

**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK PROGRAMI**



**HOLLANDA YEME DAVRANIŞI (DEBQ) ANKETİNİN
TÜRK ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİNİN SINANMASI**

**Yüksek Lisans Tezi
Diyetisyen Nuray BOZAN**

Ankara, 2009

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK PROGRAMI



HOLLANDA YEME DAVRANIŞI (DEBQ) ANKETİNİN
TÜRK ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİNİN SINANMASI

Yüksek Lisans Tezi
Diyetisyen Nuray BOZAN

Danışman
Doç. Dr. Murat BAŞ

Yardımcı Danışman
Prof. Dr. F. Hülya Aşçı

Ankara, 2009

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Dalında Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:17/09/2009

“Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Sınanması”


TEZ DANIŞMANI: Doç.Dr.Murat Baş

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

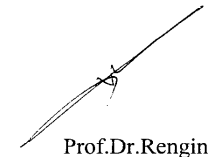
Prof.Dr. F.HÜLYA AŞÇI

Doç.Dr.MURAT BAŞ

Prof.Dr.NEVİN ŞANLIER



ONAY:Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 17 / 09 /2009 tarih SAĞE /2009 /083 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.


Prof.Dr.Rengin Erdal
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle eğitimim süresince ve tez dönemimim her anında yardımlarını ve sonsuz desteğini esirgemediği, beni anladığı ve kendimi ifade etmemi sağladığı için çok değerli danışmanım Doç. Dr. Murat Baş'a, çalışmamda değerli fikirlerini benimle paylaştığı, çalışmama sağladığı katkılar ve gösterdiği sabır için yardımcı danışmanım Prof. Dr. F. Hülya Aşçı'ya,

Araştırma çevirilerinin yapılmasında yardımcı olan Özhan Özesenli ve Meltem Subaşı'na,

Verilerin toplanmasında bana en büyük desteği gösteren sevgili hocam Yeliz Canpolat'a,

Son olarak hayatım boyunca, özellikle de eğitimim süresince yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması

Bu çalışmanın amacı, bireylerde yeme davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile geliştirilen “Hollanda Yeme Davranışı Anketi’nin” Türkiye’de uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ve Türkiye’de kullanılabilir hale getirilmesidir.

Araştırmaya üniversitede öğrenim görmekte olan 346’sı kadın, 162’si erkek olmak üzere toplam 508 adölesan öğrenci katılmıştır.

Ölçek maddelerinin seçimi için verilere Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks dönüştürmesi uygulanmış ve faktör yükü .40 ve daha büyük olan maddelerin ölçekte yer almasına karar verilmiştir. Bu işlemler sonucunda “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” nin, orijinalinde olduğu gibi 3 alt ölçek ve 33 maddeden meydana geldiği bulunmuştur. Bu alt ölçekler “Duygusal Yeme”, “Kısıtlayıcı Yeme” ve “Dışsal Yeme”dir. Faktör yükleri 0.52 ila 0.90 arasında değişmektedir. Alt ölçekler için Cronbach alpha değerleri ise 0.90 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme) arasındadır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0.94 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeklerin madde-toplam ve madde-genel toplam korelasyon değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçüt bağıntılı geçerlik için ise; DEBQ ile EAT-40 arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bunun için Pearson Çarpım Momentler analizi yapılmış, korelasyon katsayıları kadınlar için 0.30, erkekler için 0.10, tüm katılımcılar için ise 0.32 olarak bulunmuştur.

Test-tekrar test güvenirliği için 100 kişiye 4 hafta ara ile tekrar uygulanan ölçeğin güvenirlik katsayıları “Duygusal Yeme” alt leği haricinde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Duygusal Yeme” alt leğinin güvenirlik katsayısı 0.30 bulunurken bu katsayı “Kısıtlayıcı Yeme” için 0.93, “Dışsal Yeme” için ise 0.91 bulunmuştur. Tüm ölçeğin test-tekrar test sonucu bulunan güvenirlik katsayısı ise 0.72’dir.

Bulgular “Hollanda Yeme Davranışı Anketi”nin Türkiye’de kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

ABSTRACT

To Determine of The DEBQ's Reliability And Validity on Turkish University Students

The purpose of this study was determine the reliability and validity of “Dutch Eating Behaviour Questionnaire”s for Turkish adolescents.

346 female, 162 male adolescent students valutarily participate to this study.

In order to identify the items of scale, Principal Component Factor Analysis with Varimax rotation was applied to data and the items whose factor loading was .40 and over .40 were decided to be included in the scale. After these steps, it has been observed that “Dutch Eating Behaviour Questionnaire” consisted of 3 subscale and 33 items like original scale. These subscales were “Emotional Eating”, “Restrained Eating” and “External Eating”. Factor loadings were changed between 0.52-0.90. Cronbach alpha values of subscale were ranged from 0.90 (External Eating) to 0.97 (Emotional Eating). Consistency coefficient of total scale was 0.94. For each of these subscales, item-subtotal end item-general total correlations were found high.

To test criterian related validity the correlations between DEBQ and EAT-40 were determined by Pearson Product Moments Correlation and the obtained correlations were 0.30 for females, 0.10 for males and 0.32 for all participants.

Test-retest reliability coefficient base on a four week interval was determine on one hundred participants. The test-retest relaibility coefficient for Emotional Eating was 0.30, for Restrained Eating was 0.93, for External Eating was 0.91. The test-retest reliability coefficient of total scale was 0.72.

The obtained results on reliability of “Dutch Eating Behaviour Questionnaire” showed that it was scale was reliable and available. So it can be useful in Turkey.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.YEME BOZUKLUKLIAR	3
1.1. TANIM	3
1.2. YEME BOZUKLUKLARININ OLUŞUM NEDENLERİ.....	4
1.2.1. Kişilik ve Psikolojik Faktörler.....	4
1.2.2. Şişmanlık	4
1.2.3. Sosyokültürel Etkiler	4
1.2.4. Vücut Memnuniyetsizliği	5
1.2.5. Diyet Yapma.....	5
1.2.6. Mükemmeliyetçilik	5
1.2.7. Ergenlik Dönemi	5
1.2.8. Genetik Etkenler	5
1.3.YEME BOZUKLUKLARININ OLUŞUMUNDAKİ RİSK FAKTÖRLERİ	6
1.3.1. Bireysel Risk Faktörleri	6
1.3.2. Ailesel Risk Faktörleri.....	7
1.3.3. Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri.....	7
1.3.4. Korelasyonel Faktörler	8
1.3.5. Nedensel Faktörler	8
1.4. YEME BOZUKLUKLARININ GÖRÜLME SIKLIĞI.....	8
1.5.YEME BOZUKLUKLARININ TANIMLANMASI VE SINIFLANDIRILMASI9	
2. ANOREKSİYA NERVOZA.....	10

2.1. TANIM	10
2.2. EPİDEMİYOLOJİSİ	11
2.3. ANOREKSİYA NERVOZA GELİŞİMİNDE RİSK FAKTÖRLERİ	12
2.4. DSM-IV ANOREKSİYA NERVOZA TANI KRİTERLERİ	12
2.5. ANOREKSİYA NERVOZA TİPLERİ	13
2.5.1. Kısıtlayıcı Tip.....	13
2.5.2 Tıkınırcasına yeme / çıkarma (bulimik tip) Tipi.....	13
2.6. ANOREKSİYA NERVOZADA KLİNİK ÖZELLİKLER.....	14
2.7. ANOREKSİYA NERVOZADA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI	16
2.7.1. Beslenme Tedavisi.....	17
2.7.2. Hospitalizasyon (Hastaneye Yatırma)	18
2.7.3. Psikoterapi	18
2.7.4. Dinamik Psikoterapi.....	19
2.7.5. Biyolojik Tedavi.....	19
3. BULİMİYA NERVOZA	20
3.1. TANIM	20
3.2. EPİDEMİYOLOJİSİ	20
3.3. DSM-IV BULİMİYA NERVOZA TANI KRİTERLERİ	20
3.4. BULİMİYA NERVOZA TİPLERİ	21
3.5. BULİMİYA NERVOZADA KLİNİK ÖZELLİKLER	21
3.6. BULİMİYA NERVOZA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI	23
3.6.1. Beslenme Tedavisi.....	23
3.6.2. Psikoterapi	23
3.6.3. Farmakolojik Tedavi	24
4. BAŞKA TÜRLÜ TANIMLANAMAYAN YEME BOZUKLUKLARI (EDNOS) (Eating Disorders Not Otherwise Specified)	24
4.1. TANIM	24
4.2. DSM-IV SINIFLANDIRILAMAYAN YEME BOZUKLUKLARI TANI KRİTERLERİ	25
5. BİNGE EATING (Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu).....	25
5.1. TANIM	25
5.2. TIKANIRCASINA YEME BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ	26

6. DİĞER (DAHA AZ BİLİNER) YEME BOZUKLUKLARI	27
6.1. ORTOREKSİYA NERVOZA	27
6.2. PICKY EATING (KUŞ GİBİ BESLENME).....	28
6.3. NIGHT-EATING SYNDROME (GECE YEME SENDROMU).....	29
6.4. BİGOREKSİYA (MUSCLE DYSMORPHIA).....	30
6.5. PİKA	31
7. YEME BOZUKLUKLARININ SONUÇLARI	31
8. YEME BOZUKLUKLARI İÇİN TANI YÖNTEMLERİ.....	32
8.1. FİZİK MUAYENE.....	32
8.2. YEME BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TESTLER	33

İKİNCİ BÖLÜM

2. GEREÇ VE YÖNTEM	36
2.1. ÖRNEKLEM	36
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
2.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi-DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire)	39
2.2.2. Yeme Tutum Envanteri – EAT-40 (Eating Attitude Test).....	39
2.3. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.....	40
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	40
2.5. VERİLERİN ANALİZİ	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR	42
3.1. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ'NİN GEÇERLİĞİ.....	42
3.1.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular	42
3.1.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Ölçüt Bağıntılı Geçerliğine İlişkin Bulgular	50

3.2. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİNİN GÜVENİRLİĞİ	51
3.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin İ Tutarlığına İlişkin	
Bulgular	51
3.2.1.1. Duygusal Yeme Alt ölçeği	52
3.2.1.2. Kısıtlayıcı Yeme Alt Ölçeği	56
3.2.1.3. Dışsal Yeme Alt Ölçeği	59
3.2.2. Test Tekrar Test Güvenirliği.....	61

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ	63
KAYNAKÇA.....	68
EKLER	79

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Anoreksiya Nervozada ve Bulimiya Nervozada Görülen Fiziksel Ve Laboratuvar Bulgular	32
Tablo 2.1. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılanların cinsiyete göre dağılımı	38
Tablo. 3.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları	43
Tablo 3.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Kadınlar İçin Betimleyici İstatistikleri Ve Faktör Analizi Sonuçları	45
Tablo 3.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Erkekler İçin Betimleyici İstatistikleri Ve Faktör Analizi Sonuçları	48
Tablo 3.4. Alt Ölçeklerdeki Maddeler Ve Madde Sayısı	50
Tablo 3.5. EAT-40 İle DEBQ Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları	50
Tablo 3.6. DEBQ'nun Alt Ölçeklerinin Kadınlar, Erkekler Ve Tüm Katılımcılar İçin Cronbach Alpha Değerleri.....	52
Tablo 3.7. DEBQ'nun "Duygusal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi.....	53
Tablo 3.8. DEBQ'nun "Duygusal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi	54
Tablo 3.9. DEBQ'nun "Duygusal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analiz	55
Tablo 3.10. DEBQ'nun "Kısıtlayıcı Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi.....	56
Tablo 3.11. DEBQ'nun "Kısıtlayıcı Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi	57
Tablo 3.12. DEBQ'nun "Kısıtlayıcı Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analizi	58

Tablo 3.13. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi	59
Tablo 3.14. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi	60
Tablo 3.15. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analizi	61
Tablo 3.16. DEBQ'nun Alt Ölçeklerine İlişkin Test-Tekrar Test Değerleri ..	62

GİRİŞ

Yeme bozuklukları; ağırlık ve besin tüketimi meşguliyetine eşlik eden aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir. Yeme bozukluğu olan ciddi duygusal ve fiziksel problemler ve kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinste de görülmektedir (1). Özellikle adolesanlarda insidans yüksektir. Adolesan dönemde meydana gelen yeme bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklar içinde zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle son yıllarda klinisyenler ve diğer sağlık otoritelerinin yeme bozukluklarına olan ilgisi artmıştır (2). Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme sendromu ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkları içine alan yeme bozuklukları, son 25 yılda ülkemizde hızlı bir artış göstermiştir. Yeme bozukluklarının temel özelliği; kişinin kendini şişman olarak algılaması, baş edilemeyen duygusal karmaşalara aşırı yemek yemenin eşlik etmesi, kilo almaktan ve şişman olmaktan korkması ve zayıflamaya yönelik katı bir istek duyma ile bağlantılı bedensel imge rahatsızlığının olmasıdır. Genel olarak yeme bozuklukları, anormal yeme modelleri ile besin ve ağırlıkla ilişkili bilişsel çarpıtma şeklinde karakterizedir. Beslenme durumundaki ters etkilerin sonuçları; medikal komplikasyonlar, sağlık durumunda ve fonksiyonlarındaki bozukluklar ile ciddi problemlere neden olmaktadır (1).

Özellikle ülkemizde son dönemde dikkat çeken yeme bozuklukları üzerinde birçok araştırma yapılmaktadır. Yeme bozukluklarının tedavisi kadar hastalığa neden olan etmenlerde önemlidir. Yeme bozukluklarının nedenlerinin saptanması için öncelikle bireylerdeki yeme davranışları değerlendirilmelidir. Yurtdışında yeme davranışlarını değerlendirmeye yönelik birçok ölçek kullanılmaktadır. Fakat ülkemizde bu değerlendirme için çok sayıda ölçek bulunmamaktadır.

Yeme davranışlarını belirleyen ölçeklerden biride Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)dur. Van Strein (3) tarafından 1986 yılında geliştirilen anket ve birçok ülkede kullanılmaktadır. Bireylerde meydana gelen “Duygusal Yeme”, “Kısıtlayıcı Yeme” ve “Dışsal Yeme” durumlarını değerlendiren bir ankettir.

Sonuç olarak, bu çalışma ile yeme bozuklukları literatürüne, yeme davranışlarını belirlemeye yardımcı olabilecek bir anket kazandırmak amaçlanmıştır. Eğer bu gerçekleştirilebilirse hem yeme bozukluklarının saptanması biraz daha kolaylaşacak hem de yapılan çalışmalar ve bulunan sonuçlar diğer ölkelerde yapılanlarla daha kolay karşılaştırılabilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.YEME BOZUKLUKLARI

1.1. TANIM

Yemek yeme de diğer davranışlar gibi bir davranış şeklidir. Fizyolojik boyutu da olan ve öğrenilerek geliştirilen bir davranıştır. Çoğu insan acıkmadan yemek yiyebilmekte, tok olduğu halde yemeye devam edebilmektedir (4)

Yeme bozuklukları ise kilo vermek ve düşük vücut ağırlığını korumak amacıyla anormal ve zararlı yeme alışkanlıklarına sahip olup, yemeklerle ilgili düşünce eğilimlerindeki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (5).

Yeme bozuklukları; ağırlık ve besin tüketimi meşguliyetine eşlik eden aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir. Yeme bozukluğuna ait olan ciddi duygusal ve fiziksel problemler kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinste de görülmektedir. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme sendromu ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkları içine alan yeme bozuklukları, son 25 yılda ülkemizde hızlı bir artış göstermiştir. Yeme bozuklukları yüksek sosyo-ekonomik kültüre ait bir hastalık olarak algılanmasına karşın, yapılan birçok çalışmada tüm sosyal sınıflarda bu rahatsızlıklar görülmektedir (1). Toplumdaki güzellik ve çekicilik standartlarının değişimini, normal yeme davranışlarındaki değişiklik izlemiştir. Normal yeme alışkanlığı; son dönemde sürekli olarak diyet yapma olarak anlaşılmaya başlamıştır. Toplumdaki “ideal vücut ölçüleri” ne kavuşma isteği, diyet yapan insan oranındaki artışının ve hatta yeme bozukluklarının yaygınlaşmasının sebebi olarak gösterilebilir (6,7). Yeme bozukluklarının temel özelliği; kişinin kendini şişman olarak algılaması, baş edilemeyen duygusal karmaşalara aşırı yemek yemenin eşlik etmesi, kilo almaktan ve şişman olmaktan korkması ve zayıflamaya yönelik katı bir istek duyma ile bağlantılı bedensel imge rahatsızlığının olmasıdır. Yeme bozuklukları genel anlamda psikiyatrik bir hastalık olarak düşünülmektedir. Ancak yeme bozukluğu olan bireyler tıbbi ve beslenme problemleri ile dikkat çekerler. Genel olarak yeme

bozuklukları, anormal yeme modelleri ile besin ve ağırlıkla ilişkili bilişsel çarpıtma şeklinde karakterizedir. Beslenme durumundaki ters etkilerin sonuçları; medikal komplikasyonlar, sağlık durumunda ve fonksiyonlarındaki bozukluklar ile ciddi problemlere neden olmaktadır (1).

1.2. YEME BOZUKLUKLARININ OLUŞUM NEDENLERİ

Yeme bozukluklarının etiyojisi tam olarak anlaşılabilmiş olmamakla beraber; genetik, sosyo - kültürel ve psikolojik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (8).

1.2.1. Kişilik ve Psikolojik Faktörler: Yeme bozukluklarının gelişiminde kendine güven azlığı, olumsuz duyguları ifade etme ve anlaşmazlıkları çözme güçlüğü, suçluluk, endişe duygusu, mükemmeliyetçilik, yüksek başarı beklentisi ve vücut görünümünden aşırı memnuniyetsizlik gibi bazı kişilik ve psikolojik faktörlerinin önemli olabileceği düşünülmektedir (9). Anoreksiya nervozalı bireyler genellikle sinirli, obsesif depresif olarak tanımlanmakta (10) ve yeme bozukluğu olan hastaların % 50'sinden fazlasında depresyon tanısı bulunmaktadır (11).

