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*. Jun 2002; 63: 528-533.
59. Berkson M, Davis C, Strachan S. Sensitivity to reward: Implications for overeating. *Appetite* 2004; 42: 131-138.
60. James EM, Myers TC. Behavioural assessment and treatment overview. *Psychiatr Clin N*. 2005; 28: 105-116.
61. Majumdar SR, Padwal RS. Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine and rimonabant. 2007; 369: S71-S77.
62. Finkelstein EA. How big of a problem is obesity? Surgery for obesity and related diseases. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2014; 10: 569-570.
63. Aguayo G, MacDougall S, Osberg T, Poland D. The Irrational Food Beliefs Scale: Development and Validation. *Eating Behaviours*. 2008; 9: 25-40.
64. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24: 385-96.
65. Dereboy Ç, Demirkıran F, Eskin M, Harlak H. Algılanan Stres Olçeğinin Turckeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi. New/Yeni Symposium Journal*. Ekim 2013; 51: 132.
66. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
67. Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York. Guilford Press. 2002.
68. McCabe MP, Ricciardelli LA, Finemore J. The role of puberty, media, and popularity with peers as strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *J Psychosom Res*. 2002; 52: 145-153.
69. Cusumano DL, Thompson JK. Media influence and body image in 8-11-year-old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *Int J Eat Disord*. 2001; 29: 37-44.
70. Heinberg LJ, Thompson JK. Body image and televised images of thinness and attractiveness: a controlled laboratory investigation. *J Soc Clin Psychol* 1995; 14:



325-338.

71. Doğan T, Totan T, Sapmaz F. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011; 12: 121-129.
72. Doğan T, Sapmaz F, Totan T. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011; 12: 121-129.
73. Agras WS, Arnow B, Kenardy J. Binge eating among the obese: A descriptive study. Journal of Behavioral Medicine. 1992; 15: 155-170.
74. Serpell L, Treasure AL., Troop NA. A further exploration of disgust in eating disorders. European Eating Disorders Review. 2002; 10: 218-226.
75. Çuhadaroğlu F, Adölesanlarda Öz Değerlilik Duygusu ve Çeşitli Psikopatolojik Durumlarla İlgisi'ne <http://www.dusunenadamdergisi.org/ing/DergiPdf/DUSUNENADAMDERGISI7fb88c632294c97a17c5e056ef7207f.pdf> adresinden ulaşılabilir. (Erişim tarihi 15.05.2016)
76. Altıok H, Ek N, Koruklu N. Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Aralık 2010; 1.
77. Garfinkel P, Newman A. The Eating Attitudes Test: Twenty Five Years Later. Eating And Weight Disorder. 2001; 6: 1-24.
78. Thompson K. Handbook Of Eating Disorders And Obesity. 2003; 119-122.
79. Erol N, Savaşır I. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. Psikoloji Dergisi. Kasım 1989; 7 (23): 19-25.
80. Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. 2003; 24.
81. Hovardalıoğlu S. Davranış Bilimleri için Araştırma Teknikleri. Ankara. VE-GA Yayınları. 2003; 24.
82. Kalaycı Ş, Kayış A. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 2006; 404 419.

