



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ
SÜRÜM 2.0' IN TÜRKÇE UYARLANMASININ GEÇERLİLİK
VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. ŞEYDA TOK

HAZİRAN 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ
SÜRÜM 2.0'IN TÜRKÇE UYARLANMASININ GEÇERLİLİK VE
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şeyda TOK

DANIŞMAN

Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

HAZİRAN 2018

BEYAN

Bu çalışmaya T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02/10/2017 tarih ve 71522473/050.01.04/200 karar sayılı etik kurul onayı alınarak başlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/03/2018

Şeyda TOK

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim s¼rem içinde bilgi, fikir ve tecr¼belerinden faydalandığım değerli danışman hocam Prof.Dr. Hasan etin EKERBİÇER'e, veri toplama s¼recinde yardımını esirgemeyen Dr. Alptekin CEYLAN'a, Dr. Elif AKAR'a, Dr. Yazęı Iőıl KAYABAŐOęLU'na, Dr. Hacer CANER'e, Dr. Mekiye BİNDAL'a, Dr. Ayőe Uęur DEMİRLİ'ye ve Dr. Yusuf AKYOL'a, analiz aşamasında yardımcı olan Doç.Dr. Ünal ERKORKMAZ'a, eviri sırasında yardımcı olan Dr Baran İNCİ'ye, tezin baőından sonuna bilgi alıőveriőinde bulunduğum arkadaőım Muhlise DEMİRBAŞ' a, mesleki bilgi ve beceri edinmemde b¼y¼k rol oynayan, deneyim ve tecr¼beleriyle yetiőmemde katkısı olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın t¼m oğretim üyelerine, destekleri için t¼m asistan arkadaőlarıma ve hayatımın her d¼neminde desteğini esirgemeyen anne, babam ve kardeőlerime, birlikte olduğumuz g¼nden bu g¼ne t¼m kararlarıma sayęı duyup, ideallerimi gerçekleőtirmem için elinden gelenin fazlasını yapan, bana benden çok g¼venen, bilgisi ve tecr¼besiyle ışık tutup yolumu aydınlatan, bir eőtten ¼nce dost olup destek veren, hayat arkadaőım, eőtım Fatih Mehmed TOK'a, verdikleri pozitif enerjiyle hayatımın anlamını artıran ocuklarım Eymen ve Mahir TOK'a teőt¼kk¼rlerimi sunarım.

Dr. şeyda TOK

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
TABLOLAR.....	viii
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. YEMEĞİN TARİHİ SÜREÇTEN ETKİLENİMİ.....	5
2.2. BAĞIMLILIK NEDİR?.....	7
2.2.1. Psikolojik (Psşik) Bağımlılık.....	9
2.2.2. Fiziksel (Fizyolojik) Bağımlılık.....	10
2.3. YEME BAĞIMLILIĞI NÖROFİZYOLOJİSİ.....	10
2.4. DSM.....	13
2.4.1. DSM ve Bağımlılık.....	13
2.4.2. DSM ve Yeme Bağımlılığı.....	13
2.4.3. DSM 5 ile Neler Değişti?.....	15
2.4.4. DSM 5’te Bağımlılık.....	17
2.5. ÖLÇEKLER.....	18
2.5.1. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ).....	18
2.5.2. Modifiye Edilmiş YYBÖ.....	18
2.5.3. YYBÖ 2.0.....	18
2.5.4. Modifiye Edilmiş YYBÖ 2.0.....	19
2.6. YEME BAĞIMLILIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ.....	20
2.7. YEME BAĞIMLILIĞI AYIRICI TANISI.....	20
2.7.1. Obezite.....	20
2.7.2. Yeme Bozuklukları.....	21
2.7.3. Bağımlılıkla İlişkili Bozukluklar.....	21

2.8. ÖLÇEK GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI.....	22
2.8.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	23
2.8.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	24
2.8.2.1. Geçerlik	24
2.8.2.2. Güvenirlik	26
2.8.2.2.1. Değişmezlik (stability)	26
2.8.2.2.2 Ölçümcü güvenirliliği.....	27
2.8.2.2.3. İç tutarlılık	27
2.8.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ.....	29
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	29
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ, ZAMANI VE KATILIMCILARI	29
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	30
3.4.1. Bağımlı değişkenler	30
3.4.2. Bağımsız değişkenler.....	30
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN TERİMLER VE KRİTERLER	31
3.6. VERİ KAYNAKLARI.....	31
3.7. ARAŞTIRMAYI UYGULAYANLAR VE UYGULAMA ŞEKLİ.....	33
3.8. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	33
3.9. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ	34
3.10. ARAŞTIRMA VERİSİNİN DÜZENLENMESİ VE ANALİZİ	34
3.10.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	34
3.10.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	35
3.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	38
3.12. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER	39
3.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. DÜZENLENMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0'IN GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	41
4.1.1. Psikolinguistik Özelliklere Ait Bulgular.....	41
4.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	42

4.1.2.1 Ölçeğin geçerlik çalışması	42
4.1.2.2. Ölçeğin güvenirlik analizi	45
4.1.3. mYYBÖ 2.0 Ölçeğinin Puanlama Yöntemi	46
4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	47
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ	65
KAYNAKLAR	66
EK 1. ÖLÇEĞİ UYARLAMA İZİNİ.....	72
EK 2. ETİK KURUL ONAYI.....	73
EK 3. UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU	74
EK 4. GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ	78
EK 5. MODİFİED YALE FOOD ADDİCTION SCALE VERSION 2.0	79
EK 6. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0 (mYYBÖ 2.0).....	80
EK 7. SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR ANKETİ.....	81
EK 8. ÖZGEÇMİŞ	83

KISALTMALAR

mYFAS 2.0: Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0

mYYBÖ 2.0: Modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeği sürüm 2.0

BKİ: Beden kitle indeksi

DSM: Ruhsal bozuklukların tanısall ve istatistiksel el kitabı

YB: Yeme bağımlılığı

YYBÖ: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

TSM: Toplum sağlığı merkezi

ASM: Aile sağlığı merkezi

AHB: Aile hekimliği birimi

KMO: Keiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü

DFA: Doğrulayıcı faktör analizi

RMSA: Tahmini kök kareler ortalaması

CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi

GFI: Uyum iyiliği indeksi

KR: Kuder Richardson formülleri

EKD: En küçük değer

EBD: En büyük değer

ŞEKİLLER

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	34
Şekil 2. Ölçeğe ait PATH diyagramı	44



TABLolar

Tablo.1. DSM-IV ve DSM-5 madde kullanım bozukluğu kriterleri.....	15
Tablo 2. Yetişkinlerdeki Uluslararası BKİ Sınıflaması	31
Tablo 3. Geçerlik Analizinde Kullanılan Yöntemler	36
Tablo 4. Doğrularıcı Faktör Analizi Sonucu Kullanılan Uyum Göstergeleri ve Normal Değerleri	37
Tablo 5. Güvenirlik Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	38
Tablo 6. Davis Tekniğine Göre Kapsam Geğerliliği Çalışması.....	41
Tablo 7. 8’li Likert Olarak Katılımcılara Sorulan Ölçek Sorularına Verilen Cevapların Puan Karşılıkları	42
Tablo 8. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO) ve Bartlett's Küresellik Testi Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 9. Doğrularıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 10. Doğrularıcı Faktör Analizi Sonucu Uyum Göstergeleri	44
Tablo 11. Madde Analizi Sonucu Elde Edilen Cronbach a ve Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri	45
Tablo 12. mYYBÖ 2.0’ın Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 13. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri	47
Tablo 14. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Bazı Sağlık Göstergeleri.....	48
Tablo 15. Katılımcıların BKİ, Kilo Algısı, Kilo Memnuniyet Durumları, Son Bir Yıldaki Diyet Öyküsü, Diyet Yapma Türü ve Gün İçindeki Atıştırma Sayıları.....	49
Tablo 16. Farklı BKİ’sindeki Katılımcıların Kilo Algısı.....	50
Tablo 17. Katılımcıların mYYBÖ 2.0’da Sunulan İfadelerle İlgili Seçenek Tercihlerinin Dağılımı.....	51
Tablo 18. Katılımcıların mYYBÖ 2.0’da Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara Göre Kriterleri Karşılama Durumları.....	52
Tablo 19. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	53

Tablo 20. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	53
Tablo 21. Katılımcıların BKİ'lerine Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	54
Tablo 22. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Medeni Durumlarına, Eğitim Düzeylerine ve Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 23. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Sağlık Durumlarıyla İlgili Bazı Parametrelere Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 24. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Kilo Algısı, Kilo Memnuniyeti, Diyet Yapma Durumu, Diyet Türü ve Atıştırma Sayısı Sağlık Göre Karşılaştırılması.....	57
Tablo 25. Katılımcıların Cinsiyete Göre YB Sıklıklarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 26. Katılımcıların Kilo Algısına, Kilo Memnuniyetine, Diyet Durumuna, Diyet Türüne ve Atıştırma Sayılarına Göre YB Sıklıklarının Karşılaştırılması	59
Tablo 27. Ölçekten Aldıkları Puanlara Dayanılarak 'Yeme Bağımlısı' Tanısı Alan Katılımcıların Bağımlılık Şiddet Durumları	60