1.2.2. Şişmanlık: Şişmanlama durumunun ilerlemesi, yeme patolojisinin gelişmesinde risk etmenidir. Çünkü zayıf olma yönündeki sosyal baskılar, vücut hoşnutsuzluğunu, diyet yapmayı arttırmaktadır. Geçmişte sahip olduğu en yüksek vücut ağırlığı ve son dönem kilo değişimi gibi vücut ağırlığı öyküsünün alınması faydalıdır (12).

1.2.3. Sosyokültürel Etkiler: Çevreden, aileden, arkadaşlardan ve kitle iletişim araçlarından gelen baskılar yeme sorununun gelişimini etkilememektedir (12). . Batı kültüründe kadın güzelliği (ince beden yapısı) konusunda sosyal baskı ve uygulamalar (aerobik, fitness, jogging) abartılı düzeydedir. Kadın haklarında meydana gelen büyük gelişmelere karşın cinsiyetlerin toplumsal varoluşlarının tanımlanmasında büyük değişiklik olmadığı, toplumsal varoluşun tanımlanmasında kadın için 'güzellik', erkek için ise 'akıl' ve 'güç'ün daha önemli olduğu görülmektedir. Modern toplumlarda kadının değerinin daima genç, ince,

çekici kalmasına bağılı olduğu vurgulanmaktadır. Günümüzde bu toplumsal baskı medya kanalıyla daha da artmıştır (7). Ayrıca dansçılar, modeller, atletler gibi bazı meslek grupları her zaman zayıf kalmak zorunda oldukları için yeme bozukluklarına daha yatkındırlar. Ayrıca psikiyatrik bozukluğu olan bireyler, ailesinde alkolizm, yeme bozukluğu, depresyon olanlar da yeme bozukluklarına sık rastlanmaktadır (13).

1.2.4. Vücut Memnuniyetsizliği: Vücut memnuniyetsizliği ve kilo kaygısı bulimik semptomları arttırmakta, kişileri diyet yapmaya yöneltmekte ve yeme patolojisini oluşturmaktadır (14). Vücut imajı memnuniyetsizliği obezite ve yeme bozukluklarında önemli bir psikososyal sorundur. Vücut memnuniyetsizliği ile yapılan çalışmalarda, memnuniyetsizliğe sebep olan etkenler şöyle bulunmuştur; cinsiyet, obezite başlama yaşı, çocuklukta kötü muamele, tıknırcasına yeme gibi davranış faktörleri, özbenlik ve depresyon gibi psikososyal faktörler. Yapılan birçok çalışmada yeme bozukluğu özellikle tıknırcasına yeme sendromu olan bireylerde ve kadınlarda vücut memnuniyetsizliği skoru yüksek bulunmuştur (15).

1.2.5. Diyet Yapma: Diyet yapma bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme sendromu riskini arttırmaktadır. Çok sıkı yapılan diyetlerde kuralları bozma aşırı yeme ile sonuçlanabilmektedir. Bu etkiler genellikle kısa süreli ve düşük enerjili diyetlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır (14).

1.2.6. Mükemmeliyetçilik: Mükemmeliyetçilik yeme patolojisinin gelişmesinde önemli bir risk etmenidir. Yapılan araştırmalarda mükemmeliyetçiliğin diğer risk etmenleriyle birleştiğinde yeme bozukluklarına neden olduğu saptanmıştır (14).

1.2.7. Ergenlik Dönemi: Ergenlik döneminde kızlarda adipoz dokunun artması, erken mensturasyon, vücut hoşnutsuzluğu ve yeme patolojisinin gelişmesine neden olabilmektedir (14).

1.2.8. Genetik Etkenler: Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde genetik yatkınlığın olabileceği belirtilmekte fakat bunu sağlayan özel bir gen

olup olmadığı henüz bilinmemektedir. Tek ve çift yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalarda ikizlerden birinde yeme bozukluğu olmasının, diğer kardeşte de görülme riskini %10-20 arttırdığı saptanmıştır (11).

1.3.YEME BOZUKLUKLARININ OLUŞUMUNDAKİ RİSK FAKTÖRLERİ

Yeme bozukluklarının meydana gelmesindeki risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (1);

1.3.1. Bireysel Risk Faktörleri:

Biyolojik

- Erken matürasyon
- Şişmanlık

Kişilik

- Düşük benlik saygısı
- Tepkisizlik
- Mükemmeliyetçilik
- Olaylarla baş etmede yetersizlik
- Beden memnuniyetsizliği

Davranış

- Diyetsetel kısıtlama
- Flörte başlama
- Ağırılık kaygısı

1.3.2. Ailesel Risk Faktörleri:

Ebeveynler

- Şişmanlık
- Aşırı koruyuculuk
- Dışlanma
- Psikopatoloji
- Kayıp yada yokluk
- Fiziksel yada cinsel istismar

Ailesel Yapı

- Aile içi çatışma
- Beden şekli veya ağırlığı hakkında kaygılar
- Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık

1.3.3. Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri:

Çevresel

- Arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları
- Alay konusu olma
- Grup içinde zayıf olma idealistliği
- Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası

Toplumsal

- Cinsiyet rolü çatışması
- Medya baskısı

- Başarı için fiziksel görünümün önemi
- Baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali

Shillak ve Crago (16) değişik ülkelerde yapılan 26 araştırmayı değerlendirmiş ve yeme bozukluğu oluşumu ile ilişkili 8 risk faktörü saptamışlardır. Bu faktörlerden ağırlık kaygısı, şişmanlık başlangıcı, beden memnuniyetsizliği ve diyetel kısıtlama yeme bozukluğu için spesifik faktörler, erken matürasyon, düşük benlik saygısı, depresyon ve negatif duygusallık ise ilave faktörler olarak belirlenmiştir . Stice (17) ise yeme bozukluklarına neden olan riskleri şöyle sıralamıştır;

1.3.4. Korelasyonel faktörler: Adipozite, depresyon, diyet yapma ve diyetel kısıtlama, ailenin ve ebeveynlerin yetersizliği, atak davranışlar, içalgısal sorunlar, medya etkileri, mükemmeliyetçilik, benlik saygısı, cinsel taciz, ergenlik, ağırlık kaygısı.

1.3.5. Nedensel Faktörler: Beden memnuniyetsizliği, negatif duygulanım, zayıf olmanın sosyo-kültürel baskısı, uluslar arası zayıf olma idealistliği (17).

1.4. YEME BOZUKLUKLARININ GÖRÜLME SIKLIĞI

Yeme bozuklukları daha çok genç kız ve ergenlerde olduğu düşünölen, genellikle orta sosyo ekonomik düzeyde, beyaz ırkta ve çekiciliğın zayıflıkla bağlantılı olduğu kabul edilen endüstrileşmiş toplumlarda görölen psikiyatrik bir hastalıktır (18).

Tüm ergen kızların %4-8'inin, ergen erkeklerin de %2'sinin bulimik olduğu tahmin edilmektedir (19). Yeme bozukluğu olan kişilerin %90'dan fazlası 25 yaşın altındaki bireylerdir. Anoreksiya nervoza genellikle 13-15, bulimiya nervoza ise genellikle 17-25 yaşlarında başlamaktadır (11). Atıştırarak yeme yaklaşık 18 yaşında, ergenler yeni yaşam durumlarıyla yüz yüze geldiklerinde başlar. Bu yüzden bulimiyanın üniversite de daha yüksek oranda görölmesi şaşırtıcı değildir (19). Yeme bozuklukları sıklığının araştırıldığı 2509 kişi

üzerinde yapılan bir çalışmada 13-22 yaş arasındaki genç kız ve kadınların % 0.3'ünde anoreksiya, %0.3'ünde bulimiya %4.2'sinde ise spesifik olmayan yeme bozukluklarına rastlanmıştır (20).

Türkiye'de 783 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ise kızların %13.1'inde erkeklerin ise % 9.2'sinde anormal yeme davranışları saptanmıştır (21). Ankara'da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığının saptanması amacıyla 935 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada; öğrencilere yeme tutum testi (EAT-40) uygulanmış ve öğrencilerin % 13,7'sinde olası yeme bozukluğu saptanmıştır. Olası yeme bozukluğu sıklığı erkeklerde % 20.5 , kızlarda % 11.9 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları; tıp fakültesi öğrencileri arasında olası yeme bozukluğu riskinin yüksek olabileceğini ortaya koymuştur (22).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya, görünüşte erkeklere göre kızlar arasında daha yaygın olmasına rağmen daha yeni deliller, bir zamanlar şüphelenilenden daha fazla erkeğin bu hastalığa yakalandığını göstermektedir. Örneğin 1982'de Harvard Üniversitesinden mezun olanlar üzerinde 1992'de yapılan bir taramada geçen 10 yıl içinde yeme bozukluklarının kadınlarda yarıya indiği, erkeklerde ise ikiye katlandığı saptanmıştır. Yeme bozukluklarının erkeklerde kadınlara göre daha az rapor edilmesinin nedenlerinden biri, erkeklerin kadınlara göre, sorunları için yardım istemekten daha fazla kaçınmalarıdır. Dahası pek çok erkekte yeme bozukluğu, erkek çok aşırı kilolu iken ortaya çıktığı ve kilo kaybı onları ideal kilolarına yaklaştırdığı için görünürde anlamlı bir tıbbi sorun ortaya çıkmaz. Tersine pek çok kadında yeme bozukluğu ideal kilonun altındayken başlar ve hastalığın bir sonucu olarak ciddi şekilde kilo kaybedilir (19).

1.5. YEME BOZUKLUKLARININ TANIMLANMASI VE SINIFLANDIRILMASI

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel Kılavuzu"na göre ;yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları (EDNOS) olarak

sınıflandırılmaktadır. İdeal sınıflandırma sistemi, teşhis kriterlerini geçerli kılmak için gerekli bilgilerin toplanıp değerlendirilmesi ile deneysel olarak ortaya konulmuştur. (23).

2. ANOREKSİYA NERVOZA

2.1. TANIM

DSM-IV sınıflandırılmasına göre, anoreksiya nervozalı kişilerin karakteristik özellikleri şunlardır: yaşa ve boya göre olması gereken minimum vücut ağırlığına ulaşmayı kabul etmeme, düşük kilolu olmasına rağmen yinede kilo almaktan korkan, vücut şekli ve ağırlığını olduğundan farklı algılama, amenore (ard arda en az üç kez adet olmama) (24).

Anoreksiya nervozada :

1- Kişi bulunduğu yaş grubu ve boy uzunluğu açısından normal kabul edilen en düşük vücut ağırlığını ya da bu vücut ağırlığının biraz üzerindeki bir değeri kendisi için uygun bulmaz ya da kabul etmez.

2- Yaş ve boy uzunluğu göz önüne alındığında beklenenden daha düşük bir vücut ağırlığı olmasına rağmen kilo almaktan veya şişmanlamaktan aşırı derecede korkar.

3- Kişinin vücut ağırlığında ya da vücut şeklini algılayışında bir bozukluk vardır. Kişinin kendini değerlendirişinde vücut ağırlığı ya da vücut şekli, olağandan çok daha fazla ve anlamsız ölçüde bir yer kaplar veya o anki vücut ağırlığının düşük olmasının öneminin farkına varamaz (23).

“İnsanlar bana Nazi toplama kampından gelmiş gibi göründüğümü söylediklerinde ben bunu ban yapılabilecek en iyi övgü olarak düşünürdüm.” Bu alıntı anoreksiya nervozaya olarak bilinen ciddi bir yeme bozukluğu gösteren genç bir kızın itirafıdır. Bu genç kız, 18 yaşında, 160 cm boyunda ve 31 kg ağırlığındadır. Bu genç kız şanslıydı; hastalığı yenmeyi ve o günden sonra normal vücut ağırlığını korumayı başardı. Diğer bazıları bu kadar şanslı değildir. Örneğin, şarkıcı kare Carpenter, anoreksiya nervozaya ile uzun bir mücadeleden

sonra 1983'de kalbi aniden durduğu için ölmüştür. Anorektik insanlar kendilerini aşırı kilolu olarak algırlar ve genellikle gıda alımını çok katı biçimde sınırlayarak kilo vermeye çabalarlar. İyice inceldikleri zaman bile kilo almaktan endişe ederler (19).

2.2. EPİDEMİYOLOJİSİ

Anoreksiya nervoza batı toplumlarındaki genç kadınların yaklaşık olarak % 0.2 - 0.7' sinde görölmektedir. 12 - 18 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda sık görüldüğü bilinmektedir. Son 20 yılda hastalığın görölme sıklığında artış gözlenmektedir (25). Türkiye'deki prevelansı ve insidansı hakkında yeterli bilgi bulanmamaktadır.

- Ortalama başlama yaşı: 17 (12-15; 17-21)
- Ergenlik öncesi ve 40 yaş sonrası seyrek

İnsidans: Kızlarda: 8/100.000

Erkeklerde: 0.5/100.000

Prevalans: Ergen kızlarda: % 0.5-1

Kız / erkek : 10-20 /1

(Tüm olguların %10-15'i erkek)

Genel: % 0.28

Yapılan bir çalışmada:

Anoreksiya Nervoza Prevelansı →% 0,6

Kız adolesanlar (10-20 yaş)'ın→% 1'i anoreksiya nervozalı olarak belirlenmiş; hastalık riskinin kızlarda erkeklere göre 3 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (26).

Anoreksiya nervoza, yüksek mortalite riski taşıyan bir hastalıktır. 2881 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada anoreksiyaya bağlı ölüm oranı % 5.6 olarak bulunmuştur (27).

2.3. ANOREKSİYA NERVOZA GELİŞİMİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Anoreksiya nervozanın gelişimindeki risk faktörleri şunlardır (28);

- Çocukluktaki cinsel taciz
- Çocukluktaki olumsuz yaşantılar (bulimiya nervozada daha yüksek)
- İmmatür savunma düzenekleri (bulimiya nervozada daha yüksek)
- Anne-baba beklentileri
- Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları
- Çocuklukta obsesyonel özellikler
- Çocukluk başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk
- Kendilik patolojileri (kişisel kimlik bozukluğu)

2.4. DSM-IV ANOREKSİYA NERVOZA TANI KRİTERLERİ :

DSM-IV'ün belirlediği 5 tanı kriteri vardır;

A- Vücut ağırlığının yaşa ve boya göre normal sınırlarda tutmayı reddetme (ağırlığın yaşa ve boya göre % 15 veya daha altında olması veya birey ergenlik öncesi dönemde ise, büyüme döneminde beklenen miktarda kilo alamaması)

B- Zayıf olunmasına karşın, kilo alma ve şişmanlamaktan aşırı korkma

C- Beden algı bozukluğu (ağırlığın düşük olmasına karşın, hastanın vücudunun veya bazı bölgelerinin şişman olduğunu düşünmesi)

D- Amenore. Kızlarda menarşın gecikmesi (primer amenore) veya daha önce düzenli olan adetlerin en az 3 ay kesilmiş olması (sekonder amenore)

E- Hastalığın kabul edilmemesi ve doktora gidilmemesi (23).

Elbette ki bu kriterler üzerinde farklı saptamalar da vardır. Yapılan bazı çalışmalarda kilo alma fobisinin sadece batı ülkelerindeki anoreksik hastalarda olduğu Hong Kong gibi diğer toplumlarda ise genellikle olmadığı saptanmıştır. Kilo fobisinin kültürel bir kriter olduğu anoreksiya tanısı için esas kriter olmaması gerektiği anlatılmıştır (29, 30). Amenore anoreksiyada genellikle fazla zayıflığa bağlı gelişmektedir. Fakat çok zayıf olan bazı kadınlarda hala menstrasyon siklusu devam etmektedir (31) . Bazen ise amenore belirgin kilo kaybı olmadan önce başlamaktadır (32).

2.5. ANOREKSİYA NERVOZA TİPLERİ

Anoreksiya nervozanın iki farklı türü bulunmaktadır.

2.5.1. Kısıtlayıcı Tip: enerji ve bazı besinler aşırı kısıtlanmakta, diğer grupta ise düzenli olarak aşırı yeme veya çıkarma alışkanlıkları (kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımı) görülmektedir . Kişi kendini aç bırakır ve kilo kaybeder. Tıkanırçasına yeme veya çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı görülmemektedir (23).

2.5.2 Tıkanırçasına yeme / çıkarma (bulimik tip) Tipi: Kişide düzenli olarak tıkanırçasına yeme veya çıkartma (yani kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışları görülmektedir (23).

Anoreksiya hastaların %20-30'unda kronikleşmekte, %30-40'ında ise tedavi edilebilmekte ve hasta eski yaşamına dönüp hayatını devam ettirebilmektedir. Her yıl tedavi edilen 200 hastadan 1'i ölmektedir. Mortalite oranı %5-10'dur. 15-25 yaş arasındaki genç popülasyonda ise ölüm oranı

%20'lere ulaşmaktadır. Ölümün çoğunluğu kardiyovasküler komplikasyonlar, açlık ve intihar yüzünden meydana gelmektedir (32).