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Yeme bağımlılığı ilk olarak Randolph tarafından 1956'da öne sürülmüş ancak son yıllarda obezitenin yaygınlaşmasıyla daha çok üzerinde durulan bir kavram haline gelmiştir. YB ayrı bir fenomen midir, obezitenin bir alt tipimidir, yoksa yeme bozuklukları için bir niteleyici midir ya da bir tür davranışsal bağımlılık mıdır tartışması bilimsel yazında sürmekle beraber konuyla ilgili araştırmalar devam etmektedir. Bu çalışmada 2017 yılında DSM 5'teki madde kullanım bozukluğu kriterlerini yeme bağımlılığı açısından değerlendirmek için geliştirilen modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeği sürüm 2.0'ın Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenilirliğinin sınanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Metodolojik ve tanımlayıcı tipteki araştırma 7 AHB'de Kasım- Aralık 2017'de başvuran hastalar üzerinde yapıldı. Toplam 271 kişinin dahil edildiği araştırmada modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeğine ait 13 soru, sosyo-demografik özellikler, alışkanlıklar, mevcut hastalıklar ve kiloyla ilgili 19 soru olmak üzere toplam 32 sorunun cevaplanması istendi. İstatistiksel analizlerde ölçeğin geçerliği değerlendirilirken dil geçerliğinde grup çevirisi ve geri çeviri, kapsam geçerliğinde Davis Tekniği, örneklemin faktör analizine uygunluğunda KMO ve Barlett'in küresellik testi ve yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Güvenirlik analizinde iç tutarlılık KR 21 katsayısı hesaplanıp, zamana karşı değişmezliği verinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilip, Spearman korelasyon katsayısı ve Wilcoxon işaretli sıralar testi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu kabul edildi. Katılımcıların ölçek puanları karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR: Dil geçerliği için uzmanlardan gelen derecelendirme sonucu Davis sayısı $\geq 0,80$, ölçeğin KMO değeri 0,709, Barlett Testi için p değeri $< 0,001$, CFI 0,84, GFI 0,93 ve RMSA 0,07 bulundu. KR 21 katsayısı 0,698 iken ilk testle tekrar test arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok anlamlı bir korelasyon ($r=0,899$, $p < 0,001$)

vardı ve Wilcoxon işaretli sıralar testi p değeri 0,919'du. Katılımcıların %75,6'sı (205) kadın, ortalama yaşları $39,23 \pm 12,66$ SS olup en küçüğü 18, en büyüğü 65 yaşındaydı. Kilo ortalamaları $76,01 \pm 15,84$ SS kg olup en ağırı 138 kg idi; boy ortalamaları $1,61 \pm 0,1$ SS m olup, en kısası 1,38 m idi ve BKİ ortalamaları $29,249 \pm 6,138$ SS idi. Algılanan kiloya göre ölçek puanları karşılaştırıldığında kendini fazla kilolu/obez olarak algılayanlarla normal algılayanlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p=0,001$), fazla kilolu/obez algılayanların ortancası daha yüksekti. Katılımcıların kilo memnuniyet durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında da oldukça anlamlı bir fark bulundu ($0 < 0,001$), hiç memnun olmayanların puanları en yüksekti. Son bir yıl içinde kilo vermek için girişimde bulunma yönünden ölçek puanları karşılaştırıldığında yine oldukça anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,001$), sürekli diyet yapanların puanları en yüksek, diğer iki grubun puanları benzerdi. BKİ ile algılanan kilo karşılaştırıldığında obez olan 119 kişiden sadece 12'si (%10,1) kendisini obez olarak algılıyordu. Obezlerin ölçek puan ortancaları zayıf/normal ve fazla kilolu olanlardan anlamlı olarak daha yüksekti. 'Yeme bağımlısı' olan 23 (%8,49) kişinin 19'u (%82,6) kadındı ve 12'si (%52,2) orta şiddetteydi.

SONUÇ: Modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeği sürüm 2.0'nin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesine yönelik yapılan bu çalışma sonunda ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. YB kavramının bilimsel yazında hala tartışmalı olduğunu göz önünde bulundurarak ölçekle elde edilecek sonuçların YB tanısı koydurmamakla birlikte obeziteden korunmayla ilgili araştırmalarda yol gösterici olabileceğini düşünüyoruz. Bununla birlikte YB'nin hastalık olduğu varsayıldığında mYYBÖ 2.0 ölçeğinin bizi tanıya götürebilecek objektif ve pratik bir araç olarak kabul edilebilir. Mevcut veriler Türkiye'nin bugün olduğu gibi gelecekte de obezite ve ilişkili sağlık sorunlarıyla boğuşmak zorunda kalacağını göstermektedir. Bu nedenle obeziteden korunmada bu ve benzeri ölçeklerin Türkçe'ye kazandırılması faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Obezite, Ölçek geçerlik güvenilirliği, Yeme bağımlılığı

SUMMARY

THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE ADAPTATION OF MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE VERSION 2.0 TO TURKISH

INTRODUCTION AND PURPOSE: The term Food Addiction (FA) was first suggested by Randolph in 1956, but in recent years it has become a concept that is more emphasized with the widespread prevalence of obesity. Is FA a separate phenomenon or a subtype of obesity, is it a determiner for eating disorders or is it a kind of behavioral addiction? The debate about FA in scientific literature goes on while research on the subject continues. In this study, the aim was to test the validity and reliability of Turkish adaptation of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 (mYFAS 2.0), in order to assess the criteria of substance use disorder in DSM-5 in terms of food addiction in 2017.

MATERIAL AND METHOD: This methodological and descriptive study was conducted with the patients who applied to 7 different Family Medicine Units in November-December 2017. A total of 271 respondents were asked to answer a total of 32 questions, including 13 questions of the mYFAS 2.0, 19 questions about socio-demographic characteristics, habits, current illnesses and weight. In the statistical analyses, the validity of the scale was assessed by using group translation and back translation for language validity, Davis Technique for content validity, KMO and Barlett's sphericity test for the adequacy of the sample to factor analysis and confirmatory factor analysis for construct validity. In the reliability analysis, for the internal consistency, KR 21 coefficient was calculated and the normal distribution was evaluated by the Kolmogorov-Smirnov test and time-dependent invariance was evaluated by Spearman's correlation coefficient and Wilcoxon signed rank test. Kruskal-Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test and Pearson chi-squared test were used to compare the scale scores of the participants. The results were accepted as significantly different when p was calculated as <0.05 .

RESULTS: For the language validity, as a result of ratings of experts, for Index of Content Validity (CVI) Davis score was found to be $\geq 0,80$, the KMO value of the scale 0,709, the p value for Bartlett test $<0,001$, CFI 0,84, GFI 0.93 and RMSEA 0.07. There was a very strong and very significant correlation ($r = 0,899$, $p <0,001$) in the positive direction between the test and the retest when the KR 21 coefficient was 0.698, and the Wilcoxon signed rank test p was 0,919. 75,6% (205) of the participants were female, mean age was $39,23 \pm 12,66$ SD, the youngest being 18, the oldest being 65 years old. The mean weight was $76,01 \pm 15,84$ SD kg and the maximum weight was 138 kg. The mean height was $1,61 \pm 0,1$ SD m, the minimum height was 1,38 m and the mean BMI was $29,249 \pm 6,138$ SD kg/m^2 .

When the scale scores were compared according to perceived weight, it was found that there was a significant difference between those who perceived themselves as overweight/obese and those who perceived themselves as normal ($p=0,001$), and the median score of those who perceived themselves as overweight/obese were higher. There was also a significant difference ($p<0,001$) when participants were compared with scale scores according to their weight satisfaction status. Those who were not satisfied at all had the highest scores. There was also a significant difference ($p<0,001$) when the scale scores for attempting to lose weight in the last year were compared, the scores of the continuous diet group were the highest and the scores of the other two groups were similar. When BMI was compared with perceived weight, only 12 (10,1%) of the 119 obese subjects perceived themselves as obese. The median score of those who were obese were significantly higher than the score of those who were underweight/normal and overweight. Of 23 subjects (8,49%) who had FA, 19 (82,6%) were female and 12 (52,2%) had moderately severe FA.

CONCLUSION: As a result of this study conducted to determine the validity and reliability of the mYFAS 2.0, the scale was found to be valid and reliable. Considering that the concept of FA is still controversial in the scientific literature, we think that the results obtained with the scale may guide researches related with obesity prevention although it is not intended for diagnostic purposes. However, assuming that food addiction is a disease, the mYFAS 2.0 can be considered an objective and practical tool that can lead us to diagnosis. Available data indicate that Turkey's future will also

have to deal with obesity and related health problems as it does today. For this reason, we think that it would be beneficial to translate these and similar scales into Turkish in terms of the prevention of obesity.

Key words: Food addiction, Obesity, Validity and reliability of Scale



1. GİRİŞ VE AMAÇ

"İnsan dediğimiz yaratığın daha bu adı taşıyacak gelişme düzeyine erişmeden önce, yani var oldu olalı, yaşamak için yapmak zorunda olduğu birkaç temel etkinlikten biri yemek yemektir. Doğada hayvanların çoğu bulduğu her şeyi yemeyi öğreniyor, öğrenmek zorunda kalıyor; yani bir anlamda 'et'ten 'ot'tan önce 'obur' oluyor; dolayısıyla atalarımız da herhalde, 'avlanmak' diye tanımlanacak bir etkinliğe girecek aşamaya gelmeden önce, bunu gerektirmeyen boyda bosta başka –yakalayabildikleri- hayvanları yemekte kusur etmiyorlardı" diyor Belge (2016) 'Tarih boyunca yemek kültürü' adlı kitabında.

Kitabın devamında "Yemek için mi yaşamalı, yaşamak için mi yemeli?" klişesini soruyor ve bu klişenin anlamsızlığına değiniyor. Bunu da "Yani insanların bütün canlılar gibi ancak besin olarak yaşadıklarını söylemek, uyumadan ya da çoğalmadan ya da bütün bu temel işleri yapmadan var olamayacaklarını söylemek kadar yavan bir 'felsefe' olamaz. Ama en erken dönemlerden beri bunların aynı zamanda keyif alınarak da yapıldığı ortada. İnsanı insan yapan da bu keyif. Bir çok benzeri gibi doğal/kültür ayrımını öne süren bir soru. 'yaşamak için' yersek bu 'doğal' oluyor. Öbürü ise 'kültürel' ama bu örtük ayrım 'daha örtük' bir başka ayrım ya da 'yargı'nın üstüne oturuyor. Doğal olan ahlaklıdır; kültürel olana ahaksızlık daha kolay sızabilir." şeklinde açıklıyor (Belge 2016).

Yaşadığımız tarihin başta sona adalet dolu bir tarih olmadığını, pek çok insanın pek çok zaman sadece doymak yani yaşamak için yemek yemek zorunda kaldığını ama bunun bir meziyet değil yoksunluktan kaynaklandığını söylüyor Murat Belge. Kimsenin de bundan mutlu olmadığını ve aslında herkesin her zaman biraz daha iyisini yemek istemekten vazgeçmediğini ekliyor kitabına (Belge 2016).

Yemek bağımlılığı (YB) medyada ve sosyal yaşamda farklı davranışsal durumları tanımlamak için kullanılsa da bilimsel literatürde yoğunlukla klinik öncesi

çalışmalardan elde edilen veriler eşliğinde son çeyrek yüzyıldır tartışılmaktadır. Gerçekten de yemek bağımlılığı olarak tanımlanabilecek bir bozukluk var mıdır? Eğer böyle bir bozukluk varsa yeme bozuklukları, obezite ya da bağımlılıkla ilişki bozukluklardan hangisi içinde yer almalıdır sorusu da beraberinde gündeme gelmiştir.

YB ayrı bir fenomen midir, obezitenin bir alt tipimidir, yoksa yeme bozuklukları için bir niteleyici midir ya da bir tür davranışsal bağımlılık mıdır tartışması bilimsel yazında sürmektedir (yekin 2016).

YB obeziteyle çok net korele olmasa da bir ilişkisinin olduğunun düşünülmesi bile bir merak uyandırıp bilim dünyasını çalışma yapmaya yönlendirmelidir. Çünkü obezite dünyada da ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ 1975 yılından bu yana dünya çapında obezitenin neredeyse  kat arttığını, 2016 yılında 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkinin kilolu olduğunu, bunların 650 milyonunun obez olduğunu yayınladı. Aynı yıl 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %39'unun aşırı kilolu, %13'ünün (%11'i erkek, %15'i kadın) obez olduğunu açıkladı. DSÖ obezitenin nedenini küresel olarak; yağda yüksek enerjili gıda alımının artması ve birçok iş türünün giderek yerleşik olması, ulaşım Őekillerinin değişmesi ve kentleşmenin artması nedeniyle fiziksel hareketsizlikte artış olmasıyla ilişkilendiriyor (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 05 Ocak 2018). Diyet ve fiziksel aktivite modellerindeki değişiklikler genellikle sağlık, tarım, ulaşım, kent planlaması, evre, gıda işleme, dağıtım, pazarlama ve eğitim gibi sektörlerde kalkınma ve destekleyici politikaların eksikliği ile ilişkili çevresel ve toplumsal değişimlerin sonucudur.

20. yüzyılın ilk yarısında kitle halinde öldüren bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındıktan sonra kronik dejeneratif hastalıklar ön plana çıkmıştır. 'soğan kabuğu prensibi' diye adlandırılan bu durum gelişmekte olan ülkelerde ilgilenilecek alanın kronik dejeneratif hastalıklar olduğu sinyalinin vermektedir. DSÖ 2012 yılında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olan kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve bazı kanserleri için artan BKİ'nin risk faktörü olduğunu belirtti. Bu hastalıkların nedenselliğinde BKİ'deki obeziteye doğru gidişin buz dağının tepesindeki küçük bir kısım olduğu öngörülmelidir.

Obezite dünyanın olduğu gibi bizim ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin de sorunudur. TÜİK (2016) verilerine göre obezite oranı 2008 yılında %15,2 iken 2014 yılında %31,1 oranında artış göstererek %19,9'a ulaşmıştır. 2016 yılında ise %19,6 olmuştur.

YB ilk olarak Randolph tarafından 1956'da öne sürölmüş ancak son yıllarda obezitenin yaygınlaşmasıyla daha çok üzerinde durulan bir kavram haline gelmiştir (Randolph 1956). Tanım olarak bazı kişilerde belirli yiyeceklerin aşırı tüketiminin klinik olarak kilo alımına ve obeziteye neden olduğu bir bağımlılık türü olarak nitelendirilmektedir. Yiyeceklere, kötüye kullanılan maddelerin aksine hayatta kalmak için ihtiyaç duyulması ve ne noktada bağımlılık denebileceği hala tartışılmakta olsa da işlenmiş, yağ ve karbonhidrat içerikli gıdaların ihtiyaç olunandan çok daha fazla tüketilmesi doyunluk hissinden ziyade ödöl ihtiyacını çağrıştırmakta ve bu bağlamda YB kavramını güçlendirmektedir (D'Addario et al, 2014). 1990'lı yıllarda tek tük çikolata bağımlılığı gibi kavramlarla YB' nin öncüsü olan çalışmalar literatürde belirmiş, öncesinde popüler medyanın gündeminde tartışılırken 2000'li yılların başlarında sistematik bir şekilde bilimsel literatürde görölmeye başlamıştır. Belirli yiyeceklere tolerans gelişmesi ve yoksunluk belirtilerinin olması gibi biyodavranışsal belirtiler ve ortabeyinde endojen opioid ve dopamin aktivitesi olması gibi nörofizyolojik belirtilerin ışığında YB'nin bazı bireyler için geçerli ve ileri araştırmayı gerektiren bir konu olduğu belirtilmektedir (Blumenthal 2010, Cocores and Gold 2009, Corsica and Pelchat, Pelchat 2009, Umberg et al 2012). Tanımında netlik olmasa da YB alkol bağımlılığı gibi bir bağımlılıksa eğer, bizim bu bağımlılığın yaygınlığıyla ilgili bilgi sahibi olmamız ve buna yönelik birinci, ikinci ve üçüncü koruma stratejilerini geliştirmemiz gereklidir.

Ülkemizde kullanılmak üzere Türkçe dilinde YB tanısı koymaya yönelik olarak geliştirilmiş, DSM 5'teki son değişikliklerle uyumlu bir ölçüm aracı olmaması nedeniyle bu ölçeğin alandaki boşluğu dolduracağı düşünölmüştür. Araştırıcının yeni bir ölçek geliştirmek için geçireceği süreyi kısaltacağından ve hali hazırda bilimsel literatürde kullanılan bir ölçek Türkçe'ye kazandırılacağından ölçek uyarlaması tercih edilmiştir. Bu çalışmada Schulte ve Gearhardt tarafından 2017 yılında DSM 5'teki madde kullanım bozukluğu kriterlerini yeme bağımlılığı açısından değerlendirmek

için geliştirilen 'Modified Yale Food Addiction Scale 2.0' ölçeğini Türkçe'ye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. YEMEĞİN TARİHİ SÜREÇTEN ETKİLENİMİ

"Dünya tarihinde yaptığımız dönemlendirmeler, aslında yemek tarihine de denk düşer." der Murat Belge kitabında. Ve devam eder "Yunan ve Roma mutfaklarıyla aslında bir 'klasik dönem' vardır. Orta çağ yemek zevki bakımından da ayrı, kendi içinde uyumlu bir çağdır. Rönesans'ta kültür değişirken yemek kültürü de değişir. Mutlak monarşiler çağı, on dokuzuncu yüzyıl ve sanayi devrimi, yirminci yüzyıl, hepsi yemek tarihine kendi farklı damgalarını vurmuşlardır. Değişimler yalnız fiziksel ve pratik etmenlerle açıklanamaz; idolojik yapıların her zaman rolü olmuştur. Yeneni şeyin yalnız lezzeti değil, toplumun o şeyle ilgili düşünceleri onun şöyle ya da böyle bir yemek haline gelmesini belirlemiştir."(Belge 2016).