2.6. ANOREKSİYA NERVOZADA KLİNİK ÖZELLİKLER

Anoreksiya nervozanın klinik özellikleri, bulguları ve laboratuvar bulguları aşağıda belirtilmektedir (28);

- Önceleri yavaş sonra hızlı kilo kaybı
- Kusma, laksatif, diüretik, egzersiz
- Kiloya bağlı kendine güven
- Kilo verme: disiplin
- Kilo verememe: self kontrol bozukluğu
- Yemek ile obsesyonel uğraşlar (başkalarına yedirme gibi)
- Herkesle birlikte yemekten kaçınma
- Hiperaktivite

Bulgular :

- Hipotansiyon
- Bradikardi
- Hipotermi
- Kuru cilt, lanugo
- Periferik ödem
- Tükrük bezleri hipertrofisi (parotid)
- Dişlerde enema tabakası kaybı

Laboratuvar Bulguları:

- Lökopeni, anemi
- Hipokloremi, hipokalemi
- BUN ↑
- Kortizol ↑
- Kolesterol ↑
- Östrojen ↓
- T3 ve T4 ↓

Anoreksiya nervozada aşırı ağırlık kaybı ve besin ögesi yetersizliklerinden dolayı, gastrointestinal, hematolojik, kardiyolojik, kemik sağlığı ve nöropsikiyatrik birçok problem meydana gelmektedir. Anoreksiya ile ilişkili medikal komplikasyonlar oldukça fazladır. Genellikle vücuttaki kardiyovasküler, iskelet, dermatolojik, gastrointestinal, endokrin ve metabolik sistem etkilenir. Medikal komplikasyonların birçoğu açıklıkla ilişkili problemlerle aynıdır. Kardiyovasküler değişiklikler; düşük kalp atımı, düşük kan basıncı, taşikardi, ventriküler aritmi, kongestif kalp yetmezliği ve genellikle kardiyak yetmezlik sonucu ölümdür. Dermatolojik sorunlar; deride kuruma, incelme, pullanma, tırnaklarda kırılma, ve karoten nedeniyle deride turuncu görünüm. Ayrıca boyun, yüz ve sırt bölgesinde kıllanmalar meydana gelir. Gastrointestinal sistem de etkilenir. Yemek sonrası karında aşırı şişlik hissedilir. Besin alımındaki azalma sonucunda gastrik boşalma gecikir. Bu nedenle az miktarda besin tüketimi bile doyumluk hissi verebilir. İskelet sistemi östrojen yetersizliği, düşük kalsiyum alımı ve malnütrisyon nedeniyle kemiklerin kalsifikasyonunun azalmasından dolayı etkilenir. Endokrin fonksiyonlarda da değişiklikler olur. Aşırı kalori kısıtlaması ve ciddi açlık nedeniyle amenore meydana gelir. Erkek anorektikler de ise serum testosteron seviyesi düşmektedir. Anorektik bireyler hipotiroid eğilimindedirler. Bazal metabolizma hızının azalması, hipotermi ve soğuğa karşı intolerans meydana gelir. Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasını düzenleyen kortizol hormonu yükselir. Anorektik hastalar normal yeme düzenine döndüklerinde ise metabolizma, kortizol salınımı normale döner. Ayrıca anoreksiyada elektrolit dengesizliği, anemi, böbrek taşları ve diğer mineral yetersizlikleri de ortaya çıkmaktadır (1).

52 birey üzerinde yapılan bir çalışmada (30 anorektik, 22 normal birey); anoreksiyalı bireylerin bazal metabolizma hızları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca leptin düzeyleri de anoreksiyalı bireylerde, normal bireylere göre % 76 daha düşük bulunmuştur. Çalışmada leptin konsantrasyonunun ağırlık kazanımıyla birlikte arttığı vurgulanmıştır (33)

Kontrol grubunu 19 sağlıklı bireyin, deney grubunu ise 19 anoreksiya nervozalı bireyin oluşturduğu bir çalışmada; kontrol ve deney gruplarındaki bireylerin leptin, kemik mineral yoğunluğu ve IGF-I (insülin - like growth factor) düzeyleri karşılaştırılmıştır . Anoreksiya nervozalı bireylerde hem kemik mineral yoğunluğu, hem de leptin ve IGF-I düzeyleri sağlıklı bireylere göre daha düşük olarak saptanmıştır (34).

28 anoreksiya nervozalı, 11 sağlıklı birey olmak üzere toplam 39 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervozalı hastaların kemik mineral yoğunluğu ve prolaktin düzeyleri sağlıklı bireylere göre daha düşük bulunurken, testosteron düzeyleri sağlıklı bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (35)

12 anoreksiya nervozalı, 12 herhangi bir yeme bozukluğu olmayan 24 birey üzerinde yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğu olmayan bireyler, anoreksiya nervozalı bireyler ile ve bu 12 bireyden 11'inin ağırlık kazanımı sonrası ideal ağırlıklarının % 90'ına sahip olduğu durumlarıyla karşılaştırılmıştır (36). Aşağıdaki tabloda da görüldüğü gibi; enerji alımları ve beden kitle indeksleri "yeme bozukluğu olmayan > ağırlık kazanımı sağlanmış anoreksiya nervoza > anoreksiya nervoza" şeklinde sıralanabilmekteyken; depresyon ve anksiyete belirtileri tam tersi bir sıralama göstermektedir (37)

2.7. ANOREKSİYA NERVOZADA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Anoreksiya nervozanın tedavisindeki amaçlar şunlar olmalıdır (38);

1) Kişiyi olması gereken sağlıklı ağırlığa geri döndürmek (sağlıklı ağırlığa dönüş şunlarla ilişkilidir; kadınlarda adet döngüsünün geri kazanımı ve normal ovulasyon, erkeklerde normal hormon düzeyi, adolesan ve çocuklarda normal fiziksel ve seksüel gelişim)

2) Fiziksel komplikasyonların tedavisi

3) Kişinin sağlıklı yeme düzeni kazanımı ve tedaviye katılımı için motivasyonunun arttırılması

4) Sağlıklı beslenme ve yeme modellerini öğrenmek için eğitilmesi

5) Yanlış yeme alışkanlıkları, tutumları, beslenmeyle ilgili hisleri, tutarsızlıkları ile ilgili durumların tekrar gözden geçirilmesi ve hastaya bu konuda yardım edilmesi

6) Hastanın psikiyatrik durumunun tedavisi

7) Ailenin desteğini sağlamak hatta gerekirse aile terapisi uygulamak

8) Hastalığın tekrar nüksetmesini engellemek.

Anoreksiyalı hastaların yaklaşık %50'sinin tedavisi başarılı olmaktadır. Anoreksiyalı hastalar eğer olması gereken ağırlığın %25-30 daha altında iseler, bu kişilere hastanede daha kapsamlı tedaviler uygulanmalıdır. Anoreksiyanın tedavisi uzun sürmektedir. Bazen hastalığın tedavisi 1-5 yıla kadar devam edebilir (39).

2.7.1. Beslenme Tedavisi: Beslenme tedavisinin temeli anoraktik bireyin besinlere karşı olan fikir ve düşüncelerini değiştirmeyi amaçlar. Tedaviye başlamadan önce ağırlık değişimi ve beslenme öyküsü alınır. Ağırlık kaybetmeye başladığı zaman ve şu andaki ağırlığı ve BKI belirlenir. Mümkünse deri kıvrım kalınlığı ve beden yağ oranı ölçülür. Bireyin beden yapısına ilişkin görüşleri, alerjik durumu olup olmadığı, besin tüketim durumu, sıvı elektrolit dengesi, ek vitamin mineral alıp almadığı, laksatif, diüretik gibi ilaçlar kullanıp kullanmadığı, mensturasyon durumu, barsak işlevi, öğün sıklığı, besinlere karşı olumsuz davranışı saptanır (40).

Enerji başlangıçta 1.3 x DMH olarak belirlenir. Aktivite arttıkça ve birey yemeği tolere ettikçe 100-200 kkal arttırılır (40). Enerji alımı yavaş yavaş arttırılmalıdır (39). Protein 0.75 g/kg üzerinden hesaplanır ve iyi kaliteli protein kaynaklarından sağlanır. Yağ enerjinin %25-30'u, CHO %50-55'i olarak belirlenir. Ek vitamin ve mineral desteği yapılır. Diyetin yeterli miktarda çözünür posa içermesine özen gösterilir. Mümkün olduğu kadar hastanın ağızdan beslenmesi sağlanır. Eğer hasta katı yiyecekleri yemekte güçlük çekerse besin

değeri yüksek sıvı diyet uygulanır. Enteral beslenme ürünlerinden yararlanılabilir. Hasta besin öğeleri ve sağlığa etkileri konusunda bilgilendirilmelidir (40).

Anoreksiya nervoza genellikle 15-35 yaş arası bayanları etkileyen bir hastalıktır (36). Bu hastalar malnutrisyonlu, çok düşük vücut ağırlığına ve negatif enerji dengesine sahip bireylerdir. Bu hastaların tedavisinde amaç malnutrisyonu düzeltmektir. 87 anoreksiya nervoza hastası kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, refeedingten önce ve sonra hastaların vücut ağırlıkları, beden kitle indeksleri, yağ doku (FM) , yağsız doku (FFM) ,vücut sıcaklıkları, kreatinin indeksleri oral alımları değerlendirilmiş, sonuçlarda pozitif artışlar olduğu saptanmıştır (36).

2.7.2. Hospitalizasyon (Hastaneye Yatırma): Hastaneye yatırılarak yapılan tedavide, davranış tedavisi, kişisel psikoterapi, ailenin eğitim ve tedavisi ve bazı durumlarda psikotropik ilaç tedavisi uygulanır. Birçok hasta psikiyatrik tedavi ile ilgilenmez ve buna direnç gösterir. Hospitalizasyon programını nadiren tartışmadan kabul eder (41).

Anoreksiyalı hastalara hastanede kaldıkları süre içinde şunlar uygulanmalıdır: her hasta her sabah mesanesini boşaltdıktan sonra tartılmalıdır. Günlük aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Eğer kusma varsa kan elektrolitleri düzeltilmeli hipokalemi gelişip gelişmediği izlenmelidir. Hastalar yedikten sonra kustukları için hastane personeli yemekten 2 saat sonraya kadar banyoyu kontrol etmeli, kusma olup olmadığını saptamalıdır. Anoreksiya nervozalı hastaların ağızdan beslenmesi başlayınca kabızlık hafifler. Bazen gayta yumuşatıcılar verilir fakat laksatif asla kullanılmaz (41).

2.7.3. Psikoterapi: Hastaneye yatırılarak tedaviye gerek olmayan olguların büyük çoğunluğu adölesanlardır. Bunlarda aile tedavisi, tedavi programının önemli bir parçasıdır. Başlangıçta, hasta açlıktan ölme tehlikesiyle karşı karşıya olduğu için klasik psikoterapi faydalı değildir. Hastaların bu durumu düzeldikten sonra yapılan psikoterapi daha yardımcı olur. (41)

2.7.4. Dinamik Psikoterapi: Bazı hastalarda dinamik destekleyici işlerliği olan psikoterapi kullanılmaktadır. Burada hastaların direnci zorluk çıkarabilir. Çünkü hastalar semptomlarını kendilerine özgü izah ederler. Doktor hastanın yemek alışkanlıklarını düzenlemek için iyi bir yol izlemelidir. Hastalar kendi durumlarını tam belirleyemezler. Başkalarının söyledikleriyle yorum yaparlar. Psikoterapist hastaya karşı esnek ve ilerleyici davranmalıdır (41).

Anoreksiya nervoza ilaç tedavilerinin çok etkili olmadığı, ağır mental bir hastalıktır (42). Bu nedenle ilk tercih edilmesi gereken yol psikolojik tedavi olmalıdır. Çalışmalar, anoreksiyalıların bilişsel esneklik ile ilgili problemlerinin olduğunu göstermektedir. Kognitif terapinin beden kitle indeksi (BKI) üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kognitif terapinin BKI'yi arttırıcı etkisi, dolayısıyla anoreksiya nervoza üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (42):

2.7.5. Biyolojik Tedavi: Anoreksiya nervozada psikolojik ve nutrisyonel bozukluklara sekonder endokrin değişiklikler ortaya çıkar. Amenore kilo kaybının önünde gider. Diyetle kaybettiği kiloları almak istemeyen daha önce obez olan kadınlarda malnütrisyon ve amenorenin hafif formları daha sık görülür. Farmakolojik çalışmalar anoreksiya nervozanın ara semptomlarını gideren kesin bir ilaç tanımlayamamıştır. Bazı raporlar siproheptadinin (antihistaminik ve antiserotoninerjik özellikleri olan bir ilaç) sınırlı bazı anoreksiya nervoza tiplerinde kullanımını desteklemektedir. Amitriptilin (Elavil)' in anoreksiya nervozalı hastalarda bazı faydaları olduğu bildirilmiştir. Denenen ilaçlar olarak klomipramin (Anafranil), pimozide (Orap) ve klorpromazine (Thorazine) pozitif cevap vermemiştir. Flurksetinin (Prozac) kontrolsüz denemelerinde bir miktar kilo alımı rapor edilmiştir. Anoreksiya nervoza depresif bozukluklarla beraber olduğu zaman verilen antidepresanlarla az miktarda fayda sağlanmıştır (41).

3. BULİMİYA NERVOZA

3.1. TANIM

Bulimiya nervoza tekrarlayan aşırı yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı durdurma çabaları ile belirtilen bir bozukluktur (23). Tıkınırcasına yemek yeme ve arınma davranışları ile karakterize olan bulimiya nervozada, ağırlık kazanımı ile birlikte ağırlık kazanımını durdurma çabası gözlenir. Bulimiya nervoza; benzer zaman ve şartlar altındaki periyotlarda birçok insanın tüketemeyeceği miktarda besin tüketme, bu periyotlarda kendini durduramama hissi, arınma davranışları (kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımı, aşırı egzersiz, kendini aç bırakma), tıkınırcasına yeme ve arınma davranışlarının 3 ay süresince haftada en az 2 kez olması, kişisel olarak vücut ağırlığı ve şeklinden gereksiz etkilenme, tüm bu davranışların anoreksiya nervoza ile birlikte olmaması durumlarıyla karakterizedir (1).

Anoreksiyalı kişinin kendini değerlendirmesinde ve tanınmasında vücut ağırlığı ve de vücut şekli çok önemlidir (43).

3.2. EPİDEMİYOLOJİSİ

Bulimiya nervoza bütün toplumlarda yaklaşık % 1 – 2 oranında görülmektedir (44). Genç kadınlarda erkeklerden 10 kat daha fazla rastlanmaktadır (44).Tüm ergen kızların %4-8'inin, ergen erkeklerin de %2'sinin bulimik olduğu tahmin edilmektedir (19).

3.3. DSM-IV BULİMİYA NERVOZA TANI KRİTERLERİ

DSM-IV bulimiya nervoza için aşağıdaki tanı kriterlerini belirlemiştir (13).

1) Tekrarlayan tıkınırcasına yeme olayı: Örneğin 2 saat gibi herhangi bir zaman periyodunda tüketilen besin miktarı, birçok kişinin benzer şartlar altında benzer sürede yediğinden belirgin bir şekilde daha fazla olması, atak esnasında kontrol hissinin kaybının (yemeyi durduramama hissi veya ne kadar yediğini kontrol edememesi) olması,

2) Kilo artışını önlemek için tekrarlayan uygunsuz davranışlar; kendini kusturma, laksatif , diüretik, lavman veya diğer ilaçların kötüye kullanımı, açlık veya aşırı egzersiz yapılması.

3) Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların ortalama olarak 3 ayda en az haftada 2 kez olması.

4) Kendini değerlendirirken vücut şekli ve kilosundan etkilenme durumu.

5) Vücut imajının anoreksiya nervozadaki kadar bozulmaması.

3.4. BULİMİYA NERVOZA TİPLERİ

2 tip bulimiya vardır;

1) Kişi çok yemekte fakat düzenli olarak kusmakta, idrar söktürücü, lavman, laksatif kullanmaktadır.

2) Kişi yemeyi reddetmekte, aşırı fiziksel aktivite yaparak aldığı enerjiyi harcamayı hedeflemektedir (43).

Bulimiya nervozalı hastaların kullandığı maddeler şunlardır (28):

⊙ Laksatif

⊙ Diüretik

⊙ İpecac

⊙ Ephedrine

⊙ İnsulin

AN'LILARIN 2/3'Sİ
BN'LILARIN 1/3'Ü

— LAKSATİF
— DİÜRETİK

3.5. BULİMİYA NERVOZADA KLİNİK ÖZELLİKLER

Bulimiya nervozanın klinik özellikleri ve bulguları aşağıdaki gibidir (28):

Tıkanırcasına yeme (binge eating)

Yüksek kalorili gıdalar tercih edilir

Spontan/planlı, gizli

Binge öncesi depresif, anksiyöz belirtiler, yalnızlık, izolasyon, binge sırasında rahatlama, kusma sonrası suçluluk

Kusma (%80-90)

Laksatif, diüretik kullanımı (1/3)

Kilo normal, hafif kilolu ya da hafif zayıf

Bulgular

Fiziksel

- ⊙ Menstruasyon düzensizliği
- ⊙ Gastrit, özefajit
- ⊙ Çanak mide
- ⊙ Elektrolit dengesinde boz.
- ⊙ Metabolik alkalozis
- ⊙ Hipokalemi
- ⊙ Diş komplikasyonları
- ⊙ Kas zayıflığı
- ⊙ Kabızlık
- ⊙ Ödem
- ⊙ Kardiyak aritmileri
- ⊙ Yorgunluk
- ⊙ Böbrek fonk. Boz.
- ⊙ Kusma, ağırlık kaybı

Psikolojik

- ⊙ Ümitsizlik, suçluluk, çaresizlik
- ⊙ Kötümserlik, özeleştirme
- ⊙ Kronik depresyon
- ⊙ Engellenmeye tahammülsüzlük
- ⊙ Tekrarlayıcı anksiyete belirtileri

Yapılan bir çalışmada, bulimiya nervoza ve plazma ghrelin düzeyleri araştırılmış, bulimiya nervozalı bireylerde plazma ghrelin düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (45).

Newman ve arkadaşlarının (46) yaptığı çalışmada ise normal kilolu bulimik hastaların diğer yeme bozukluğu olan hastalara göre, kilo almamak için daha az enerji aldıkları saptanmıştır. Ayrıca yapılan bir diğer çalışmada da bulimik hastaların dinlenme enerji harcamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur (47).