Türk mutfak kültürü tarihsel gelişimini Sibel Güler 'Türk mutfak kültürü ve yeme içme alışkanlıkları' adlı kitabında şu şekilde anlatır: "Orta Asya Türkleri, tarım ve hayvancılıkla uğraşmışlardır. Yemeklerde en çok buğday ve buğday unu ile yapılan yağlı hamur işleri daha ön plana çıkmıştır. Orta Asya Türklerinde, "av hayvanları" önemli bir yer teşkil etmektedir. Eski Türklerin temel yiyeceği, koyun ve süt ürünleridir bununla birlikte atın da o dönem hem önemli bir beslenme kaynağı hem de ulaşım aracı olduğunu görüyoruz. Koyunu sırasıyla, keçi ve sığır izlemektedir. Bu hayvanlar süt üretimi için kullanılmaktadır. Hububatlar da, Türk Mutfak kültüründe önemli bir yer tutmaktadır. Çorbalar çok yaygın olarak tüketilmektedir. Türk Mutfak kültürü içinde Selçuklular yemek çeşitleri, yemek pişirme ve muhafaza teknikleri ile kendilerine has bir mutfak kültürü oluşturmuşlardır. Selçuklularda kuşluk ve akşam (zevâle) yemeği adı verilen iki öğün bulunmaktadır. Kuşluk, sabahla öğlen arasında yapılmaktadır. Tok tutan yemekler tercih edilmektedir. Akşam yemeğinde ise çeşit boldur ve hava kararmadan yenmektedir. Selçuklular döneminde et, un ve yağ yemek alışkanlığının simgesi olarak görülmektedir. Kuzu, keçi, at ve tavuk en çok eti yenen hayvandır. Bunlara kuşlar ve balıklar ilave edilebilir. Selçuklularda, sebze yemekleri pek tercih edilmemiştir. İslamiyet, Türk Mutfak kültüründe yemek konusunda pek çok

uygulama ve gelenekler yaratmıştır. Yemek yedikten sonra sofranın yapılması çok yaygın bir gelenektir. Türklerin, İslamiyeti seçmelerinden sonra yiyecek içecek kültürlerinde dinin etkisi oldukça görülmektedir. Örneğin, Kuran-ı Kerimde yasak olan domuz eti Türk Mutfak kültüründe hiç yer almamıştır. Eşek, at, katır gibi tek tırnaklı hayvanların eti ve sütü de yine dinin etkisiyle mutfağımıza hiç girmemiştir. Günümüzde de Türk Mutfak kültüründe bu tür hayvanlar hala yer almamaktadır. İslam dininin etkisiyle Arap mutfağının varlığı Türk Mutfak kültüründe daha çok hissedilmeye başlamıştır. Özellikle Güneydoğu bölgesi yemeklerinde Arap mutfak kültürünün etkisi fazladır. Baharatın fazla kullanılması, örneğin acı biberin kullanımı bu etkinin örneklerindedir. Osmanlı İmparatorluğu'nun gelişmesi, Türk Mutfak kültürüne de yansımıştır. 15. y.y. da yemekler çeşit olarak az ve sade; 16. y.y.'da ise en görkemli yıllarını yaşamıştır. 17. ve 18. y.y.'da da bu görkemli dönem devam etmiş ancak 19. y.y.'da Osmanlı İmparatorluğu'nun fakirleşme sürecine girmesi Türk Mutfak kültürünü de etkilemiştir. Türk Mutfak kültürünün Osmanlı İmparatorluğu döneminde gelişmesinin diğer bir nedeni de, Osmanlı İmparatorluğu'nun çok geniş coğrafi alana hakim olması ve bunun sonucunda çok farklı kültürlerle tanışması ve etkilenmesidir .

Osmanlıların 19.y.y.da Batı ile ilişkilerini ilerletmeleri sonucu mutfak kültürümüz de Avrupa'dan etkilenmeye başlamıştır. İlk önceleri sofrada yenilikler başlamış, daha sonraları sını yerine masa, minder yerine sandalye, ortak kullanılan tencere yerine herkesin kendine ait kullandığı tabak ve beraberinde çatal, bıçak ve su takımları saraylarda kullanılmaya başlanmıştır."(Güler 2010).

20. y.y.'ın ikinci yarısına geldiğimizde hızlı kentleşme, sanayileşme, batı kültürüne açılma, yemek hazırlama zamanının azalması, kitle iletişim araçlarının etkisi, reklamlar, gıda sanayinin gelişmesi gibi birçok etmen beslenme şeklimizin ve yediklerimizin değişmesine yol açmıştır. Kapitalizmin de etkisiyle gıdaların daha çok ve daha fazla yerde tüketilmesi için gıdalara bir takım müdahaleler yapılmıştır. Gıdanın üretilmesi, işlenmesi, hazırlanması, ambalajlanması, taşınması, depolanması sırasında gıda maddesinin tat, koku, görünüş, yapı ve diğer niteliklerini korumak, düzeltmek veya istenmeyen değişikliklere engel olmak amacıyla kullanılmasına izin verilen madde olarak tanımlanan gıda katkı maddeleri bu görevi yerine getirmektedir. Gıdanın

dayanıklılık süresini artırmak, görüntüsünü çekici hale getirip tadını güzelleştirmek ve tekrar tekrar yeme isteğini sağlamak gıda katkı maddeleriyle sağlanmaktadır. Gıda sektörünün kar kaygısı bu maddelerin kullanımını tehlikeli hale getirebilmektedir.

2.2.BAĞIMLILIK NEDİR?

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur (Işık 2009, Uluğ 2007).

Bağımlılık; bir madde ya da davranışı kullanmayı bırakamama veya kontrol edememe şeklinde de tanımlanabilmektedir (Egger and Rauterberg 1996). Bağımlılık kavramı uluslararası literatürde daha çok ‘addiction’ ve ‘dependence’ şeklinde kullanılmaktadır. DSM-IV’de ‘addiction’ terimi yerine ‘dependence’ ve ‘abuse’ terimleri kullanılırken, DSM 5’te bu iki tanım birleştirilerek ‘substance use disorders’ olarak yerini almıştır.

DSÖ bağımlılık yapan maddeyi “önüne geçilmez gereksinme yahut arzu, kullanıldığı miktarı artırma eğilimi, ruhsal, fiziksel bağımlılık hali oluşturan madde” olarak tanımlar. Canlı bir organizmanın, bir madde ile etkileşime girmesinden kaynaklanan psişik ve bazen aynı zamanda fiziksel nitelikli durumu olduğunu, ayırt edici niteliği, davranışta ve uyaranlara yönelik diğer yanıtlarda meydana gelen değişimler olup, hep sürekli ya da dönem dönem söz konusu maddeyi alma yönünde karsı koyulmaz bir dürtü içerdiğini, bu dürtünün maddenin uyandırdığı psişik etkileri yaşama ya da onun yoksunluğunun getirdiği huzursuzluğu giderme isteğinden kaynaklandığını söyler. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize İşler Daire Başkanlığı 2003 raporunda “bağımlılık yapan maddeler” kavramı: belirli dozda alındığı zaman kişinin sinir sistemini etkileyen, akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan, fert ve toplum içinde ekonomik ve sosyal çöküntüye neden olan, alışkanlık ve bağımlılık yapan, kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve satışını yasakladığı narkotik ve psikotrop maddeler olarak tanımlanır. Sander (1990) bağımlılığı "kişinin tedavi amaçlı olmaksızın kullandığı herhangi bir maddeyi bırakmak istemesi ve bu amaçla çeşitli çabalara girmesine karsın bırakamaması; bırakma çabaları sırasında yoksunluk

belirtilerinin ortaya çıkması ya da zararlarını bilmesine karşın, madde kullanmaya devam etmesi ve kullanma gereksinimi hissettiği maddenin dozunu devamlı artırmak zorunda kalmasıdır" şeklinde tanımlar.

Bağımlılık genelde bireyin kendisi tarafından fark edilememektedir. Bu nedenle diğer rahatsızlıklara oranla daha riskli olan durumlara dönüşebilmektedir. Bireyler sigara, alkol, uyuşturucu gibi birçok maddeye bağımlı olabilirler. Bunun dışında bağımlılık denince akla sadece sigara, alkol, uyuşturucu vb. madde bağımlılıkları gelmemeli, bunun yanında fiziksel bir maddeye dayanmayan, davranış tabanlı yeme bağımlılığı, oyun bağımlılığı, seks bağımlılığı, bilgisayar bağımlılığı, televizyon bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, internet bağımlılığı vb. bağımlılıklardan da söz edilebilir (Greenfield 1999, Kim ve Kim 2002). Hem alkol, sigara gibi madde bağımlılığında hem de yeme, seks, internet gibi davranış bağımlılıklarında davranış ya da eylemi kontrol edememe ve olumsuz sonuçlarına rağmen davranış ya da eylemin süreklilik arz etmesi bağımlılık kavramı için ortak özellikler olarak gösterilebilir (Henderson 2001). Üstelik bu davranışlarla gerçekleşen bağımlılık, madde bağımlılığındakine benzer beynin ön ve limbik bölgelerinde aktivite değişikliklerine sebep olabilmektedir. Davranışsal bağımlılığı olan bireyler madde bağımlısı olanlar gibi belirli yoksunluk belirtileri gösterebilmektedir (Miele ve ark. 1990, Holden 2001, Martin & Petry 2005, Shaw & Black 2008, Young 2009). Gerek madde bağımlılıklarında gerekse davranış tabanlı bağımlılıkların saptanmasında genelde benzer belirtiler yol gösterici olur. Bağımlılık gizli olan bir süreçten geçer ve çoğunlukla birey, bir bağımlı olduğunu fark edemez ya da çok geç fark eder. Bütün bağımlılıklar aynı şiddette bulunmayıp, hafif, orta ve yüksek şiddette diye nitelenebilir. Madde bağımlılığı, psikolojik ve sosyolojik problemlere neden olmakla birlikte, sonu ölümle neticelenebilecek çok ciddi fiziksel (bedensel) problemlere de yol açabilir. Davranış bağımlılığı madde bağımlılığına oranla daha az fiziksel risk oluşturmakla birlikte, birey üzerinde psikolojik ve sosyolojik problemlere daha çok neden olabilmektedir. Ancak yine de hem madde hem de davranış tabanlı bağımlılıkların çok ciddi psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik problemlere neden olduğu söylenebilir. Örneğin, seks bağımlılığı aile parçalanmalarına yol açarak toplumsal travmalara neden olurken; yeme bağımlılığı şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları ve ani ölümler gibi fiziksel problemlere, psikolojik açıdan bakılınca ise sevgi ve destek arayışına, aşağılık

kompleksine ve ciddi travmalara neden olabilmektedir. Ayrıca hem madde hem de davranış bağımlılıklarında depresyon riskinin arttığı söylenebilir (Henderson 2001).