3.6. BULİMİYA NERVOZA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI:

Bulimiya için önerilen tedavi için 2 temel yaklaşım vardır; ilaç kullanımı (özellikle antidepresanlar) ve psikoterapi (48).

3.6.1. Beslenme Tedavisi : Birçok araştırmacı şişman bireylerde diyet yapmanın bulimik semptomların başlama riskini arttırdığını savunmaktadır. Kişiler kendilerince koydukları ya da yanlış yönlendirmelerle oluşturdukları ağır diyet kurallarının tıknırcasına yeme davranışı ile bölünmesi, beraberinde yarattığı suçluluk nedeniyle arınma davranışlarını tetikleyebilmektedir. Ayrıca kronik diyet davranışı serotoninin ön maddesi olan triptofanın azalması ile sonuçlanabilmektedir. Triptofan düşüklüğü ile tıknırcasına yeme davranışı ve bulimik belirtiler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (1).

Bulimik hastaların diyet tedavisi de anorektik hastalarinkine benzerdir. Bulimiklerin yaşı genelde daha büyük olduğundan bireysel eğitim yeterlidir. Eğer hasta aile birlikte kalıyorsa beslenme eğitimi onları da kapsamalıdır. Hastanın beden ağırlığı ve besinlere karşı tepkisi öğrenildikten sonra diyet düzenlenir (40).

3.6.2. Psikoterapi: Yeme nöbetlerini düzeltmeyi sağlayan kognitif davranışçı psikoterapi raporları, cesaret vericidir. Yeme eylemlerinin hemen öncesinde yapılacak davranış tedavisi ve düşünce-duygu desensitizasyonu çalışmaları da yardımcı olabilir. Bulimiya nervozalı birçok hasta psikopatolojik

yemek yeme alışkanlığına sahip olduğundan, bunlarda psikodinamik, interpersonal ve aile tedavileri yardımcı olabilir (41).

Bilişsel davranış terapisinde öncelikle hastalar hastalıkları konusunda eğitilmelidir. Ayrıca tedavi için motivasyon sağlanması da önemlidir. Kişi yediklerinin farkına varmalı, normal yeme alışkanlığı kazandırılmalı, hastalığın tekrar nüksetmesi engellenmelidir (14).

3.6.3. Farmakolojik Tedavi: Antidepresan ilaç tedavisi yeme ataklarını azaltıp, mood bozukluklarını düzeltebilir. Tek başına psikoterapi ile iyileşmesi zor olan olgularda antidepresanlar başarılı olabilir. İmipramin (Tofranil), desipramin (Norpramin), trazodone (Desyrel) ve MAO inhibitörleri yardımcıdır. Bulimiya nervoza, dirençli depresif bozukluklarla beraber olduğu zaman ilaç tedavisi yardımcıdır (41).

Sundgot ve arkadaşlarının 48 bulimik kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınlardan 16'sına bilişsel davranış terapisini, 17'sine beslenme danışmanlığı verilmiş, 15'ine ise fiziksel egzersiz uygulanmıştır. Sonuçta; bilişsel davranış tedavisinin beslenme danışmanlığından daha etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca fiziksel egzersiz, bilişsel-davranış tedavisine göre tıknırcasına yeme, çıkarma ve vücut hoşnutsuzluğunun azalması üzerinde daha etkili olmuştur (49).

4. BAŞKA TÜRLÜ TANIMLANAMAYAN YEME BOZUKLUKLARI (EDNOS) (Eating Disorders Not Otherwise Specified)

4.1. TANIM

APA anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme bozukluklarını, sınıflandırılmayan yeme bozuklukları olarak tanımlamaktadır (atipik anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza) (50). Yapılan bazı araştırmalarda başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları sonrasında anoreksiya ve bulimiya nervozanın geliştiğini göstermektedir (44). Hastalık prevalansının genel olarak tüm toplumlarda % 4 - 6 olduğu düşünülmektedir (12).

4.2. DSM-IV SINIFLANDIRILAMAYAN YEME BOZUKLUKLARI

TANI KRİTERLERİ

DSM- IV sınıflandırılmayan yeme bozuklukları için tanı kriterlerini aşağıda belirtildiği şekilde saptamıştır (51):

- Kadınlar tüm anoreksiya kriterlerinin olması fakat adet düzenli olması
- Ağırlık kaybı hariç (normal beden kütle indeksine sahip olma) diğer tüm anoreksiya kriterlerinin olması
- Normal vücut ağırlığına sahip bireyin az miktarda besin tüketimi sonrasında bile bunların vücuttan atılması için düzenli olarak uzaklaştırma yöntemleri kullanması
- Tüm bulimiya kriterleri olması fakat aşırı yeme ve bunları uzaklaştırma mekanizmalarının haftada 2 den az ve süresinin 3 aydan az olması
- Çok miktarda yiyeceği uzun süre çiğneyip yutmama
- Bulimiyada görülen aşırı yemenin saptanması fakat bunların vücuttan düzenli olarak uzaklaştırılmaması.

5. BİNGE EATING (Tıkınıcasına Yeme Bozukluğu):

5.1. TANIM

Tıkınıcasına yeme bozukluğu bulimiya nervoza ile benzer özellikler göstermektedir. Fakat bu yeme bozukluğunda bulimiyadaki kusma ve diğer arınma eylemleri yoktur (52). Yeme kontrolünün kaybedilmesi ve aşırı miktarda besinin kısa sürede tüketilmesiyle karakterizedir (1).

5.2. TIKANIRCASINA YEME BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

Tıkınırcasına yeme bozukluklarının tanı kriterleri şunlardır (23):

1) Sürekli tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları: Örneğin 2 saat gibi bir zamanda alınan besin miktarı aynı şartlar altında birçok kişinin tüketebileceğinden daha fazladır. Atak sırasında kişide yemeyi durduramama görülür ve kişi ne kadar yediğini kontrol edemez.

2) Atakların çoğunda aşağıda kontrol kaybı göstergelerinden en az üçünün bulunması:

- Rahatsız olana dek yeme
- Olağandan hızlı yeme
- Aç olunmamasına rağmen aşırı miktarda yeme
- Yemek yerken yalnız olmayı isteme
- Aşırı yeme sonrasında depresyon ve suçluluk hissi

3) Ataklar sonrasında belirgin bir kendinden hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu meydana gelmesi

4) 6 aylık sürede atakların haftada en az 2 gün meydana gelmesi

5) Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza kriterlerine uymama

Ağırlık yönetimi programlarına katılan şişman bireylerde yapılan araştırmalarda, tıkınırcasına yeme sendromunun şişmanlarda %30 gibi yüksek rakamlarda olduğu saptanmıştır (1).

Grucza ve arkadaşlarının (52) 910 obez olan ve olmayan birey üzerinde yaptığı çalışmada kişilerin %6.6'sında tıkınırcasına yeme sendromu saptanmıştır. Ayrıca bu bozukluğun saptandığı kişilerde major depresyon, anksiyete, panik atak, nikotin ve alkol bağımlılığı skorları da diğer kişilere göre yüksek bulunmuştur.

Beden kütle indeksleri ortalama 35.5 olan 23 kadın, 13 erkek, toplam 36 kişi üzerinde yapılan bir diğer çalışmada da tıknırcasına yeme sendromu görülme oranı %22 olarak rapor edilmiştir (53).

Vücut imajı memnuniyetsizliği obezitede büyük bir sorundur. Genellikle kadınlarda ve tıknırcasına yeme sendromu olan kişilerde vücut memnuniyetsizliği skoru yüksektir (54).

Gastrik by-pass için başvuran ortalama BKİ (beden kitle indeksi) leri 51 olan 260 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, 56 kişide tıknırcasına yeme sendromuna rastlanmıştır. Sendrom olan kişilerde, olmayanlara göre vücut memnuniyetsizliği skoru ve depresyon daha fazla, özbenlik ise daha düşüktür (15).

Bilişsel davranış terapisi diğer tüm yeme bozukluklarında olduğu gibi, tıknırcasına yeme sendromunda da önemli ve etkin bir tedavi yöntemidir. Wolff (54) tarafından CBT (kognitif bilişsel terapi) programına gelen 20 kadın üzerinde yapılan çalışmada, verilen terapi sonrasında tıknırcasına yeme sendromunda azalma, özyeterlilik skorunda azalma, vücut imajı algısında ise artış gözlenmiştir.

6. DİĞER (DAHA AZ BİLİNEN) YEME BOZUKLUKLARI

6.1. ORTOREKSİYA NERVOZA

Bratman bu terimi Yunancada doğru anlamına gelen “ortho” ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden meydana getirmiştir. Sağlıklı yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve kişinin amacı sağlığını korumaktır. Kişilerin amacı zayıf olmak değildir. Kendilerini şişman hissetmemekte, diyetleri sağlıklı ise her şeyin yolunda gideceğini düşünmektedirler (55).

Bu bozukluk ağırlık kaybetmek için yapılan bir diyet değil tersine saf, sağlıklı besinleri tüketme ile ilgili bir takıntıdır. Bu bozukluk sadece çiğ sebzelerle beslenme v ögle yemeklerini belirli bir renkte yeme konusunda ısrar etmeye kadar varabilmektedir. Bunun yanında ortoreksiya sadece sağlıklı

besinler konusunda takıntılı olma değil, bazı pişirme yöntemlerine bile takıntılı olması anlamına gelmektedir. Örneğin bu kişiler alüminyum kap kullanmazlar (56). Kişi kendi sağlığı için ne kadar uğraşırsa kendini de o kadar erdemli görmektedir (55).

Ortoreksiya sağlıklı bir diyeti yapmak değil, diyeti hayatın temel hedefi haline getirmektir. Kişi diyeti bıraktığında ya da diyetin dışına çıktığında kendinden nefret etmekte ve ciddi boyutta suçluluk duymaktadır (55).

Bozulmuş tavuk etleri, balık etinde civa zehirlenmesi gibi besinlerle ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin, besinleri sadece "sağlığı" temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da kişilerin tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına yol açabilmektedir. Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko - fiziksel durumlarda farklılaşmalar gözlenebilmektedir (57).

Ortoreksiya ayrı bir yeme bozukluğu tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olmakla birlikte, ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu ileri sürülmektedir. Tıpkı anoreksiya nervoza gibi kötü beslenmeye ve ağırlık kaybına yol açabileceği, buna karşılık anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan farklı olarak tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları bildirilmektedir (58).

Diyetisyenlerde ortoreksiya nervoza prevalansı ve psikolojik faktörlerin araştırıldığı bir çalışmaya katılan 283 kadın diyetisyenden 148 (%52,5)'inin ortoreksiya olmadığı, 99 (%34,9)'unun bazı ortorektik davranışlara sahip olduğu, 36 (%12,8)'inin ise ortoreksiya nervoza olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya göre ortoreksiya nervoza diyetisyenler arasında sık görülmektedir (59).

6.2. PICKY EATING (KUŞ GİBİ BESLENME)

Çocuklarda besinlerden kaçınma ve yiyecekleri çok küçük miktarlarda tüketmek 'picky eating' olarak tanımlanmaktadır. Bazı bebekler de ek gıdalara geçiş sürecindeki zorlanmalar karşısında az miktarda, kuş gibi bir iki lokma

yeme (picky eating) yolunu seçerler. Bebeklerin acıkma duygusu baskılanır ve her seferinde daha az miktarda yemeye başlarlar. Giderek zayıflarlar ve yeme bozukluğu oluşur (60). Picky eating, büyüme ve gelişmede duraksama ve enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Ailelerin çocuklarının yemeleriyle gereğinden fazla ilgilenmelerinden dolayı çocukların % 45'inden fazlasında picky eating olduğu tahmin edilmektedir (61).

Picky Eaters Olarak Tanımlanan Çocuklarda Saptanan Durumlar :

- Yeni besin denemedeki isteksizlik (neofobi)
- Besin çeşitliliğinde eksiklik
- Düşük besin kabul edilebilirliği
- Bazı besin gruplarının tüketimini kesinlikle reddetme (örneğin sebze-meyve, süt grubu tüketmeme veya yeşil renkte olan herhangi bir yiyeceği tüketmeme) (62).

Annelerin picky eating ve diyetteki etkilerini araştırmak amacıyla 173 çocuk (9 yaş) ve anneleri üzerinde yapılan çalışmada; picky eaters olarak tanımlanan çocukların, picky eating sorunu olmayan çocuklara göre sebze, meyve, E vitamini, kalsiyum ve magnezyum tüketiminin daha düşük olduğu belirlenmiş ve annelerin sebze-meyve tüketimleri, beslenme alışkanlıklarının çocukların beslenme durumu üzerinde önemli ölçüde etkisi olduğu sonuçlarına varılmıştır (63).

6.3. NIGHT-EATING SYNDROME (GECE YEME SENDROMU)

Gece yeme sendromu 1955 yılında Stunkard, Grace ve Wolff tarafından tanımlanmış ve henüz resmi olarak yeme bozukluğu olarak kabul edilmemiştir. Gece yeme sendromu şişman kişilerin %10'unda olduğu düşünülen bir yeme bozukluğudur. Bu kişilerde kahvaltı yapılsa bile sabah anoreksisi, uyandıktan sonra ilk öğünü birkaç saat geciktirme, gece yediklerinden dolayı mide bozukluğu, akşam hiperfajisi, günlük kalorisinin en azından %50'sinin son akşam

yemeğinden sonra atıştırmalar ile alınması, akşam kalori alımının gündüzden fazla olması, yenilen besinlerin genel içeriğinin şeker ve nişasta gibi karbonhidratlardan oluşması, haftada 3 gece en az bir kez uyanma ve uyku problemleri, geceleri sık sık uyanmalar sırasında yüksek kalorili atıştırmalar yapılması, bu durumun en az 3 ay sürmesi, yedikten sonra suçluluk, sıkıntı, gerginlik ve sinir, özellikle gece sinir, gerginlik, karamsarlık ve sıkıntı, diğer yeme bozukluğu kriterlerine uymama gibi özellikler taşır (1).

Gece yeme sendromu stres ve depresyonla yakından ilişkilidir. Genel popülasyondaki gece yeme sendromu prevalansı % 1,5 olarak tahmin edilmektedir (64).

Allison ve arkadaşlarının (65) yaptığı bir çalışmada; gece yeme sendromu olan ve olmayan bireylerin glikoz, insülin, TSH (tiroid stimule edici hormone) ve leptin düzeyleri karşılaştırılmıştır. Gece yeme sendromu olan bireylerde, glikoz düzeyi sendrom olmayan bireylere göre gece daha yüksek bulunmuş; buna bağlı olarak insülin düzeyi de gündüz daha düşükken, gece daha yüksektir. TSH ve leptin düzeylerinin de , gece yeme sendromu olan bireylerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.4. BIGOREKSİYA (MUSCLE DYSMORPHIA)

Bigoreksiya; kas geliştirmeye ilgili takıntılı olmak ve sürekli bunu düşünmektir. Bireyler yetersiz kaslarıyla ilgili takıntılıdır. Genellikle kas geliştirmeye ilgilenen erkeklerde görülmektedir. Bu bireyler genellikle proteinli besinleri tercih etmektedirler . Vakitlerinin büyük çoğunluğunu egzersiz ve spor merkezlerinde geçirmektedirler (66).

24 bigoreksiyalı birey, 30 bigoreksiya problemi olmayan birey olmak üzere toplam 54 birey üzerinde yapılan bir çalışmada; bigoreksiyalı bireylerin beden algılarının daha düşük, vücut memnuniyetsizliklerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır (66).

6.5. PİKA

Yiyecek olmayan maddelerin sürekli tüketilmesi “pika” olarak tanımlanmaktadır. Genellikle demir, bakır ve çinko eksikliğine bağlı olmaktadır. Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya gibi maddelerin yenmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Daha çok çocuklarda görülmektedir. Çocukların dünyayı tanıma anlamında her bulduğunu ağzına atması ile karıştırılmaması gerekmektedir(67).

Türkiye’de pika üzerine yapılan bir çalışmada; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 837 hastanın % 9.1’inde pika olduğu bulunmuştur. Uygulanan demir tedavisinin ise % 93 başarılı olduğu belirtilmiştir (68).

7. YEME BOZUKLUKLARININ SONUÇLARI

Bulimik olan kişiler normal vücut ağırlığında oldukları sürece yaşamlarını tehdit edici sonuçların ortaya çıkma riski düşüktür. Ancak anoreksiya nevroza ölümle sonuçlanabilen ciddi bir durumdur. Bulimik yeme bozukluğunda diş sağlığında sorunlar, tad reseptörlerinde kayıp, kullanılan ilaçlar bağlı olarak şişkinlik, su tutulması ve vücutta ödemlere rastlanır. Aşırı kusmaya bağlı olarak sıvı ve elektrolit kayıpları; dehidratasyon, emilim bozukluğu, karın krampları, halsizlik, mide problemleri, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı divertikül (fitiklaşma) ve yara, aşırı ishale bağlı rektumda incelme sık görülmektedir. Kalpte ritm düzensizlikleri ve kalp yetmezliği aşırı boyutlara vardığında ölüme neden olabilir. Bulimiya nervozada mortalite oranı yaklaşık %3 civarındadır. Anorektik hastalarda stres hormonlarındaki artış, östrojen hormonunun azalması ve tiroid hormonu salgısındaki bozukluklar amenore (adet görememe), infertilite (kısırlık), osteoporoz (kemik erimesi) nedeni olabilmektedir. Ayrıca demir eksikliği anemisi, beyaz kan hücrelerinde azalma görülebilir. Anorektik hastalar gebe kaldıklarında da artmış düşük riski, bebeklerinde gelişme geriliği ve anomali riskinde artış ile risk altındadırlar. Anoreksiya uzun süre devam ettiğinde beyinde ve sinir sisteminin diğer kısımlarında kalıcı hasara neden olabilmektedir (1,43).

8. YEME BOZUKLUKLARI İÇİN TANI YÖNTEMLERİ

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler şunlardır; günlük ve kayıt tutma, standart ölçekler, görüşmeler ve laboratuvar testleridir. Özellikle standart ölçekler, araştırma amaçlı kullanılan en yaygın ölçeklerdir (69).

8.1. FİZİK MUAYENE

Yeme bozuklukları olan hastaların değerlendirilmesinde; hastanın öyküsü, aile öyküsü, beslenme şekli, fiziksel ve laboratuvar bulguları incelenmelidir (70). Laboratuvar bulgularında, serum elektrolit düzeyleri, kan üre nitrojeni, albümin düzeyi, kreatinin düzeyi, tiroid ve karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı, cinsiyet hormonları incelenmelidir (71, 72)

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı hastalarda görülen fiziksel ve laboratuvar bulgular şunlardır (44):

Tablo 1.1. Anoreksiya Nervozada ve Bulimiya Nervozada Görülen Fiziksel Ve Laboratuvar Bulgular

ANOREKSİYA NERVOZA	BULİMİYA NERVOZA
a) Fiziksel Bulgular	
Saç dökülmesi	Tükrük bezi genişlemesi
Derinin kuruması	Gastrit
El-ayaklarda hipotermi	Aspirasyon pnemonisi
Mide bulantısı	Diş komplikasyonları
Hipotansiyon-bradikardi	Kas zayıflığı
Ödem	Kabızlık
Aşırı kıllanma	Ödem
Kaslarda kramplar-stres kırıkları	Kardiyak aritmiler

Tablo 1.1'in devamı

ANOREKSİYA NERVOZA	BULİMİYA NERVOZA
Aşırı zayıf görünüm	Yorgunluk
Osteopeni-osteoporoz	Kusma ve buna bağlı komplikasyonlar
b) Laboratuvar Bulguları	
Hematolojik değişiklikler	Elektrolit dengesinde bozukluk
Karaciğer fonksiyon testlerinde artma	Hipokalemi
Hipoalbüminemi	Hipokloremi
Hipoglisemi	Böbrek fonksiyon bozukluğu
Hiperkolesterolemi	Metabolik alkalozis
Prerenal azotemi	
Renal yetmezlik	
Hipokalemi	
Hipomagnezemi	
Hipokalsemi	
Hipofosfatemi	
Büyüme hormonu artışı	
Plazma kortizol düzeyinde yükselme	
Troid hormonu (T3) ve östrojen düzeylerinde azalma	

8.2. YEME BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TESTLER

Yeme bozukluklarının değerlendirilebilmesi için çeşitli testler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır (14):

Yeme tutum testi (Eating attitudes test-EAT)

Garner D. M. Ve Garfinkel P.E. (1979)

Bulimiya kognitif bozukluk skalası (Bulimia cognitive distortions scale)

Schulman, Kinder, Powers, Prange and Gleghon (1986)

Bulimik düşünceler ölçeği (Bulimic thoughts questionnaire)

Franco, Zuroff ve Rosenthal (1986)

Yeme kişisel etkinlik ölçeği (Eating self-efficacy questionnaire)

Wilson, Rossiter, Kleifield ve Lindholm (1986)

Yeme tutum envanteri (EAT) standart olarak yaygın kullanılan bir ölçektir. Geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Bu test ile kişilerin yeme alışkanlı ve tutumları değerlendirilmektedir. (73). Yeme tutum testi Türkçeye çevrilmiş, uyarlaması yapılmıştır (74).

Beden Algısı Ölçeği (Body Shape Questionnaire)

Sekord ve Jourarad (75) tarafından geliştirilen bu ölçek, kişilerin bedenlerinden, bedenlerdeki kısımlarından ve işlevlerinden ne kadar memnun olduklarını ölçmektedir.

Beden algı ölçeği versiyonları (76)

Kısaltma Yazar Maddeler

BSQ Cooper ve ark. 1-34

BSQ-14 Dowson ve Henderson (2001) 2,9,12,14,17,19,20,21,23,24,25,29,31,34

BSQ-16A Evans ve Dolan (1993) 1,3,5,7,8,9,10,11,15,17,20,21,22,25,28,34

BSQ-16B Evans ve Dolan (1993) 2,4,6,12,13,14,16,18,19,23,24,27,29,30,31,33

BSQ-8A Evans ve Dolan (1993) 1,3,7,8,9,10,17,34

BSQ-8B Evans ve Dolan (1993) 5,11,15,20,21,22,25

BSQ-8C Evans ve Dolan (1993) 4,6,13,16,19,23,29,33

BSQ-8D Evans ve Dolan (1993) 2,12,14,18,24,27,30,31

Üç Faktörlü Yeme Anketi (Three Factor Eating Questionnaire)

Stunkard ve Messick tarafından 1985 yılında bulunmuştur. Bilişsel kısıtlama (21 maddelik bilinçli yeme kontrolü indeksi) ve yemeyi dizginleyememe (16 maddelik yemeyi durduramama değerlendirmesi) durumunun değerlendirilmesini sağlar (77).

Rosenberg Özyeterlilik Skalası (Rosenberg self-esteem scale)

Rosenberg tarafından 1965 yılında bulunmuştur. 10 maddelik skala kişinin kendiyile ilgili tutumlarını değerlendirir (78).

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Van Strein ve arkadaşları tarafından 1986 yılında bulunmuştur. 33 maddeden oluşan skala duygusal yeme davranışlarını, (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yemeyi (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) ölçen 3 skaladan meydana gelmektedir (79).

Duygusal Yeme

Yemek yeme işlevinde etkili ve önemli bir yöntem olduğu bilinmesine rağmen, duyguların yemeyi nasıl etkilediğini kavramak zordur. Duygular belirleyici şekilde motivasyonel farklılıklar gösterirler ve temel davranış şeklinin kontrolü içerisinde temel oluşturmaktadırlar. Bazı duygular; sinir, korku, üzüntü ve mutluluk uzun sürmektedir ve biraz daha karmaşıktır. Bu duyguların yeme davranışı ve tüketim üzerine; yeme motivasyonu, besinlere etkili cevap, besin seçimi, çiğneme, yemek yeme hızı, tüketim miktarı gibi etkileri vardır (80). Epidemiyolojik bilgiler, stres ile ilişkili yemek yeme sonucunda kilo alımı

olduğunu göstermektedir (81). Duyguların yemek yeme üzerindeki etkisi üzerinde detaylı şekilde çalışılmış ancak tam olarak birbirlerini nasıl etkiledikleri anlaşılamamıştır. Bir grupta duygular besin alımını artırırken, diğer grupta azaltmıştır. Ayrıca farklı duygular aynı grup içindeki bireylerin besin alımını arttırabilmekte ve azaltabilmektedir. Örneğin, can sıkınlığı iştahı artırırken, üzüntü azaltabilmektedir. Yoğun duygular yemek yemeyi baskılamakta ve negatif duygular da besin alımını azaltabilmektedir. Pozitif duyguların yemek yeme üzerine etkisi ve negatif duyguların etkisi ile farkı hakkında çok az şey bilinmektedir (80). Klinik çalışmalar çalışmalar göstermektedir ki; sinirli olmak tıknırcasına yemeyi en çok tetikleyen sebeptir (82). Nefret etmek ise anormal yeme davranışlarının sürekli olmasına sebep olmakta ve normal yemeye yönelmeyi engellemektedir (83).

Genellikle besine bağlı psikolojik değişiklikler bireyde durum düzenleyici etmen olarak görev almaktadır. Karbonhidrat içeriği yüksek besinler kişinin moodunun düzelmesinde öncül olabilmekte ve stres azaltıcı etmen de olabilmektedir. Bu etkilerin yeme üzerindeki etkisi beyin serotonin seviyesi ile ilişkilidir. Bunun yanında öğünde az miktarda protein varsa beyin bariyerindeki triptofan seviyesi artmakta ve böylece serotonin seviyesi de artmaktadır. Ayrıca yüksek karbonhidrat ve yağ alımı hipotalamus-pituiter ve adrenal axis aktivitesini azaltmakta ve stres cevap etmenlerini de düşürmektedir. Dolayısıyla kişilerde lezzetli yiyeceklerin tüketimi negatif duyguların azalmasını sağlamaktadır (80).

Kısıtlayıcı Yeme

Kısıtlayıcı yeme; kişinin vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için besinlerden ne zaman ve ne kadar uzak durduğunu belirtmektedir. Besinleri arzulama olgusu, iştah kontrolünde en önemli etkendir. Bazı bireyler uzun sürelerde besin alımını sınırlamakta hatta bunu bir yaşam biçimi haline getirebilmektedirler. Bu bireyler vücut ağırlıklarını belli bir düzeyde tutmakta, ağırlıktaki ufak değişiklikler bile onların yeme aralıkları ve miktarını azaltmalarına sebep olabilmektedir. Besin alımlarını sürekli olarak kontrol altında tutma eğiliminde olan bazı bireyler, normal vücut ağırlığına sahip ve

bunu koruyabilmekteyken, bazıları ise olması gerekenden daha fazla vücut ağırlığına sahiptirler hatta bu bireylerde sık sık kilo dalgalanmaları görülebilmektedir (84). Kilo vermek için uygulanan bazı beslenme programlarında besinlere olan arzunun artışı ile aşırı besin tüketimi, BKİ, abur cubur atıştırma, tıknırcasına yeme ve bulimiya arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (85, 86). Bazı çalışmalarda çok düşük kalorili/yağlı diyetlerle beslenen bireylerde anlamlı bir kilo azalışı olduğu fakat diyet bittikten sonra (hatta bazen diyet esnasında) bireylerde besine yönelim, tıknırcasına yeme atakları ve kilo alımı saptanmıştır. Bu nedenle kişilerde besin alımını çok kısıtlayan diyetler önerilmemekte, doğru beslenme şekli ve sağlıklı diyet programlarının önemi üzerinde durulmaktadır (87).

Dışsal Yeme

Dışsal yeme; bireyin dışarıdan gelen uyarılardan (besinin kokusu, tadı, görüntüsü vs) etkilenerek normalde yediğinden daha fazla besin tüketip tüketmediği anlamına gelmektedir. Yeme alışkanlıkları çevresel faktörlerden oldukça etkilenmektedir. Bireyler içinde buldukları toplumun beslenme alışkanlıklarından, onlara sağlanan besinlerden etkilenerek kendi yeme tutumlarını meydana getirmektedirler. Beslenme nöronlarla ilişkilidir; besinin güzel görülmesi, güzel kokması ve lezzetinden etkilenmektedir. Yeme tutumu bu algıların tümüne verilen cevaptır ve bireyin besin tüketim miktarı tüm bu durumlara karşı koyabilmesi ile belirlenmektedir (84). Cools ve arkadaşlarının (88) kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmada, besin çeşitliliğinin artmasının kişilerde besin alımını arttırdığı ve bu bireylerin normalden daha fazla besin tükettikleri bulunmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma, Kasım 2008 – Nisan 2009 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan, yaşları 12 ila 19 arasında değişen 508 adölesan öğrenci üzerinde yapılmıştır. Katılımcılar çalışmaya gönüllü olarak katılmışlardır. Katılımcılardan 346'sı (%68.1) kadın, 162'si (%31.9) erkektir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılanların cinsiyete göre dağılımı

CİNSİYET	n	%
Kadın	346	68.1
Erkek	162	31.9
Toplam	508	100

Çalışmaya herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan öğrenciler gönüllü olarak dahil edilmişlerdir. Kronik hastalık haricinde çalışmaya alınmama kriteri bulunmamaktadır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behavior Questionnaire –DEBQ),

Yeme Tutum Envanteri (EAT 40, Eating Attitude Test-40) ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi – DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire)

DEBQ 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5’li Likert skalası ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5:çok sık). Ayrıca maddeler için “ilgisi yok” seçeneği de sunulmaktadır (79).

DEBQ’nun orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95 bulunmuştur (3).

2.2.2. Yeme Tutum Envanteri – EAT-40 (Eating Attitude Test)

Garner ve Garfinkel tarafından yeme bozuklukları semptomlarının değerlendirilmesine yönelik amacı ile 1979 yılında geliştirilmiştir. EAT 40 maddeden oluşmaktadır. 1982 yılında ise 40 soruluk ölçeğin 26 soruluk yeni versiyonu oluşturulmuştur. Testin geçerlilik güvenilirliği yüksektir. Sorular 6 maddelik likert ölçeği ile değerlendirilmektedir (89).

Test anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme sendromunu kontrol grubundan ayırt edebilmektedir. Ayrıca anoreksiya ve bulimiyayı, tıknırcasına yeme sendromundan ayırt etmekte fakat anoreksiya ile bulimiyayı karşılaştıramamaktadır (90).

Skorun EAT için 30, EAT-26 için 20 olması, bireylerde yeme bozukluğu riski olduğuna dair ipucu verir (89).

2.3. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ'NİN (DEBQ) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

DEBQ'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için ilk önce çeviri çalışması yapılmıştır. Anketin çevrilme sürecinde Brislin (82,83) tarafından önerilen standart çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Anketin İngilizce orijinali beslenme alanında İngilizce bilen bir, İngiliz dili edebiyatı mezunu bir, ve İngilizce eğitim veren bir üniversiteden mezun olan 1 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 İngilizceye çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan anket maddeleri, orijinal anket maddeleri ile karşılaştırılmış farklılıklar, hatalar belirlenmiştir. İngilizce çeviri orijinal ölçek ile karşılaştırılarak bir birine en yakın çeviriler ile Türkçe anketin son şekli oluşturulmuştur (93).

DEBQ yeme davranışlarının belirlenmesi için son yıllarda tüm dünyada sık kullanılan bir ankettir. Anket yeme davranışlarını, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı yeme ve Dışsal Yeme 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.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI

DEBQ'nun geçerliği ve güvenilirliğini test etmek amacı ile anket 506 katılımcıya uygulanmıştır. DEBQ'nun ölçüt bağıntılı geçerliğinin sınanması amacı ile DEBQ ile birlikte 508 katılımcıya EAT-40 anketi uygulanmıştır. Ayrıca, DEBQ'nun test-tekrar test güvenilirliğinin test edilmesi için 508 katılımcıdan rastgele seçilen toplam 100 katılımcıya DEBQ 1 ay ara ile tekrar uygulanmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcıların kendi beyanıyla vücut ağırlığı, boy uzunluğu durumu sorgulanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcılara, anketler anlatılıp verilmiştir. Katılımcılardan bir gün sonra alınmıştır. Bilgiler ve verilen cevaplar kontrol

edilmiştir. Eksik bilgi içeren anketler çalışma dışı bırakılmıştır. Doğru ve eksiksiz cevaplanan 508 anket çalışmaya dahil edilmiş, eksik bilgi bulunanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Tüm veriler SPSS 12.0 versiyonu programına girilmiştir. Yapı 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 tanımlanmaktadır (94).

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 (rotation) denilen işlem uygulanır. Eksen döndürmenin amacı; bir değişken veya maddenin bir faktördeki yükünü artırırken diğer faktörlerdeki yüklerini azaltıp, her faktöre yakın olan değişken ve maddeleri bulmaktır (95). 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. Ayrıca 31 numaralı madde ters soru olup, değerlendirilmesi buna uygun olarak yapılmıştır (5:hiçbir zaman, 4:nadiren, 3:bazen, 2:sık, 1:çok sık). Ölçüt bağıntılı geçerlik için ise EAT-40 skorları ile DEBQ arasındaki ilişki Pearson Çarpımlar Moment Korelasyon tekniği ile saptanmıştır.

Ölçeğin güvenirliğinin sınanmasında, iç tutarlılık katsayısı Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır. Anketin test-tekrar test güvenirliği ise, Pearson Çarpım Momentler Korelasyonu tekniği ile sınanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

3.1. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ'NİN GEÇERLİĞİ

3.1.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Yapı geçerliğinin test etmek için Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks dönüştürmesi uygulanmıştır. Temel bileşenler analizinde, kısmi korelasyonların küçük olup olmadığını, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmek için KMQ testi kullanılmıştır. KMQ değerleri kadınlar için yapılan faktör analizinde 0.91, erkekler için 0.90 ve tüm katılımcılar için ise 0.93 olarak bulunmuştur. Bu değerler, 0.90 ve üstü olarak kabul edilen KMQ değerlerinin üstündedir. Barlett testi ile faktör analizinin değişkenler için uygun olup olmadığı da sınanmış ve Barlett testi sonucu kadınlar için 9936.03 ($p<0.01$), erkekler için 5358.98 ($p<0.01$) ve tüm katılımcılar için ise 14918,71 ($p<0.01$) olarak bulunmuştur. Elde edilen bu değerler değişkenler açısından faktör analizinin uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analiziyle ilgili temel kavramlar bir tanesi de "Faktör Matrisi"dir. Faktör Matrisi maddeler ile bunların temelinde yatan faktörler arasındaki korelasyonu gösterir. Bunlara aynı zamanda "Faktör Yüğü (Factor Loading)" denilmektedir (94). Araştırmada ölçeği oluşturulan faktörleri ve bunların altındaki maddeleri belirlemek amacıyla döndürülmüş faktör matrisi yapılmıştır. 508 katılımcının anketlerine uygulanan döndürülmüş faktör matrisi sonucunda elde edilen, alt ölçeklerin faktör yükleri ve açıkladığı varyanslar, ve özdeğerleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo. 3.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	0.90		
19. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	0.90		
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	0.89		
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	0.89		
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	0.88		
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	0.87		
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	0.85		
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	0.84		
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	0.82		
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	0.81		
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	0.76		
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	0.71		
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında daha fazla yemek ister misiniz?	0.63		
7. Kilo almamak için daha az yemeye dikkat eder misiniz?		0.86	
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yemek yer misiniz?		0.81	
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?		0.79	
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?		0.76	
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?		0.76	

Tablo 3.1.'in devamı

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?		0.70	
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?		0.70	
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?		0.69	
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?		0.68	
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?		0.63	
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?			0.80
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.80
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.80
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.80
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?			0.76
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.74
30. Başkalarını yerken görürseniz sizde yemek ister misiniz?			0.69
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?			0.67
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?			0.62
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?			0.52
<i>Özdeğer</i>	<i>11.98</i>	<i>5.40</i>	<i>3.51</i>
<i>Açıkladığı Varyans</i>	<i>36.29</i>	<i>16.36</i>	<i>10.64</i>
<i>Toplam Varyans</i>	<i>36.29</i>	<i>52.66</i>	<i>63.29</i>

Tüm katılımcılar için yapılan Temel Bileşenler Faktör analizi sonucunda maddelerin 3 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Faktör 1 altında toplanan 13 madde “Duygusal Yeme Davranışı” alt ölçeğini, Faktör 2 altında toplanan 10

madde “Kısıtlayıcı Yeme Davranışı” alt ölçeğini; Faktör 3 altında toplanan 10 madde ise “Dışsal Yeme Davranışı” alt ölçeğini oluşturmaktadır. Belirlenen 3 faktör DEBQ anketinin % 63.29’unu açıklamaktadır. Faktör yükleri 0.52 ila 0.90 arasında değişmektedir.

Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı yapılan Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks Dönüştürmesi sonuçları ise Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Kadınlar İçin Betimleyici İstatistikleri Ve Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
19. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	0.90		
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	0,90		
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	0.89		
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	0.89		
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	0.89		
18.Kaygılı,endişeli yemek ister misiniz? Olduğunuz zaman	0.87		
13.Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	0.83		
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	0.84		
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkkin olduğunda yemek ister misiniz?	0.80		
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	0.77		
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	0.74		
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	0.74		
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında daha fazla yemek ister misiniz?	0.57		

Tablo 3.2.'nin devamı

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
7. Kilo almamak için daha az yemeye dikkat eder misiniz?		0.84	
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yemek yer misiniz?		0.78	
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?		0.76	
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?		0.77	
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?		0.72	
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?		0.70	
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?		0.71	
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?		0.70	
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?		0.65	
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?		0.57	
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.74
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?			0.72
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.72
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.72
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.69
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?			0.65
30. Başkalarını yerken görürseniz sizde yemek ister misiniz?			0.74

Tablo 3.2.'nin devamı

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?			0.77
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?			0.76
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?			0.50
<i>Özdeğer</i>	<i>28.80</i>	<i>10.34</i>	<i>5.94</i>
<i>Açıkladığı Varyans</i>	<i>40.81</i>	<i>14.66</i>	<i>8.41</i>
<i>Toplam Varyans</i>	<i>40.81</i>	<i>55.47</i>	<i>63.88</i>

Kadınlar ve erkekler için yapılan Faktör Analizi sonuçları da orijinal ankette yer alan üç faktör yapısını destekler niteliktedir. Ankette yer alan 33 madde kadınlar için anketin % 63.88'ini; erkekler için ise % 66.12'sini açıklamaktadır (Tablo 3.2 ve Tablo 3.3) Kadınlar ve erkekler için yapılan faktör analizi sonucunda en yüksek faktör yükü 0.90 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Erkekler İçin Betimleyici İstatistikleri Ve Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	0.90		
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	0,90		
19. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	0.88		
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	0.88		
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	0.87		
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	0.87		
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	0.84		
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	0.83		
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	0.82		
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	0.82		
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	0.80		
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında daha fazla yemek ister misiniz?	0.64		
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	0.64		
7. Kilo almamak için daha az yemeye dikkat eder misiniz?		0.82	
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yemek yer misiniz?		0.80	
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?		0.77	
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?		0.76	
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?		0.74	

Tablo 3.3'ün devamı

Maddeler	Faktör 1 Duygusal Yeme	Faktör 2 Kısıtlayıcı Yeme	Faktör 3 Dışsal Yeme
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?		0.74	
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?		0.71	
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?		0.69	
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?		0.63	
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?		0.58	
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?			0.80
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.84
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.80
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?			0.78
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			0.83
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			0.71
30. Başkalarını yerken görürseniz sizde yemek ister misiniz?			0.69
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?			0.71
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?			0.60
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?			0.57
<i>Özdeğer</i>	<i>32.89</i>	<i>9.75</i>	<i>7.38</i>
<i>Açıkladığı Varyans</i>	<i>43.47</i>	<i>12.89</i>	<i>9.75</i>
<i>Toplam Varyans</i>	<i>43.47</i>	<i>56.36</i>	<i>66.12</i>

Temel Bileşenler Faktör Analiz sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, kadınlar, erkekler ve tüm katılımcılar için ankette yer alan 33 maddenin orijinal anketteki gibi 3 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Elde edilen 3 faktör yapısı orijinal anketteki gibi Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme ve Dışsal Yeme'dir. Her bir alt ölçekte yer alan maddelerin ölçekteki madde numaraları ve her bir alt ölçeğin toplam kaç maddeden oluştuğu Tablo 3.4'te verilmiştir.

Tablo 3.4. Alt ölçeklerdeki Maddeler Ve Madde Sayısı

ALT ÖLÇEKLER	ALT ÖLÇEKLERDEKİ MADDELER	MADDE SAYISI
Duygusal Yeme	16,19,15,21,18,22,17,13,23,14,20,11,12	13
Kısıtlayıcı Yeme	7,6,3,10,1,8,2,5,9,4	10
Dışsal Yeme	26,25,28,29,27,24,30,32,31,33	10

3.1.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Ölçüt Bağıntılı Geçerliğine İlişkin Bulgular

EAT-40 ile DEBQ alt boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon analiz sonuçları Tablo 3.5'te sunulmuştur.

Tablo 3.5. EAT-40 ile DEBQ Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları

ÖLÇEKLER	DEBQ			
	Duygusal Yeme r	Kısıtlayıcı yeme r	Dışsal yeme r	DEBQ Toplam r
EAT-40				
Tüm Katılımcılar	0.17**	0.42**	0.01	0.32**
Kadın	0.14*	0.43**	0.03	0.30**
Erkek	0.05	0.15	0.01	0.10

* p<0.05

** p<0.01

Tüm katılımcılar için elde edilen korelasyon analizi sonuçlarına irdelendiğinde, uygulanan EAT-40 ile DEBQ'nun "Duygusal Yeme" ($r= 0.17$; $p< 0.01$) ve "Kısıtlayıcı Yeme" ($r= 0.42$; $p< 0.01$) davranışı alt ölçekleri ve DEBQ'nun toplam puanı ($r=0.32$; $p<0.01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken; EAT-40 skoru ile DEBQ'nun Dışsal Yeme alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.01$).

Kadınlarda da EAT-40 ile DEBQ'nun dışsal yeme alt ölçeği haricinde diğer tüm alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 2.6). Elde edilen korelasyon değerleri 0.03 (dışsal yeme) ile 0.43 (kısıtlayıcı yeme) arasında değişmektedir. Erkekler de ise EAT-40 ölçeği ile DEBQ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.01$)

3.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Güvenirliği

3.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin İç Tutarlığına İlişkin Bulgular

Güvenirlik bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği ne kadar doğru ölçtüğü anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, her bir maddenin aynı tutumu ölçtüğünü ifade etmektedir. Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla ilk olarak içsel tutarlığını sınamada en iyi yol olan Cronbach alpha değerlerine bakılmıştır. Bunun yansısı, ankette ölçülmek istenen şeyi ölçmede, her bir maddenin ölçme gücünü belirlemek için her bir madde için; madde ile bu madde dışındaki maddelerin toplanması ile elde edilen değişken (bütün) arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmıştır (96).

İlk olarak, tüm katılımcılar, kadınlar, ve erkekler için her bir alt ölçeğe ait iç tutarlık katsayıları Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3.6. DEBQ'nun Alt Ölçeklerinin Kadınlar, Erkekler Ve Tüm Katılımcılar İçin Cronbach Alpha Değerleri

DEBQ alt ölçekleri	Kadınlar α	Erkekler A	Tüm katılımcılar α
Duygusal Yeme	0.97	0.97	0.97
Kısıtlayıcı Yeme	0.90	0.92	0.91
Dışsal Yeme	0.90	0.91	0.90
Tüm Ölçek	0.93	0.95	0.94

Alt ölçekler için elde edilen iç tutarlılık katsayıları kadınlarda; 0.90 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme), erkeklerde ise; 0.91 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme) arasında bulunmuştur. Katılımcıların tamamı değerlendirildiğinde ise alpha değerleri 0.90 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme) arasındadır. DEBQ'nun yer alan tüm maddeler için hesaplanan alpha değeri ise kadınlarda 0.93, erkeklerde 0.95, tüm katılımcılarda 0.94'dür.

Her bir alt ölçekte yer alan maddelerin alt boyut toplamı ile olan korelasyon katsayıları, madde silindiğinde alt ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ve çoklu korelasyon değerleri her bir alt ölçek için ayrı ayrı aşağıda alt başlıklar halinde sunulmuştur:

3.2.1.1. Duygusal Yeme Alt ölçeği:

Duygusal Yeme alt ölçeğinde yer alan maddelerin madde yordama güçleri, madde silindiğindeki alt ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ve çoklu korelasyon değerleri tüm katılımcılar, kadınlar ve erkekler için Tablo 3.7, Tablo 3.8, ve Tablo 3.9'da verilmiştir.

Tablo 3.7. DEBQ'nun "Duygusal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
11	30.67	302.05	0.58	0.72	0.97
12	30.33	309.45	0.51	0.65	0.97
13	30.50	295.26	0.75	0.83	0.97
14	30.55	297.93	0.74	0.83	0.97
15	30.74	292.73	0.84	0.89	0.97
16	30.71	293.19	0.85	0.90	0.97
17	30.80	293.77	0.77	0.85	0.97
18	30.79	292.82	0.84	0.89	0.97
19	30.87	293.38	0.87	0.91	0.97
20	31.06	296.87	0.66	0.76	0.97
21	30.81	292.46	0.83	0.89	0.97
22	30.80	295.44	0.81	0.86	0.97
23	30.76	297.07	0.73	0.81	0.97

Tablo 3.7'de tüm katılımcılar için duygusal yeme alt ölçeğinde yer alan maddelerin, çoklu korelasyon (çoklu açıklayıcılık katsayısı) katsayılarının 0.51 (12. madde) ile 0.87 (19. madde) arasında değiştiği görülmektedir. Elde edilen değerler ilgili maddenin diğer maddeler tarafından yeterince açıkladığını göstermektedir. Her bir madde silindiğinde elde edilen Cronbach alpha katsayısı değerlerine bakıldığında, ölçekte yer alan maddelerin silinmesi durumunda güvenilirlik katsayısının değişmediği bulunmuştur. Madde alt boyut toplam

korelasyon katsayıları da en yüksek 0.91 (19. madde) en düşük ise 0.65 (12. madde) olarak bulunmuştur.

Kadınlar için Cronbach alpha katsayısı değerlerine bakıldığında, 11,12,13,14,17,20,23. maddeler silindiğinde güvenilirlik katsayısının değişmediği, diğer maddeler silindiğinde ise iç tutarlılık katsayısının azaldığı bulunmuştur. Dolayısıyla ilgili maddelerin ölçekte yer alması uygundur. Çoklu korelasyon değerleri ele alındığında kadınlarda en yüksek çoklu korelasyon değerinin 0.52 (12. madde), en yüksek değer ise 0.87 (19. madde) olduğu bulunmuştur. Madde alt boyut korelasyon değerleri ise 0.63 (12. madde), 0.90 (19. madde) arasında değişmektedir (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. DEBQ'nun "Duygusal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
11	33.05	292.10	0.61	0.75	0.97
12	32.64	301.49	0.52	0.63	0.97
13	32.78	286.85	0.76	0.83	0.97
14	32.86	289.69	0.72	0.81	0.97
15	33.02	282.98	0.85	0.89	0.96
16	32.99	283.99	0.85	0.89	0.96
17	33.14	285.04	0.75	0.83	0.97
18	33.08	283.73	0.83	0.87	0.96
19	33.17	283.28	0.87	0.90	0.96
20	33.44	287.02	0.62	0.72	0.97
21	33.07	282.91	0.82	0.88	0.96
22	33.06	284.62	0.83	0.88	0.96
23	33.04	287.79	0.67	0.78	0.97

Tablo 3.9’da erkek katılımcılar için Duygusal Yeme Davranışı alt ölçeğine ilişkin madde analiz sonuçları verilmiştir. Tablo 3.9 ‘da görüldüğü gibi erkeklerde, her bir madde silindiğinde güvenirlik katsayısı değişmemektedir. Çoklu korelasyon değerleri ise 0.50 (12. madde) ile 0.90 (19. madde) arasında değişmektedir. En yüksek madde alt boyut toplam korelasyon değeri 0.91 (18. ve 19. madde), en düşük değeri ise 0.65 (12. madde) olarak bulunmuştur.

Tablo 3.9. DEBQ’nun “Duygusal Yeme” Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analiz

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
11	25.59	287.10	0.59	0.67	0.97
12	25.39	292.35	0.50	0.65	0.97
13	25.62	280.04	0.77	0.83	0.97
14	25.62	281.53	0.81	0.85	0.97
15	25.86	280.28	0.85	0.88	0.97
16	25.83	279.57	0.88	0.90	0.97
17	25.80	277.39	0.84	0.89	0.97
18	25.91	278.92	0.87	0.91	0.97
19	25.97	281.32	0.90	0.91	0.97
20	25.97	281.55	0.84	0.85	0.97
21	25.98	280.33	0.88	0.90	0.97
22	25.98	286.04	0.82	0.80	0.97
23	25.90	283.90	0.87	0.85	0.97

3.2.1.2. Kısıtlayıcı Yeme Alt Ölçeği:

Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinde yer alan maddelerin madde yordama güçleri, madde silindiğindeki alt ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ve çoklu korelasyon değerleri tüm katılımcılar, kadınlar ve erkekler için Tablo 3.10, Tablo 3.11, ve Tablo 3.12’de verilmiştir.

Tablo 3.10. DEBQ’nun “Kısıtlayıcı Yeme” Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
1	23.03	95.37	0.56	0.69	0.90
2	23.59	98.24	0.50	0.63	0.91
3	23.47	95.85	0.59	0.72	0.90
4	23.30	102.61	0.37	0.56	0.91
5	23.86	97.00	0.45	0.64	0.91
6	23.55	93.52	0.62	0.75	0.90
7	23.48	93.44	0.68	0.81	0.90
8	23.65	96.71	0.78	0.64	0.91
9	23.65	97.33	0.78	0.62	0.91
10	23.64	95.06	0.55	0.72	0.90

Tablo 3.10’da tüm katılımcılar için elde edilen sonuçlarda, çoklu korelasyon katsayılarının 0.37 (4. madde) ile 0.78 (8. ve 9. madde) arasında değiştiği bulunmuştur. Elde edilen bu değerler ilgili maddenin diğer maddeler tarafından yeterince açıklandığını göstermektedir. Her bir madde silindiğinde elde edilen Cronbach alpha katsayısı değerlerine bakıldığında, 2.,4.,5.,8. ve 9.

madde silindiğinde güvenilirlik katsayısının değişmediği, diğer maddeler silindiğinde ise güvenilirlik katsayısının azaldığını göstermektedir. Madde alt boyut korelasyon katsayıları ise 0.56 (4. madde) ile 0.81 (7. madde) arasındadır.

Tablo 3.11’de ise kadınlar için çoklu korelasyon katsayıları, madde silindiğinde varyans, Cronbach alpha değerleri ve aritmetik ortalama sunulmuştur.

Tablo 3.11. DEBQ’nun “Kısıtlayıcı Yeme” Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde- alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
1	24.80	83.92	0.50	0.66	0.89
2	25.49	86.25	0.43	0.59	0.89
3	25.27	84.06	0.52	0.69	0.89
4	25.17	90.21	0.38	0.51	0.90
5	25.77	84.01	0.42	0.62	0.89
6	25.39	81.46	0.55	0.71	0.89
7	25.29	81.42	0.65	0.79	0.88
8	25.60	84.18	0.79	0.61	0.89
9	25.63	84.63	0.79	0.60	0.89
10	25.53	82.75	0.51	0.70	0.89

Kadınlar için ilgili madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı değerlerine bakıldığında, güvenilirlik katsayısının 4. madde silindiğinde değişmediği, diğer maddelerin silinmesi durumunda ise güvenilirlik katsayısının azaldığı bulunmuştur. Dolayısıyla ilgili maddelerin ölçekte yer alması uygundur.

Çoklu korelasyon katsayıları ise 0.38 (4.madde) ile 0.79 (8.ve 9. madde) arasında değişmektedir. Madde alt boyut korelasyon değerleri ise 0.51 (4.madde) ile 0.79 (7. madde) arasındadır.

Tablo 3.12 incelendiğinde, kadın katılımcılarda elde edildiği gibi erkekler için de 4. madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısının değişmediği, ve diğer maddelerin silinmesi durumunda iç tutarlılık katsayısının azaldığı bulunmuştur. Çoklu korelasyon katsayıları da kadın katılımcılar ile benzerlik göstermektedir. En düşük çoklu korelasyon değeri 0.32 ile 4. maddeye ait iken, en yüksek değer 0.78 ile 8.ve 9. maddelere aittir. Madde alt boyut korelasyon değerleri ise erkekler için en düşük 0.54 (4. madde), en yüksek 0.82 (6. madde) bulunmuştur.