Griffiths'e (1999) göre davranış tabanlı bağımlılıkların tanı ölçütleri şunlardır;

Dikkat çekme (Salience): Belirli bir eylem kişinin hayatında önemli bir hale geldiğinde ortaya çıkar. Düşüncelere (zihinsel uğraş veya bilişsel çarpıtmalara yol açan), duygulara (şiddetli isteklerle sonuçlanan) ve davranışa (sosyalleşmiş davranış yıkımları) hâkim olur.

Duygudurum Değişikliği (Mood Modification): Bu durum belirli bir aktivite ile meşgul olmanın sonucunda öznel deneyimlere işaret eder. Başa çıkma stratejisi olarak görülebilir.

Tolerans (Tolerance): Aynı etkiyi göstermesi için belirli aktivitelerin miktarındaki artma sürecidir.

Geriçekilme Belirtileri (Withdrawal Symptoms): Bunlar belirli bir eylem devam etmediğinde ya da aniden kesildiğinde ortaya çıkan, kişiyi rahatsız eden duygular ve fiziksel etkilerdir.

Çatışma (Conflict): Kişinin çevresindekiler ile yaşadığı kişilerarası veya içsel çatışmalardır. İş, sosyal yaşam, hobiler ve ilgiler gibi çeşitli aktivitelerle üzerinden yaşadığı çatışmalardır.

Nüksetme (Relapse): Belli bir aktivitenin daha önceki örüntüleriyle yeniden oluşmaya başlamasıdır. Yıllar süren kontrol veya kaçınmadan sonra tekrar bağımlılığın en uç noktasına dönülmesidir.

2.2.1. Psikolojik (Psişik) Bağımlılık

Sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulmak için devamlı ve tekrarlayan aralıklarla maddenin aranmasıdır. Alındığında doyum, rahatlama ve zevk meydana gelir (A.Ziyalar, 1980: 313). Psişik bağımlılık, bütün bağımlılık olgularında bulunan temel öğedir. Madde, yalnızca psişik bağımlılık oluşturmuş; ancak fiziksel bağımlılık yapmamışsa, kesilmesi halinde yoksunluk sendromuna neden olmaz (Kayaalp 1989). Psikolojik bağımlılıkta;

- Maddenin yeniden alınması yönünde aşırı ve güçlü istek olması,
- Maddenin, miktarının artırılmasına gerek duyulmadan kullanılması,
- Kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içinde kalması gibi özellikler bulunur (Köknel 1998).

2.2.2. Fiziksel (Fizyolojik) Bağımlılık

Bağımlılık yapıcı maddenin uzun süre ya da kısa ve düzenli kullanılması durumunda bedenin bağımlılık yapıcı maddenin etkisine alışması, alışılan maddenin alınmaması ya da azaltılması durumunda ise, bedende yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıdır (Bektaş 1991). Belirli bir madde ile ilgili psikik bağımlılığın derecesi bireyler arasında değişiklik gösterdiği halde, fiziksel bağımlılık için böyle bir değişkenlik yoktur. Kullanılan miktarın giderek artırılması durumunun çıktığı fiziksel bağımlılıkta, merkezi sinir sisteminde kullanılan maddeye karşı bir uyum gelişir. Sinir sistemi hücrelerinin işlevlerinin sürdürülebilmesi için söz konusu maddenin gerekli olduğu kabul edilir. Maddenin kesilmesi ya da az alınması durumunda yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bu durum kullanıcı için ızdırap verici ve yıldıricıdır. Bu nedenle kullanıcı kötü olayları yaşamamak için maddeyi almaya devam eder (Yılmaz 2004). Maddenin alınmaması ya da az alınması durumunda ortaya çıkan yoksunluk kullanılan maddeye bağlı olarak, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ter, iştahsızlık, ishal, uykusuzluk, taşkınlık, kasılma, sara nöbeti gibi fiziki belirtiler göstermektedir. Maddenin kesilmesi ya da azaltılması yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmuyorsa, fiziksel bağımlılıktan söz edilemez. Oluşan fizik bağımlılığın derecesi, madde kesildiğinde yoksunluk sendromunun şiddeti ile ölçülür (Köknel 1998).

2.3.YEME BAĞIMLILIĞI NÖROFİZYOLOJİSİ

Besinlerin bağımlılık yapıcı etkilerini tartışmadan önce yemek yemek ve haz ilişkisine değinmekte yarar var. Yemek yemek biyolojik gereksinimlerimizin başında gelir. Yaşamak için yemek zorundayızdır. Fizyolojik ihtiyaçlarımızın karşılanabilmesi için besinlere ihtiyacımız vardır. Besinler doğal ödülleri olarak bilinir ve limbik sistemde yer alan ödül sistemini etkiler. Yaşamsal olan doğal ödülleri yemek, içmek, cinsellik ve sosyal ilişkiler olarak tanımlanır.

Yürütülen prelinik çalışmalarda beslenmenin homeostatik ve homeostatik olmayan yönü ve birbiriyle ilişkileri incelenmiştir. Yeme tutumunu homeostatik ve hedonik olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlendiğini tanımlayan bir çalışmada beslenmenin sadece homeostatik sistemler tarafından kontrol edildiği koşullarda herkesin ideal kilosunda olacağı ve beslenmenin tıpkı nefes almak gibi yaşamsal bir

ihtiyaç gibi algılanacağı ancak beyin ödül sisteminin lezzet ve haz alma süreci ile olan ilişkisiyle birlikte hedonik sistemin devreye girdiğini ve bunun sonucunda bazı besin maddelerinin aşırı tüketildiği belirtilmiştir (Saper et al 2002, Hajnal et al 2004).

YB'nin araştırıldığı hayvan çalışmalarında madde bağımlılığı için kullanılan biyodavranışsal modeller kullanılmış ve bazı yiyeceklerin ödül merkezi için önemli olduğu bilinen nukleus akkumbenste dopamin salınımına neden olduğu tespit edilmiştir (Hajnal et al 2004, Liang et al 2006, Yakovenko et al 2011).

Bu araştırmalarda saptanan ortak bulgu lezzetli yiyeceklerin (sukrozdan ve glukozdan zengin) tüketilmesi sonucunda beyin ödül sisteminin aktive olduğu özellikle ventral striatum, prefrontal korteks ve amigdalanın duyarlı olduğu belirtilmiştir (Lutter and Nestler 2009)

Bu maddelerin aşırı tüketiminin, singulat, hipokampus, nucleus akkumbens ve locus seruleustan dopamin salınımını ve hipotalamus arkuat çekirdeğinde yer alan endojen bir opioid olan dinorfininin gen ekspresyonunu arttırdığı saptanmıştır (Levine et al 2003). Bir ay boyunca her gün 12 saat boyunca yüksek şekerli solüsyonla beslenen ratların incelendiği bir çalışmada hayvanların tıpkı bağımlılar gibi aşırı miktarda besin tükettiği (tıkınırcasına yemek yeme) ve solüsyon verilmediğinde tıpkı opiat yoksunluğunda olduğu gibi anksiyete, depresyon ve aşırme belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Levine et al 2003, Colantuoni et al 2002, Avena et al 2005, Avena et al 2005). YB'yle ilgili yapılan klinik araştırmalarda çoğunlukla beyin görüntüleme yöntemleri kullanılmış ve lezzetli bir yiyeceği tüketirken diğer besinlerden farklı olarak orta beyin, ventral striatum ve posterior sağ dopaminerjik etkinliğin arttığı bulunmuştur (O'Doherty et al 2002). Yapılan bir başka araştırmada obez kişilerin düşük kilolu olanlara göre striatum D2 reseptör yoğunluğunun az olduğu, aynı zamanda D2 reseptörleri ve somatosensorial korteks metabolizması arasında ilişkinin yiyeceklerin pekiştirici özelliklerini düzenlediğini göstermişlerdir. Ayrıca azalmış D2 reseptör işlevinin alkol ve madde bağımlılarına paralel şekilde prefrontal korteks etkinliğinde azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Volkow et al 2008). Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) araştırmalarında, obez bireylerde yiyecek tüketimine orta dorsal insula, orta beyin ve posterior hipokampus yanıtında anormallikler saptanmış

ve yanıtın obezite riskini arttırdığı düşünülmüştür (DelParigi et al 2005, Johnson and Kenny 2010).

YB'ye ilişkin yapılan genetik araştırmalar ağırlıklı olarak ödöl sisteminde temel rolü olan dopamin ile ilişkili olup; bu araştırmalarda ödöl geni olarak bilinen Taq1A DRD2 gen polimorfizmi ile bağlantılı olarak A1 alelinin olduğu durumlarda, %30-40 daha az striatal D2 reseptörünün olduğu gösterilmiştir (Johnson and Kenny 2010). Bağımlılıkla ilgili yapılan birçok genetik araştırmada homojen ve heterojen örneklerde A1 aleli artmış obezite riski ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi farklı yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Davis et al 2008, Epstein et al 2007, Van Strien et al 2010). Ayrıca yapılan başka çalışmalarda DAT geninde bozulmanın lezzetli yiyecek tüketiminde artış ve yüksek BKİ ile ilişkili olduğu saptanmıştır (South and Huang 2008, Chen et al 2008).