Tablo 3.12. DEBQ'nun "Kısıtlayıcı Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
1	19.25	99.41	0.63	0.67	0.91
2	19.56	100.45	0.64	0.66	0.91
3	19.64	99.95	0.68	0.71	0.91
4	19.30	106.25	0.32	0.54	0.92
5	19.77	100.76	0.56	0.65	0.91
6	19.60	96.94	0.76	0.82	0.90
7	19.61	97.64	0.72	0.80	0.90
8	19.49	98.64	0.78	0.69	0.91
9	19.40	98.54	0.78	0.66	0.91
10	19.60	97.89	0.62	0.73	0.91

3.2.1.3. Dışsal Yeme Alt Ölçeği

Dışsal Yeme alt ölçeğinde yer alan maddelerin madde yordama güçleri, madde silindiğindeki alt ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ve çoklu korelasyon değerleri tüm katılımcılar için Tablo 3.13’de verilmiştir.

Tablo 3.13. DEBQ’nun “Dışsal Yeme” Alt Ölçeğine İlişkin Tüm Katılımcılar İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
24	27.45	74.12	0.62	0.65	0.90
25	27.59	72.67	0.70	0.72	0.89
26	227.57	74.02	0.65	0.69	0.89
27	27.47	74.41	0.57	0.66	0.90
28	27.90	72.71	0.73	0.74	0.89
29	27.99	72.89	0.74	0.74	0.89
30	28.25	72.80	0.57	0.68	0.89
31	28.45	71.87	0.75	0.61	0.90
32	28.42	70.04	0.81	0.69	0.89
33	28.00	75.57	0.27	0.49	0.91

Tüm katılımcılar için çoklu korelasyon katsayıları 0.27 (33. madde) ile 0.81 (32. madde) arasında değişmektedir. Her bir madde silindiğinde elde edilen Cronbach alpha katsayısı değerlerinin, 33. maddenin silinmesi durumunda arttığı, 24, 27 ve 31. maddeler silindiğinde aynı kaldığı, diğer maddelerin silinmesi durumunda ise azaldığı bulunmuştur. Madde alt boyut

korelasyon katsayıları da en düşük 0.49 (33. madde) en yüksek 0.74 (28.ve 29. madde) olarak bulunmuştur (Tablo 2.14).

Kadınlar için Cronbach alpha katsayısının, 33. madde silindiğinde değişmediği, diğer maddelerin silinmesi durumunda ise iç turalılık katsayısının azaldığı bulunmuştur (Tablo 3.14). Çoklu korelasyon katsayıları ele alındığında ise bu değerlerin 0.23 (33. madde) ile 0.87 (32. madde) arasında değiştiği görülmektedir. Madde alt boyut korelasyon değerleri ise en düşük 0.45 (33. madde), en yüksek 0.71 (25. madde) olarak saptanmıştır.

Tablo 3.14. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Kadınlar İçin Her Bir Maddenin Analizi

adde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
24	27.20	65.20	0.64	0.67	0.89
25	27.37	64.26	0.70	0.71	0.89
26	27.28	65.75	0.61	0.68	0.89
27	27.21	66.09	0.54	0.64	0.89
28	27.64	64.94	0.71	0.69	0.89
29	27.73	65.08	0.72	0.70	0.89
30	27.98	63.92	0.58	0.69	0.89
31	28.20	62.17	0.85	0.65	0.89
32	28.18	61.78	0.87	0.68	0.89
33	27.72	67.69	0.23	0.45	0.90

Tablo 3.15 da ise erkekler için dışsal yeme alt ölçeğinde yer alan maddelerin madde yordama güçleri, çoklu korelasyon değerleri ve maddelerin

silinmesi durumunda dışsal yeme alt ölçeğinin iç tutarlılık değerlerine ilişkin sonuçlar sunulmuştur

Tablo 3.15. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" Alt Ölçeğine İlişkin Erkekler İçin Her Bir Maddenin Analizi

Madde	Madde silindiğinde aritmetik ortalama	Madde silindiğinde varyans	Çoklu korelasyon	Madde-alt boyut toplam korelasyon	Madde silindiğinde alpha değeri
24	27.99	93.28	0.59	0.62	0.91
25	28.08	90.81	0.71	0.74	0.90
26	28.17	91.66	0.73	0.70	0.90
27	28.05	92.21	0.63	0.69	0.90
28	28.46	89.33	0.80	0.81	0.90
29	28.56	89.60	0.81	0.80	0.90
30	28.83	91.79	0.57	0.66	0.90
31	28.99	92.67	0.60	0.55	0.91
32	28.93	87.78	0.75	0.72	0.90
33	28.60	92.39	0.36	0.55	0.91

Erkeklerde Cronbach alpha katsayısının, 24.,31.ve 33. maddeler dışında, diğer maddeler silindiğinde azaldığı bulunmuştur. Çoklu korelasyon katsayıları ise 0.36 (33.madde) ile 0.81 (29. madde) arasında değişmektedir. Madde alt boyut korelasyon değerleri ise 0.55 (31 ve 33.madde) ile 0.81 (28. madde) arasında değişmektedir.

3.2.2. Test Tekrar Test Güvenirliği:

Ölçeğin bir uygulamadan başka bir uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçüsü olarak test-tekrar test güvenirliği incelenmiştir.

Test-tekrar test güvenilirliği için DEBQ 100 katılımcıya 1 ay ara ile uygulanmıştır. Tablo 3.16'da DEBQ'nun alt ölçeklerine ilişkin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları sunulmuştur.

Tablo 3.16. DEBQ'nun Alt Ölçeklerine İlişkin Test-Tekrar Test Değerleri

DEBQ alt ölçekleri	Kadın r	Erkek r	Tüm Katılımcılar r
Duygusal Yeme	0.40	0.27	0.30
Kısıtlayıcı Yeme	0.91	0.95	0.93
Dışsal Yeme	0.87	0.95	0.91
Toplam	0.70	0.80	0.72

DEBQ'nun alt ölçeklerine ait test-tekrar test güvenilirlik katsayıları kadınlarda 0.40 (duygusal yeme) ile 0.91 (kısıtlayıcı yeme) arasındadır. Erkeklerde ise en yüksek test tekrar test güvenilirlik değerı 0.95 ile "Dışsal Yeme" ve "Kısıtlayıcı Yeme" alt ölçekleri için elde edilirken; en düşük değer 0.27 ile "Duygusal Yeme" alt ölçeğine aittir. Tüm katılımcılardaki değerler ise 0.30 (Duygusal Yeme) ila 0.93 (Kısıtlayıcı Yeme) arasında değişmektedir. Genel olarak test tekrar test güvenilirlik katsayıları ele alındığında "Duygusal Yeme" alt ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının diğer alt ölçeklere göre daha düşük olduğu görölmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hollanda Yeme Davranışı Anketi 1986 yılında Van Strien ve arkadaşları tarafından açlık gibi içsel yeme davranışları dışında, yemeyi etkileyen diğer dışsal faktörleri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Daha önce varolan “Kısıtlayıcı Yeme” ölçeklerine ek olarak Van Strein yeme davranışlarını saptamak için “Duygusal Yeme” ve “Dışsal Yeme” ölçeklerini de ekleyerek yeni bir anket geliştirmiştir (3). Bu çalışmada da bu ölçeğin Türkçe formunun üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliğinin sınanması amaçlanmıştır. Ölçekle ilgili olarak Türkçe literatürde bir çalışma bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, yeme davranışlarının saptanması konusunda diğer çalışmalara ve çalışmacılara faydalı olacaktır.

Van Strein ve arkadaşları tarafından Kaplan’ın psikosomatik teorisine dayanılarak geliştirilen, 3 alt ölçeği içeren “Hollanda Yeme Davranışları Anketi-DEBQ- (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)” ne ilişkin güvenilirlik ve geçerlik çalışması için üniversite öğrencilerine ölçek tamamlatılmış ve veriler analiz edilmiştir. Ölçeğin orijinal formundaki alt ölçeklerdeki madde ayırt edicilik indekslerine bakılmış, yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmış, faktör analizi sonrası ölçek maddelerinin seçiciliği için de yeniden maddelerin birbirleri, ilgili alt ölçekle ve toplam puan ile korelasyonlarına bakılmış, iç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach alpha ve bir uygulamadan başka bir uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçüsü olarak test-tekrar test güvenilirliği incelenmiştir.

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacı ile yapılan faktör analizi sonucunda, 1. faktör altında “Duygusal Yeme” alt boyutuna ait 16,19,15,21,18,22,17,13,23,14,20,11,12. maddeler; 2. faktör altında “Kısıtlayıcı Yeme” alt boyutuna ait 7,6,3,10,1,8,2,5,9,4. maddeler; 3. faktör altında “Dışsal Yeme” alt boyutuna ait 26,25,28,29,27,24,30,32,31,33. maddeler toplanmıştır. Orijinal ölçeğin maddeleri 4 faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler;

1. Kısıtlayıcı yeme
2. Kolayca isimlendirilebilen duygusal yeme
3. Dışsal yeme
4. Ayrıntılı duygusal yemedir

Fakat daha “kolay isimlendirilebilen duygusal yeme” alt ölçeği ve “ayrıntılı duygusal yeme” alt ölçeği tek başlık altında toplanarak sadece “duygusal yeme” alt ölçeği denilmiştir (3). DEBQ’nun 2008 yılında çocuklar için geliştirilen 20 soruluk anketinde ve DEBQ İtalyan popülasyonuna uygulanan versiyonunda ve Fransız versiyonunda da maddeler “ Duygusal, Kısıtlayıcı ve Dışsal yeme” olmak üzere 3 faktör altında toplanmıştır (97,98,99). Bu çalışmada da 3 faktör bulunmuş ve maddeler üç faktör altında toplanmıştır. Gerek Fransız versiyonunda gerekse orijinal anketteki üç faktör yapısı bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

“Duygusal Yeme” (Faktör 1) alt ölçeğinde yer alan maddelerin (16,19,15,21,18,22,17,13,23,14,20,11,12.) sözel yapıları irdelendiğinde, alt ölçekte yer alan maddelerin kişinin psikolojik durumunun beslenmesi üzerindeki etkisini saptayan; üzgünken, kızgınken, endişeliyken vs. yemek yeme durumunu değerlendirmeyi amaçladıkları görülmektedir. Diğer bir deyişle, “Duygusal Yeme” alt ölçeğinde kişinin içinde bulunduğu ruh halinin yemek yeme biçimi üzerindeki etkisini saptamak amaçlanmıştır. Kısıtlayıcı yeme davranışı (Faktör 2) altında yer alan 7,6,3,10,1,8,2,5,9,4. maddelerin sözel yapısına bakıldığında ise, bu maddelerin daha çok kişinin kilosuna dikkat ettiği yada kilo almaktan korktuğu için aldığı besin öğelerine dikkat etmesi yada onları tüketmekten kaçınmasını değerlendirmeye yönelik ifadelerin yer aldığı görülmektedir. DEBQ’nun “Kısıtlayıcı Yeme” alt ölçeği de kişilerin kilolarını kontrol etmek amacıyla besinlerden ne kadar ve ne zaman sakındığını saptamak için kullanılmıştır. Orijinal ankette yer alan 26,25,28,29,27,24,30,31,32,33. maddeler Faktör 3 altında toplanmıştır. Bu maddeler bir kafede yada fırında gördüğümüz lezzetli besinlerden ne kadar etkilenirsiniz gibi sorularla besinlerin niteliklerinin kişileri yemek konusunda ne

kadar etkilediğini değerlendirmeye yönelik ifadeleri içermektedir. Diğer bir deyişle, orijinal ankette yer alan Dışsal Yeme davranışını değerlendirmeye yönelik olana maddelerin Faktör 3 altında toplandığı söylenebilir. Bu maddeler dışsal yeme davranışı, yani bireyin yiyeceklerin dışarıdan algılanan işaretlerinden (kokusu, görüntüsü, tadı gibi...) etkilenecek normalde yediğinden daha fazla miktarda besin tüketip tüketmediğini değerlendirmektedir.

Elde edilen 3 faktörlü yapı ve faktör yükleri orijinal versiyon ve Fransız versiyonunda elde edilen değerlere benzerlik göstermektedir (3,99).

Belirlenen 3 faktör DEBQ'nun %63'ünü açıklamaktadır. Bu maddeler anketi açıklamakta yeterlidir. Maddelerin toplam varyansının 1'e yani %100'e olan yakınlığı maddelerin ölçeği açıklamadaki gücünü göstermektedir. Değer 1'e ne kadar yakınsa ölçeği o kadar açıklamaktadır (96).

DEBQ'nun faktör yapısı ile birlikte ölçüt bağıntılı geçerliği de bu çalışmada irdelenmiştir. EAT-40 toplam puanları ile DEBQ'nun alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacı ile yapılan analizler, EAT-40 toplam puanı ile DEBQ'nun dışsal yeme alt ölçeği hariç kadınlar ve tüm katılımcılar için ilişki bulunduğunu göstermektedir. Erkekler için ise DEBQ'nun alt ölçekleri ve EAT-40 toplam puanı arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni EAT-40'da dışsal yemeyi sorgulayan maddelerin bulunmamasıdır.

Hollanda Yeme Davranışı anketinin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile yapılan Cronbach Alpha iç tutarlılık değerlerine bakıldığında, elde edilen değerler, her alt ölçekte bulunan maddelerin birbiri ile tutarlı olduğunu ve bir bütün oluşturduklarını göstermektedir. Alt ölçeklerin alfa katsayılarının yüksek olması "bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğın öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" anlamına gelmektedir. Ayrıca, bu çalışmada tüm maddeler ve üç alt ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayıları Alpar (96) tarafından yüksek güvenilir olarak ifade edilen 0.80-1.00 değerleri arasında yer almaktadır. Van Strein (3) tarafından oluşturulan orijinal ölçekte alfa değerleri 0.80 ila 0.95 arasında, Lluch (99) tarafından geliştirilen Fransız versiyonunda tüm alfa değerleri

0.82'nin üzerinde bulunmuştur. Hollanda da çocuklar için Van Strein (97) tarafından geliştirilen Hollanda Yeme Davranışı anketinde alpha değerleri duygusal yeme için 0.80, kısıtlayıcı yeme için 0.72 ve dışsal yeme için ise 0.68 bulunmuştur. Anketin İtalyan versiyonunda ise kısıtlayıcı yeme için alpha değeri 0.82, duygusal yeme için alpha değeri 0.87 ve dışsal yeme için alpha değeri 0.81 bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen alpha iç tutarlılık katsayıları gerek tüm maddeler gerekse alt ölçekler için yazılı kaynaklarda yer alan yukarıda bahsedilen çalışmalarda elde edilen değerlerden yüksek bulunmuştur.

Ankette yer alan üç alt ölçeğe ait madde ve alt boyut toplam korelasyon katsayılarına bakıldığında, elde edilen korelasyonların oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen korelasyon değerleri 0.25'in üzerinde bulunmuştur. Elde edilen korelasyon değerleri her bir maddenin alt boyutun ölçmeyi hedeflediği özelliği dolayısı ile ankette yer alan 3 alt ölçeği ölçtüğünü göstermektedir. Alpar (96) ve Kayış (100) tarafından belirtilen madde alt boyut toplam korelasyon katsayısının eksi işaretli olmaması kaydı ile 0.25 den büyük olması gerektiği ifade edilmiştir. Bu bazda da değerlendirildiğinde elde edilen korelasyon katsayıları istenilen 0.25 değerinden yüksek bulunmuştur. Ayrıca elde edilen madde toplam korelasyon değerleri Van Strein tarafından geliştirilmiş orijinal ölçekte ise madde-bütün korelasyon katsayıları ile de benzerlik göstermektedir (3).

DEBQ'nun bir uygulamadan diğer uygulamaya tutarlı sonuç verip vermediğini, diğer bir deyişle test-tekrar test güvenilirliğide sınanmıştır. 1 ay ara ile uygulanan DEBQ'nun test tekrar test korelasyonlarına bakıldığında, "duygusal yeme" alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerin güvenilirliklerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme alt ölçeği için elde edilen test tekrar-test katsayıları Bloxom ve Knapp tarafından belirtilen kabul edilebilir güvenilirlik katsayı aralığı olan 0.55 ile 0.85 arasında bulunmuştur (101). "Duygusal Yeme" alt ölçeği kişinin içinde bulunduğu duygusal durum ile beslenme şekli arasındaki ilişkiyi irdeleyen "üzgün olduğunuzda, kızgın olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek yer misiniz?" gibi soruları içermektedir. Bu nedenle aynı kişiye aynı sorular belli bir zaman sonra

sorulduğunda aynı cevaplar verilmemiş olabilir. Çünkü kişi her duygu durumuna her zaman aynı tepkiyi göstermeyebilir. Fakat bundan emin olmak yada “ duygusal yeme” alt ölçeğine ait test-tekrar test sonuçlarının tutarsızlığının altında yatan gerçek nedeni anlamak için bu konuda daha fazla çalışma gerekmektedir.

Yapılan analizler incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla da birbirini destekler niteliktedir. Sonuç olarak “Hollanda Yeme Davranışlı Anketi” geçerli ve güvenilir bir ölçektir ve ülkemizde kullanılması uygundur.

KAYNAKÇA

1. BAŞ, M. (2007). Yeme Bozukluklarına Diyetel Yaklaşım ve Ağırlık Denetimi, Yetişkinlerde Ağırlık Denetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı, Bolu.
2. MIOFFO, P., DE COPPI, M., FREZZA, M., PRETI, A. (2003).The spectrum of eating disorders; prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*. 119;145-154.
3. VAN STREIN, T., FRIJTERS, J., BERGERS, G., DEFARES, P. (1986). The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 5, 295-315
4. HOLDEN, J.H., DARGA, L., OLSAN, S.M. (1998). Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnessota adolescent health survey. *American Journal of Dietetic Association* 1449-1456.
5. BEAN, A. (2000). *The Complete Guide to Sports Nutrition*, Third edition, A&C Black, London.
6. SOYGÜL, G. (2003). Yeme Bozukluklarının bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı (Ed.I Savaşır, G. Soygöl, E. Kabakçı). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, No:7, Genişletilmiş 3. Basım, Ankara, 48-57.
7. EROL, A., TOPRAK, G., YAZICI, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (1), 48-57.
8. SON, G., HOEKEN, D., BARTELD, A., FURTH, E., HOEK, H. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*. 189;562-563.
9. STRUMA, R. (2002). Bulimia and anorexia nervosa: cutaneous manifestations. *J. Cosmetical Dermatology* 1:30-34.