YB'ye ilişkin yapılan bütün bu araştırmalardaki ortak bulgu, BKİ ile ilişkili olmadığını bildiren yayınlara rağmen (Lent and Swencionis 2012, Gearhardt et al 2011), obez kişilerde düşük kilolu olanlara göre yağlı ve şekerli yiyeceklerin ödöl etkisinin daha fazla olduğu ve bu nedenle daha çok tüketildiği ve obez kişilerin YB'ye daha yatkın olduğu şeklindedir (Öyekçin ve Deveci 2012).

Yeme sırasında ortaya çıkan duygusal değişiklikler yeme davranışının niteliğini ve niceliğini değiştirmektedir. Bazı kişilerde ise ortaya çıkan bu duygusal değişiklikler obezite, tıknırcasına yeme davranışı gibi psikopatolojik süreçlerle sonuçlanabilmektedir. Son dönemde farklı bağımlılık türleri ile birlikte yeme bağımlılığı tanımı da gündeme gelmiştir (Bancroft ve ark. 2004). Beyin görüntüleme, öz-bildirime dayalı kesitsel çalışmalar ve davranışsal deneysel araştırmalarda saptanan bireylerin yediklerin yiyeceklerin ödöl etkisine duyarlı olduğudur. Aynı zamanda yağlı ve şekerli yiyeceklerin ödöl etkisinin daha fazla olduğu ve bu nedenle daha çok tüketildiği bildirilmektedir. Yeme bağımlılığında ortaya çıkan artışı sadece genetik ve biyolojik süreçlerle açıklamanın sınırlayıcı olduğu düşünülmektedir. Şüphesiz bu süreçler oldukça etkilidir ancak araştırmacıların bir bölümü bu artışın doğrudan yeme endüstrisi ile olan ilişkisi ile daha fazla bağlantılı olduğunu belirtmektedir (Brownell et al. 2009)

2.4.DSM

2.4.1.DSM ve Bağımlılık

DSM [Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorders (Mental bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabın)] başlangıçta Amerika Birleşik Devletleri'nde ruhsal bozukluklar hakkında istatistiksel bilgi toplama ihtiyacını karşılamak amacıyla geliştirilmiştir. DSM'nin 1952 yılındaki ilk baskısında madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında ele alınmış ve oldukça sınırlı yer verilmiştir (APA 1952). 1968 yılında basılan DSM-II, madde kullanımını ilk baskısına benzer şekilde ele almıştır (APA 1968). DSM-III'ün 1980 yılında basımı ile birlikte birçok değişiklik gündeme gelmiştir. Pek çok bozukluk için açık tanı ölçütlerinin tanımlanması DSM-III ile olmuştur. DSM-III ile ilk kez madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı yapılmış, bağımlılık tanısı için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin saptanması gerektiği vurgulanmıştır (APA 1980). DSM-IV ile madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarına hiyerarşik bir yaklaşım getirilmiştir (APA 1994). Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığından daha hafif bir bozukluk olduğu ve bağımlılığın başlangıç noktası olduğu düşünülmüştür. Ayrıca tolerans ve yoksunluk, bağımlılık tanısı için şart olmaktan çıkarılmıştır (Bilici 2012, NIH 2015).

DSM-IV-TR (APA 2000), madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar bölümü bakımından DSM-IV'e benzemektedir. Her ikisinde de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki kategori içermektedir. Madde kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki alt kategoriden oluşur. Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ise; madde intoksikasyonu, madde yoksunluğu ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar olmak üzere üç kategoriden oluşur. Bu bölümde ele alınan bozukluklara neden olan maddeler; alkol, amfetamin ve benzer etkili ajanlar, kafein, esrar, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin ve benzeri maddeler, sedatif-hipnotik-anksiyolitik etkili ilaçlar şeklinde sınıflandırılmıştır (Jaffe ve Anthony 2005).

2.4.2. DSM ve Yeme Bağımlılığı

Hayvan deneylerinden ve klinik popülasyondan elde edilen sonuçlar araştırmacıları YB kavramına götürmüştür. aşırı yeme davranışı bağımlılık perspektifinden ele

alınmaya başlanmış ve 2010 yılından sonra bu konu artan bir ivmeyle bilimsel literatürde en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir. YB araştırmacılar tarafından bağımlılıkla ilişkili bozukluklar arasında tanımlanabilecek ayrı bir klinik durum olarak tanımlanmıştır. Bu hipotetik bozukluğun araştırılması için bir ölçek geliştirilmiştir. YB'yi değerlendirmek için 2009 yılında 1440 üniversite öğrencisinin katılımıyla Gearhardt ve arkadaşları tarafından Yale yeme bağımlılığı ölçeğinin (YYBÖ) geçerlilik çalışması yapılmıştır. YYBÖ, DSM-IV bağımlılık tanı ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulmuştur. DSM-IV-TR'ye göre bağımlılık tanısını koyabilmek için 7 ölçütten en az 3'ünün 12 aylık süre boyunca karşılanması koşulu vardır. YYBÖ'de ise 27 madde bulunur. Ölçek, son bir yıl içinde yedi bağımlılık ölçütünü farklı sorularla sorgulayarak YB tanısını karşılayıp karşılamadığını araştırır. İki madde klinik olarak yeme davranışının işlevsellikte bozulma yaratıp yaratmadığını sorgular. DSM-IV-TR'de bağımlılık tanı ölçütleri arasında yer alan tolerans ve yoksunluk belirtilerinin YB ölçeğindeki uyarlaması büyük oranda hayvan deneylerinden elde edilen kanıtlara dayanmaktadır. DSM-5'in yayınlanmasıyla birlikte bağımlılıkla ilişkili bozuklukların tanı ölçütlerinde temel değişiklikler olmuştur (Öyeçkin 2016).

2.4.3. DSM 5 ile Neler Değişti?

DSM-IV ile DSM-5 arasındaki farklar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo.1. DSM-IV ve DSM-5 madde kullanım bozukluğu kriterleri

	DSM-IV	DSM-IV	DSM-5
	Kötüye kullanım	Bağımlılık	Madde kullanım bozukluğu
Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanım	×	-	×
Sosyal problemler	×	-	×
Sorumluluklarını ihmal etme	×	-	×
Yasal sorunlar	×	-	-
Yoksunluk	-	×	×
Tolerans	-	×	×
Daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli kullanım	-	×	×
Bırakmak için tekrarlayan girişim	-	×	×
Kullanım için çok zaman harcama	-	×	×
Madde kullanımıyla ilişkili bedensel ya da ruhsal sorun	-	×	×
Kullanmayı bırakmak için çabalama	-	×	×
Aşırma	-	-	×

(Hasin et al 2013)

DSM-IV ile DSM-5 arasında büyük oranda bir örtüşme olmakla birlikte birkaç önemli farklılık vardır. DSM-IV’te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar şeklindeki başlık, DSM-5’te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak değiştirilmiştir. Diğer değişiklikler:

1. DSM-IV’de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 11’e ayrılmışken DSM-5’de 10’a ayrılmıştır. DSM-IV’ten farklı olarak çoklu madde bağımlılığı tanısı DSM-5’de bulunmamaktadır.
2. DSM-5’te, DSM-IV’ten farklı olarak, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır. Ancak madde

kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında sayılan “madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar” ölçütü terk edilmiş, onun yerine daha önce olmayan ve “craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için yeterli olan üç tanı ölçütü sayısı ise ikiye düşürülmüştür.

3. DSM-IV tolerans ve yoksunluk ile kendini gösteren fizyolojik bağımlığın belirlenmesine önem verirken, fizyolojik bağımlılık gösteren ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen belirleyicileri DSM-5’te bulunmamaktadır. Şiddet, DSM-5’te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir. Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda şiddetli belirleyicisi kullanılmaktadır.

4. Kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5’te de bulunmamaktadır. Ancak kafein yoksunluğu tanımlanmıştır.

6. DSM-5’te esrar yoksunluğu ilk kez tanımlanmıştır. Esrar kullanımını bıraktıktan yaklaşık bir hafta sonra; kolay kızma, öfke ve saldırganlık, uyku sorunu, iştah azalması-kilo kaybı, huzursuzluk, çökkün duygudurum, karın ağrısı- sarsılma/titreme, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden birinin olması ölçütlerinden en az 3’ünün karşılanması bu tanıyı koydurmaktadır.

9. DSM-IV-TR’de en az 3 gruptan madde kullanımı çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk tanımlanmışken bu tanıya DSM-5’te yer verilmemiştir.

10. Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar tanı grubu DSM-5’te karşımıza çıkan yeni bir kategoridir ve sadece kumar oynama bozukluğunu içerir. Kumar oynama bozukluğunun DSM-5 ile sınıfı değişmekle birlikte tanı ölçütleri hemen hemen aynı kalmıştır. DSM-IV-TR’ye göre 10 ölçütten 5 tanesi tanı koymak için yeterliyken, DSM-5’e göre 9 ölçütten 4’ü yeterlidir. Şiddet belirleyicisi açısından; 4-5 ölçütle hafif, 6-7 ölçütle orta, 8-9 ölçütle şiddetli kumar oynama bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Ayrıca “dönemsel” ve “sürekli” diğer belirleyicilerdir. Madde ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi “erken” ve “tam remisyon” belirleyicileri de tanımlanmıştır (Güleç ve ark.)

DSM 5’teki değişiklikler daha önce geliştirilmiş olan ‘Yale Food Addiction Scale’ nin yeni sürümünü oluşturma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

2.4.4.DSM 5'te Bağımlılık

DSM 5'te bağımlılık sözcüğü için 'Bağımlılık sözcüğü, maddelerin zorlantılı bir biçimde, alışkanlık olarak kullanımıyla ilişkili ağır sorunları tanımlamak için birçok ülkede yaygın olarak kullanılıyorsa da, burada tanısıl bir terim olarak kullanılmamaktadır. Ağır olmayan biçiminden, süregelen depresyon ağır duruma dek değişen aralıkta, zorlantılı madde alımı için daha yüksüz bir terim olan madde kullanım bozukluğu terimi kullanılır. Kimi klinisyenler, çok daha ağır görünüm için bağımlılık sözcüğünü kullanmayı seçebilirler, ancak bu sözcük DSM-5 madde kullanım bozukluğu tanısıl terimleri arasından çıkarılmıştır, çünkü belirsiz bir tanımdır ve olumsuz bir yan anlamı olabilir' ifadesi kullanılmıştır.

DSM 5'te madde kullanım bozukluğuna neden olan 10 madde için tanı kriterleri aşağıdaki şekildedir:

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.
2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.
6. maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.
7. madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür.

10. tolerans gelişmiş olması

11. yoksunluk gelişmiş olması (Köroğlu 2013).

Araştırmacılar 11 maddenin yeme bağımlılığına uyarlanması yoluna gitmiştir. YYBÖ 2.0 ve mYYBÖ 2.0 yukarıdaki kriterlerdeki madde yerine yemek yemeyi koyduğumuzdaki kriterleri yansıtacak ifadelerden oluşmaktadır. Bağımlılık ifadesi DSM IV-TR'den kalma bir ifade olmakla birlikte düzeltilmeye ihtiyacı vardır.

2.5. ÖLÇEKLER

2.5.1. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ)

Gearhardt ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiş yeme tutumunu madde bağımlılığı belirtileri ile (tolerans, yoksunluk, kontrol kaybı vs.) değerlendiren 27 maddelik bir ölçektir. YYBÖ, DSM-TR-IV'teki özellikle yüksek derecede işlem görmüş gıdalar başta olmak üzere (örneğin pizza, cips, çikolata ve şekerle tatlandırılmış içecekler) bireyin kötü deneyimi olan herhangi bir yiyeceği madde olarak düşündüğümüzdeki madde kullanım bozukluğu kriterlerine adapte edilerek geliştirildi. İki puanlama yöntemi mevcut olup; YB kriterlerini karşılar demek için semptomlardan en az birini karşılamalı; YB tanısı koymak için ise son bir yılda semptomlardan 3 veya daha fazlasını karşılamalı ve klinik olarak bozulma eşlik etmelidir. Kişinin kendisini ölçmesini sağlayan ölçeğin ülkemizde Bayraktar ve ark tarafından 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bayraktar ve ark. 2012).

2.5.2. Modifiye Edilmiş YYBÖ

2014 yılında Flint ve arkadaşları tarafından 7'si DSM-TR IV'ün madde kullanım bozukluklarını, 2'si klinik olarak önemli bozulma ve gerginliği değerlendiren toplam 9 ifadeden oluşan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. YYBÖ'ye benzer tanı koyma yöntemine sahip ölçek daha çok büyük epidemiyolojik kohortlarda ve özellikle katılımcı yükünün yüksek olduğu veya yeme bağımlılığı semptomolojisinin kısa taramasının yeterli olduğu durumlarda kullanılmak üzere uyarlandı (Flint et al 2014).

2.5.3. YYBÖ 2.0

Gearhardt ve arkadaşları 2016 yılında DSM'nin en yeni sürümündeki (DSM 5,2013) madde kullanım bozukluklarını yansıtacak şekilde orijinal YYBÖ'yü güncelleyerek YYBÖ 2.0'ı geliştirdiler. DSM 5'te madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı

ifadeleri birleştirilerek madde kullanım bozuklukları ifadesi kullanıldı. YYBÖ 2.0 DSM 5'teki 11 madde kullanım bozukluğu kriterini artı klinik olarak önemli bozulma ya da gerginliği yansıtacak şekilde 35 ifadeden oluşmaktadır. İki puanlama yöntemi vardır; ilk olarak son derece lezzetli yiyecekler açısından bir kişinin onayladığı 11 madde kullanım bozukluğundan kaçının karşılandığı sürekli puanlama yöntemidir. Diğeri ise kişinin iki veya daha fazla semptomu artı klinik olarak bozulma veya gerginlik belirtmesi durumunda karşılanabilecek eşik değer yöntemidir (hafif=2-3 semptom artı bozulma veya gerginlik, orta=4-5 semptom artı bozulma veya gerginlik, şiddetli=6 ve üzeri semptom artı bozulma veya gerginlik) (Gearhardt et al 2016). Ülkemizde henüz geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Klinik araştırmalarda bu ölçekler kullanılarak bir çok çalışma yürütülmektedir. Ancak bağımlılık ölçütlerinin birebir yeme davranışına uyarlanarak yemek bağımlılığının tanımlanması araştırmacılar arasında görüş ayrılıkları yaratmıştır. Bir grup araştırmacı bu şekilde bir tanımlamanın genel bir tanım içermesi nedeniyle uygun olmadığını ileri sürmektedir. Klinik popülasyonda bu konuda yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir. Sadece belirli bir grup besin maddesi bağımlılık benzeri davranışları tetiklediğinden tüm yiyeceklerin bağımlılık potansiyeli olabileceğini çağrıştıran bu tanımlamayı uygun bulmamaktadır. Yine de bu alanda hali hazırda tüm klinik araştırmalarda kullanılmakta olan YYBÖ dışında başka bir klinik değerlendirme ölçeği bulunmamaktadır. Araştırmacıların bir bölümü ise bu tanıma geçerli ve tanımlayıcı bir yaklaşım olarak nitelendirmektedir.

Öte yandan bu ölçeğin bir öz bildirim formu olması, bir sendrom adayı olarak tanımlanan yemek bağımlılığının tanısal geçerliliğini sağlaması için şimdilik pek yeterli görünmemektedir. Biyolojik (nörobiyoloji ve genetik), kognitif ve davranışsal değişikliklerin tümünün araştırıldığı çalışmalara gereksinim vardır, ancak o zaman YB bir klinik sendrom olarak kabul edilebilir (Öyeçkin 2016).

2.5.4. Modifiye Edilmiş YYBÖ 2.0

Schulte ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilen ve orijinal makalesinde DSM 5'teki 11 madde kullanım bozukluğu kriteri artı klinik olarak bozulma ve gerginliği yansıtacak 2 ifade olmak üzere toplam 13 maddeden oluşmaktadır.

Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği tarafımızdan yapılacaktır (Schulte and Gearhardt 2017).

2.6. YEME BAĞIMLILIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ

YYBÖ'nün DSM-IV-TR bağımlılık tanı ölçütlerinden uyarlanarak hazırlanmış olan birinci sürümü kullanıldığında genel popülasyonda ve klinik popülasyonda yaygınlıklar değişmektedir. Klinik örnekleme yapılan araştırmada obez ve tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan kişilerin %57'si YB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Bu alt grubun klinik olarak daha olumsuz prognozunu olduğu bulunmuştur (Öyeçkin 2016).

2.7. YEME BAĞIMLILIĞI AYIRICI TANISI

YB'nin ayrı bir sendrom olarak tanımlanabilmesi için öncelikle yeme bozuklukları, obezite ve bağımlılıkla ilişkili bozukluklarla kesişen ve ayrışan yönlerinin araştırılması gerekmektedir. YB kavramsallaştırılmadan önce şeker ve tatlı yiyeceklere olan düşkünlük ve aşırı yemek yemenin (overeating) bağımlılıkta görülen aşırma ve kompulsif davranışla olan benzerlikleri dikkat çekmiştir. Ancak klinikte bir sendrom olarak tanımlanabilmesi için obezite, bulimia ve tıknırcasına yeme bozukluklarından ayrışması gerekir.