10. LEVINE, R. L. (2002). Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. *Adolescence Medicine* 13(1); 129-143.
11. DEERING, S. (2001). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician / gynecologist. *Prim Care Update Obstetrician / Gynecology*. 8;31-35.
12. RODIN, G., OLMSTED, M.P., RYDALL, A.C. (2002). Eating disorders in young women with Type I DM. *Journal of Psychosomatic Research*. 53;943-949.
13. DOĞAN, O. (1985). Anoreksiya nervozada bir izleme çalışması. Uzmanlık tezi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
14. STREIL- MOORE, R.H., SMOLAK, L. (2001). Eating disorders. *Innoviate Directions in Research and Practice*, American Psychiatry Association Washington DC.
15. GRİLO, M.G., MASHEB, R.M., BRODY, M., BURKE-MERTINDALE, C.H., ROTHSCHILD, B.S. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders* 37:347-351.
16. SHILLAK, C.M., CRAGO, M., ESTES, L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 18:209-219.
17. STICE, E. (2001). A perspective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. 110:124-135.
18. BERRY, T.R., HOWE, B.L. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behaviour*. 23(3): 207-218.
19. MORRIS, C.G.(2002). *Psikolojiyi Anlamak (understanding Psychology)*, 4th edition. (çeviri editörleri; Ayvaşık, H.B., Sayıl , M.) Türk Psikologlar Derneği Yayınları . 1. Baskı. 381-383.

20. RAMOS, F.I., ESTEVEZ, J.D., PROUS, A.L., GARCÍA, P.G., GONZALES, M.A.M., ENGUIX, S.C. Incidence of eating disorders in Navara. *European Psychiatry*. 20(2):179-185.
21. BAŞ, M., AŞÇI, F.H., KARABUDAK, E., KIZILTAN, G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among turkish adolescent. *Adolescence*. 39 (155): 593-599.
22. İLHAN, N., ÖZKAN, S., AKSAKAL, N.F., ASLAN, S., DURUKAN, E., MARAL, İ.(2006). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye’de Psikiyatri*. 8(3):151-155.
23. KÖROĞLU, E. (1994). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 219-224.
24. FALİSSARD, B. (2007). Eating disorders; interactions between human nutrition research and food behaviours. *Trends in Food Science & Technology*. 1-4.
25. LOZANO, A. G. (2008). Obesity and sexually selected anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*. 71:933-940.
26. WILLIAMS, P., GOODIE, J., MATSINGER, C. (2008). Treating eating disorders in primary care. *American Fam. Physician*. 77(29):187-195.
27. RANKONEN, A., HOEK, H., SUSSER, E., ELİNA, S., RAEVVARI, A., BULİK, C., KAPRIO, J., RISSANEN, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164:1259-1265.
28. BİRMİNGHAM, L., BEUMANT, P. (2004). *Medical Management of Eating Disorders*. Cambridge.
29. LEE, S., HO, T.P., HSU, L.K.G. (1993). Fat phobic and nonfat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*. 23:999-1017.

30. WALSH, B.T., KAHN, C.B.(1997). Diagnostik criteria for eating disorders: current Concerns and future directions. *Psychopharmacology Bulletin*. 33:369-372.
31. CACHELIN, F.M., MAHER, B.A. (1996). Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? *Journal of Psychosomatic Research*. 44:435-440.
32. GARFINKEL, P.E., LIN, E., GOERING,P., SPEGG, C., GOLDBLOOM, D.S., KENNEDY, S. (1996). Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry*. 168:500-506.
33. POLITO, A., FABBRÌ, A., LUZZÌ-FERRO, A., MASSIMO, C., CENSÌ, L., CIARAPICA, D., FABBRINI, E., GIANNINI, D. (2000). Basal metabolic rate in anorexia nervosa: relation to body composition and leptin concentrations. *American Journal of Clinical Nutrition*. 71:1495-1502.
34. HEER, M., MIKA, C., GRZELLA, I., HEUSSEN, N., HERPETZ-DAHLMAN, B. (2004). Bone turnover during inpatient nutritional therapy and outpatient follow-up in patients with anorexia nervosa compared with that in healthy control subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*. 80: 774-781.
35. DOMÍNGUEZ, J., GOODMAN, L., GUPTA, S., MAYER, L., FISCHER, S., WALSH, B., T., WANG, J., PIERSON, R., WARREN, M., P. 2007. Treatment of anorexia nervosa is associated with increases in bone mineral density, and recovery is a biphasic process involving both nutrition and return of menses, *American Journal of Clinical Nutrition*. 86- 92.
36. WYMELBEKE, V., BRONDEL, L., BRUN, M., J., RIGAUD, D. (2004). Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients. *American Journal of Clinical Nutrition*. 80, 1469-77.

37. SYSKO, R., WALSH, B., T., SCHEBENDACH, J., WILSON, G., T. (2005). Eating behaviour among women with anorexia nervosa, American Journal of Clinical Nutrition. 82, 296-301.
38. YAGER, J., DEVLIN, M., HALMI, K.A., HERZOG, D.B., MITCHELL, J.E., POWERS, P., ZERBE, K., (2006). Treatment of Patients with Eating Disorders. Third Edition. 14.
39. CHIAL, H.J., McALPINE, D.E., CAMILERI, M. (2002). Anorexia nervosa manifestations and management for the gastroenterologists. American Journal of Gastroenterology. 97(2):255-269.
40. BAYSAL, A., BOZKURT, N., PEKCAN, G., BESLER, H.T., AKSOY, M., KUTLUAY MERDOL, T., KEÇECİOĞLU, S., MERCANLIGİL, S.M. (2002). Diyet El Kitabı. 4. Baskı. Ankara.62-63.
41. ARAL, Y., ÜNÜVAR, N. (1998). Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıklarında Temel Tedavi. Ankara. 381-383.
42. TCHANTURIA, K., DAVIES, H., CAMPBELL, I. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. Annals of General Psychiatry, 6-14.
43. STUNKARD, A. J., STELLAR, E. (1984). Eating and Its Disorders. Raven Pres, New York.
44. KOCABAŞOĞLU, N. (2001). Yeme Bozuklukları. Yeni Symposium 39(2): 95-99.
45. TANAKA, M., NAURO, T., MURANAGA, T., YASUHARA, D., SHIYA, T., NAKAZATO, M., MATSUKURA, S., NOZOE, S. (2002) Increased fasting plasma ghrelin levels in patients with bulimia nervosa. European Journal of Endocrinology, 146.

46. NEWMAN, M., HALMI, K.A., MARCHI, P. (1987). Relationship of clinical factors to calorie requirements in subtypes of eating disorders. *Biological Psychiatry*. 22:1253.
47. DEVLIN, M.J., WALSH, B.T., KATZ, J.L. (1990). Hypothalamic- pituitary- gonadal Function in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 47:144.
48. BJORNTORP, P., BRODOFF, B. (1992). *Obesity*. Lipincott Company, Ohiledelphia. 436-443.
49. SUNDGOT-BORGEN, J., ROSENVINGE, J., BAHR, R. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy and nutritional counselling in treating bulimia nervosa. *Medicine and Science Sports and Exercise*. 34(2): 190-195.
50. SUDI, K., ÖFLL, P., BAUMGARTLL, P., TAUSMANN, K., MÜLLER, W. (2004). *Anorexia Athletica*,. *Nutrition*. 29:657-661.
51. American Psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders*. (1994). 4th edition. Washington DC:American Psychiatric Association. 539-550.
52. GRUZCA, R.A., PRZYBECK, T.R., CLONINGER, C.R. (2007). Prevalence and correlates binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*. 48:124-131.
53. KALMAN, D., CASCARANS, H., KRIEGER, D.R., INCLEDAN, T., WOOLSEY, M. (2002). Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic,. *Journal of the American Dietetic Association*. Volume: 102, 5:697-698.
54. WOLFF, G. E., CLARK, M, M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive- behavioural group therapy for binge eating disorder. *Eating Behaviours*. 2:97-104.

55. BRATMAN, S., KNIGHT, D. (2000). Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Book, New York.
56. EVILLY Mc, C., CLARK, M, M. (2001). Facts behind the head lines. The Price of Perfection. British Nutrition Foundation. Nutrition Bulletin. 26:275-276.
57. 56) MATHIEU, J. (2005). What is orthorexia?, Journal of American Dietetic Association., 105, 10: 1510-1511.
58. ARUSOĞLU, G., KABAKÇI, E., KÖKSAL, G., MERDOL, T. 2008. Ortoreksiya nevroza ve ORTO-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3), 283-291,
59. KINZL, J., F., HAUER, K., TRAWEGER, C., KIEFER, I. 2006. Orthorexia nervosa in dieticians. Psychother Psychosom. 75, 395-396.
60. CARRUTH, B., R., SKINNER, J., HOUCK, K., MORAN, J., COLETTE, F., OTT, D. 1998. The phenomenon of picky eater: A behavioral marker in eating patterns of toddlers. Journal of the American College of Nutrition, 17(2), 180-186.
61. ALARCON, A., P., LIN, L., H., NOCHE, M., HERNANDEZ, V., CIMA FRANCA, L., LAM, W., CORNER, M., G. 2003. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. Clinical Pediatrics. 42: 209-217.
62. CARRUTH, B., R., SKINNER, J., D. 2000. Revisiting the picky eater phenomenon: Neophobic behaviours of young children. Journal of the American College of Nutrition. 19(6): 771-780.
63. GALLOWAY, A., FIORITO, L., LEE, Y., BIRCJ, L. 2005. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are picky eaters. Journal of American Dietetic Association. 105(4), 541-548.

64. LUNDERGREN, J., D., ALLISON, K., C., CROW, S., O'REARDON, J., P., BERG, K., C., GALBRAITH, J., MARTINO, N., S., STUNKARD, A., J. 2006. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *American Journal of Psychiatry*. 163:156-158,
65. ALLISON, K., C., AHIMA, R., S., O'REARDON, J., DINGES, D., SHARMA, V., CUMMINGS, D., E., HEO, M., MARTINO, N., S., STUNKARD, A., J. 2005. Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *Journal of Clinical Endocrinol Metabolism*. 90(11): 6214-6217.
66. CHOI, P., Y., POPE, H., G., OLIVARDIA, R. 2002. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*. 36:375-377.
67. YOUNG, S., L., WILSON, M., J., MILLER, D., HILLIER, S. 2008. Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. *Plos One*. 3(9):3147,
68. KOÇAK, Ü. 2000. Pica: A common problem which can be easily diagnosed and treated. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. 9(3): 155-157.
69. STUNKARD, A. (1997). Eating disorders: the last 25 years, *Appetite*. 29:181-190.
70. EMANS, S. J. (2000). Eating disorders in adolescent girls. *Pediatrics*. Int. 42:1-7.
71. MITAN, L. A. P. (2001). Menstrual dysfunction in anorexia nervosa. *Journal of Pediatrics Adolescents Gynecology* 17: 81-85.
72. WINSTON, A. P. (2000). Physical assessment of the eating disordered patient. *European Eating Disorders Review*. 8: 188-191.
73. WOLINSKY, I. (1998). *Nutrition in Exercise and Sport*. Third Edition. CRC Pres. New York.

74. SAVAŞIR, I., EROL, N. (1989). Yeme tutum testi: anoreksiya nervozabelirtileri indeksi. Psikoloji Dergisi. 7(23): 19-25.
75. SECARD, P.F., JOURARD, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. Journal of Consulting Psychology. 15: 347-443.
76. POOK, M., TUSCHEN-CAFFIER, B., BRAHLER, E. (2008). Evaluation and comparison of different versions of the body shape questionnaire. Psychiatry Research. 158: 67-73.
77. POMERLEAU, C., SAULES, K. (2007). Body image, body satisfaction and eating patterns in normal weight and overweight/ obese women current smokers and never-smokers. Addictive Behaviours. 32:2329-2334.
78. BEATO, L., CANO, T.R., BELMANTE, A. (2003). Relationship of Dissociative Disorders Rev. 11:38-45.
79. OUWENS, M., VAN STREIN, T., VAN DER STOAK, C. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. Appetite. 40:291-298.
80. MACHT, M.,(2008). How emotions affect eating: A five-way model. Appetite. 50:1-11.
81. LAITINEN, J., EK, E., SAVIO, U. (2002). Stress-related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour. Preventive Medicine. 34:29-39.
82. ARNOW, B., KENARDY, J., AGRAS, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. Journal of Behavioral Medicine. 15:155-170.
83. TROOP, N. A., TREASURE, A. L., SERPELL, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. European Eating Disorders Review. 10:218-226.

84. BURTON, P., SMITH, H., LIGHTOWLER, H. J. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*. 49:191-197.
85. GREENO, C. G., WING, R. R., SHIFFMAN, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68:95-102.
86. DELAHANTY, L.M., MEIGS, J.B., HAYDEN, D., WILLIAMSON, D. A., NATHAN, D.M. (2002). Psychological and behavioral correlates of baseline BMI in the diabetes prevention programme. *Diabetes Care*. 25:1992- 1998.
87. LARSEN, J. K., VAN STREIN, T., EISINGA, R., HERMAN, P., ENGELS, R.C. M. E. (2007). Dietary restraint: Intention versus behaviour to restrict food intake. *Appetite*. 49:100-108.
88. COOLS, J., SCHOTTE, D. E., MCNALLY, R. J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*. 101:348-351.
89. THOMPSON, K. (2003). *Handbook of eating Disorders and Obesity*. 119-122.
90. GARFINKEL, P.E., NEWMAN, A. (2001). The eating attitudes test; twenty five years later. *Eating and Weight Disorder*. 6:1-24.
91. BRİSSLİN, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written materials . In H.C. Triandis & J.W. Berry (eds), *Handbook of Cross-cultural Psychology*. Boston, MA: Allyn and Bacon Inc
92. BRİSSLİN R.W.(1986). The wording and translation of Research Instruments. In W. J. Lanner & J.W. Berry (eds). *Field Methods in Educational Research*. Newbury Park, CA: Sage. 137-164.

93. BRACKEN, B.A., BARUNA, A. (1991). State of the Art Procedures for translating, validating and using Psychoeducational tests in cross-cultural assesment. *School Psychology International* 12: 119-132.
94. HOVARDALIOĞLU, S. (2003). *Davranış Bilimleri için Araştırma Teknikleri*. Ankara.VE-GA Yayınları. 24.
95. ERKUŞ, A. (2003). *Psikometri Üzerine Yazılar*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. 24.
96. ALPAR, R. *Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik*. TC. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü. Ankara. 300-325.
97. VAN STREİN, T., OOSTERVELD, P. (2008). The children's DEBQ for assesment of restrained, emotional, and external eating in 7 to 12 year old children. *International Journal of Eating Disorders*. 41:1, 72-81.
98. CACCIALANZA, R., NICHOLLS, D., CENA, H., MACCARINI, L., REZZANI, C., ANTONIOLÌ, L., DIELÌ, S., ROGGÌ, C. (2004). Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire parent version (DEBQ-P) in the Italian population: a screening tool to detect differences in eating behaviour among obese, overweight and normal- weight preadolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*. 58:1217-1222.
99. LLUCH, A., KAHN, J.P., STRICKER-KRONGRAD, A., ZIEGLER, O., DROUİN, P., MEJEAN, L. (1996). Internal validation of a French version of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire. 11:198-203.
100. KAYIŞ, A., KALAYCI Ş. (Ed.) (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. 404-419.
101. WAİTE, B.T., GANSNEDER, B., ROTELLA, R.J. (1990). Sport specific measure of self-acceptance. *Journal of Sport Exercise Psychology*. 12: 264-279

EK-1
Yeme Alışkanlıkları Anketi (DEBQ)

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
11. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
19. bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
*31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○

* 31 numaralı madde ters sorudur.

EK-2
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ
ERGENLERDE YEME DAVRANIŞLARI ANKETİ

Anket no: □□□□

Görüşülen Kişinin Adı ve Soyadı :

Ağırlık (kg) : Boy (cm) :

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz (haftada en az 3 kez 30 dakika)?

EVET HAYIR

YEME TUTUM ENVANTERİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin, “ Çikolata yemek hoşuma gider “ cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” yazılı kutunun içine X işareti koyunuz. Her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima”nın altını X ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
6. Aklım fikrim yemektedir.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerüm.	Daima ○	Çok sık ○	Sık sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○

9.	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
10.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
12.	Ailem fazla yememi bekler.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
13.	Yemek yedikten sonra kusarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
15.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
17.	Günde birkaç kere tartılırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
18.	Vücutumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
19.	Et yemekten hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
20.	Sabahları erken uyanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
23.	Adetlerim düzenlidir.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
24.	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
25.	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
26.	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
27.	Lokantada yemek yemeyi severim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
28.	Müşhil kullanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
29.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
30.	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
31.	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
32.	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
33.	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>

34.	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
35.	Kabızlıktan yakınırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
36.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
37.	Perhiz (diyet) yaparım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
38.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
39.	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
40.	Yemeklerden sonra içimden kuşmak gelir.	Daima <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>

Yeme Alışkanlıkları Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.

31. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
32. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
33. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
34. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
35. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
36. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
37. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
38. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
39. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
40. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
41. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
42. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

43. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
44. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
45. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
46. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
47. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
48. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
49. bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
50. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
51. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
52. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
53. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
54. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
55. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
56. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
57. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
58. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
59. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
60. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
61. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
62. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
63. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>