2.7.1. Obezite

Araştırmacılar temel olarak tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde bu davranışın bağımlılık davranışı ile olan benzerliğine odaklanmış ve obez hastaların bir bölümünde saptanan tıknırcasına yeme davranışından yola çıkarak obezitenin bir tür yeme bağımlılığı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak obez hastaların tamamında tıknırcasına yeme bozukluğu bulunmadığı gibi obezitenin etiopatogenezi sanıldığından daha karmaşık bir fenomendir. Avena ve arkadaşları hayvanlarla yaptıkları bir araştırmada obezitenin nedeninin glukoz bağımlılığı olduğunu ileri sürseler de obezitede diğer bağımlılık durumlarının fazla görülmemesi, obezitenin bir yeme bağımlılığı olduğu fikrinden uzaklaştırmaktadır. Öte yandan obezite hastalarında çok sık görülen şekerli ve yağlı yiyeceklerin aşırı tüketimi ve bu kişilerin yemek yerken kontrollerini kaybetmeleri bağımlılık davranışı ile de benzerlik göstermektedir. Rogers ise obezitenin bir yeme bağımlılığı olarak tanımlanmasında bağımlılığın nasıl

tanımladığının önemine dikkati çekmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ortaya çıkan aşırı ve kontrolsüz yeme ve eşlik eden duygudurum değişikliklerin yeme bağımlılığı olarak tanımlanmasının uygun olabileceğini, ancak obezitede ortaya çıkan lezzete olan düşkünlüğü bu kavram içinde değerlendirmenin sınırlayıcı olduğunu bildirmiştir. Obezitenin ve tüm yiyeceklerin potansiyel bağımlılık yapıcı etkileri ile tanımlanmasının uygun olmayacağı, ancak bazı besin maddelerinin bağımlılık yapıcı maddelere benzer etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Yine çevresel değişikliklerin fast-food zincirlerinin artışının hem obezite sıklığında artışa hem de bazı kişilerin bu besin maddelerine aşırı düşkün olmasına katkıda bulunduğu, yiyecek bağımlılığı kavramının bireysel kapsamda değerlendirmenin önemli olduğu da belirtilmektedir. Yiyeceklerin ve maddenin nöral ve davranışsal açıdan bağımlılık ile olan ilişkisini bir kenara koyup artmakta olan yeme sorunlarının tıpkı madde bağımlılığında olduğu gibi davranışsal ve farmakolojik açıdan ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Aslında obezite ve etiyojisi, yeme bağımlılığı tanımının ötesinde genetik, davranışsal ve çevresel faktörlerin bir arada etkili olduğu bir durum olarak tanımlamak şimdilik daha doğru görünmektedir (Öyeçkin 2012).

2.7.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarının bazı alt tipleri özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu bağımlılığın dürtüsel boyutuyla benzer klinik özellikler taşımaktadır. Yeme davranışı açısından bakıldığında tıkınırcasına yeme bozukluğunda yeme dönemi (binge eating) belirli bir zaman diliminde ortaya çıkar ve bu duruma öznel bir 'kontrolünü kaybetmiş olma hissi' eşlik eder. Ancak YB olarak kavramsallaştırılan yeme davranışı sırasında kişi 'kontrolünü kaybettiği hissini' taşımaz. Bu bağlamda tıkınırcasına yeme bozukluğundaki yeme atakları ile YB olarak tanımlanan yeme ataklarının birbirinden ayrıştığı ileri sürülür. YB olarak tanımlanan bu klinik sendrom obezite ve/veya bazı yemek bozukluklarına eşlik edebilen bir klinik alt tür olmaya aday olabilir (Öyeçkin 2016).

2.7.3. Bağımlılıkla İlişkili Bozukluklar

İştah ve ödül sistemi arasındaki ilişki ilk olarak 30 yıl önce yapılan bir çalışmada gösterilmiştir. Erkeklerde naltrekson uygulamasının iştah azalması yaptığı saptanmıştır. Takiben yapılan çalışmalarda naltreksonun yeme bozukluklarında tıkınırcasına yeme dönemlerini kontrol altına aldığı görülmüştür. Bu ilişki

yiyeceklerin opiyoderjik sistemi etkilediğini, opiyat antagonistlerinin ise yeme davranışını engellediğini kanıtlamıştır.

YB'nin davranışsal bağımlılıklar içinde yer alması gerektiğini ileri süren araştırmacılar ortak nörobiyolojik mekanizmaların etkili olduğunu bildirmişlerdir. Sağlıklı popülasyonda YB puanları yüksek olan kişilerin lezzetli besinlerin resimleriyle karşılaştıklarında (şekerli, tatlı kakaolu milkshake gibi karbonhidratlar) amigdala, anterior singulat korteks, kaudat, dorsalateral prefrontal korteks ve medial prefrontal korteks etkinliklerinde artış olduğu görülmüştür. YB şiddeti fazla olan kişilerde lateral orbitofrontal korteks etkinliğinde ise azalma saptanmıştır. Yazarlar bu bulguyu, bağımlılık nörobiyolojisiyle ortak bir mekanizmayı paylaşması lehine yorumlamışlardır.

Sağlıklı bireylerde, obezitede, tıkmırcasına yeme bozukluğunda ve YB'de lezzetli besinlere ve nötral besinlere verilen biyolojik yanıtların nasıl olduğu ve hangi beyin bölgeleriyle bağlantılı olduğu (PET, f MRI) araştırılmıştır.

İlk araştırmalar sağlıklı kişilerin (n=20) açlık durumunda nötral ve lezzetli besinlere verdikleri yanıtlara odaklanmıştır. Açlık durumunda besinlere beynin verdiği yanıt metabolizmada genel bir artış şeklindedir. Lezzetli yiyeceklere aşermeye maddeye aşerme sırasında ortak beyin bölgelerinin etkinleştiği görülmüştür. Bu bulgu YB'nin davranışsal bağımlılıklar arasında tanımlanmaya aday olabileceği yönünde tanımlanmıştır (Öyeçkin 2016).

2.8. ÖLÇEK GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

Araştırma konusu ile ilgili sayısal değerler elde etme işlemine ölçme (measurement) denir. Bir diğer tanımla ölçme; bir özellikteki büyüklük-küçüklük gibi ilişkileri koruyacak şekilde bu özelliğe sayı veya sembol atanması işlemidir. Örneğin “bir öğrencinin boy uzunluğu 186 cm'dir” sonucuna ulaşana kadar yapılan işlemler bir ölçme işlemidir. Sayısal değerler elde etmek için kullanılan belirli bir birimde derecelenmiş araç ya da gereçler ölçek (scale) olarak adlandırılır. Birçok alanda fiziksel yöntemlere dayalı ölçme araçlarının (ölçek) kullanılması gerekir. Örneğin boy ve ağırlık gibi somut özellikleri bir metre ve terazi ile doğrudan ölçmek olanaklıdır. Bununla birlikte bireylerin tutum, kişilik, içe kapanıklık, saldırganlık, vb. soyut

özelliklerinin ölçülmesinde metre-terazi gibi fiziksel araç ve gereçler(ölçekler) bulunmadığı için değişik ölçme araçları geliştirilerek dolaylı ölçüm elde etme yoluna gidilir. Bu ölçme araçlarından (ölçeklerden) en bilineni Likert türü ölçeklerdir. Tutum, kişilik, vb. özellikleri ölçen ölçme araçları Likert türündedir ve ölçeği geliştirenin adı ve/veya ölçülen konuyu ifade eden başlıklarla tanımlanır, özellikle psikoloji ve eğitim alanında bireylerin tutumları, davranışları ve benzeri özellikleri belirlenirken ölçeklerden yararlanılır (Alpar 2016).

Belirli bir kültürde belli bir dilde geliştirilmiş ölçekler, geliştirildiği kültüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtır. Aynı ölçeğin diğer kültürlerle uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması gerekir. Bu tür çalışmalara “ölçek uyarlaması” denir (Öner 2009). Ölçek uyarlama çalışmaları üç aşamada gerçekleştirilir (Gözüm ve Aksayan 2002).

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır.

2.8.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelir. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi uyarlama işleminin temelini oluşturur (Öner 2009).

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken üç yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; “Tek yönlü çeviri”, “Grup çevirisi” ve “Geri çeviri” yöntemidir (Gözüm ve Aksayan).

Tek taraflı çeviri ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur. Ancak tek taraflı çeviride başarı tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Yapılan araştırmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlilik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Grup çevirisinde orijinal ölçeği her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, birlikte ya da ayrı ayrı çevirir. Bu çeviride ya çevrilen versiyonda grup üyelerince bir anlaşmaya varılır ya da bağımsız bir gözlemci en uygun versiyonu seçer (Wood and Haber 2002). Geri çeviri zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir. Geri çeviride ölçek orijinal (kaynak) dilden, kullanılacak (hedef) dile çevrilir. Sonra çeviri her iki dili de bilen çevirmen ya da çevirmenlerce kaynak dile geri çevrilir. Bu geri çeviri orijinal ölçekle karşılaştırılır ve tutarsızlıklar incelenerek gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılır (Wood and Haber 2002).

Çevrilen ölçeğin maddelerinin görünüm geçerliğini değerlendirmek için araştırmacı “Maddeler okuyana anlamlı gelir mi?” sorusunun yanıtını aramalıdır. Bu soruyu yanıtlamak üzere en fazla uygulanan iki yaklaşım, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınamasıdır. Uzman görüşünde, çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir (Ercan ve Kan 2004). Daha sonra elde edilen soru formu hedef kitle içerisinde seçilecek olan en az 5-10 kişiye uygulanmalıdır. Böylece soru formu, hedef kitlenin soruları anlama ve dil uygunluğu açısından değerlendirmesinin ardından son şeklini almaktadır (Dağ 2005).

2.8.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeklerin değerlendirilmesinde, bireylerin tepkilerinin en objektif biçimde ölçülmesi ve değerlendiren kişinin de objektif olması gerektiği vurgulanmaktadır. Psikometrik yaklaşım, faktör analizi, madde analizi ve test analizi gibi istatistiksel yöntemlerle geliştirilmiş, bilimsel yöntemlerle denenmiş, geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş ölçeklere önem vermektedir (Özguven 2004).

İyi bir ölçme aracında vazgeçilmez iki temel özellik; geçerlilik ve güvenilirliktir. Her iki özellik de, ölçmedeki yanılırlarla ilgilidir ve yanılırların azaltılması, hem güvenilirliği hem de geçerliliği iyileştirecektir.(Gözüm ve Aksayan 2002, Karasar 2008).

2.8.2.1. Geçerlik

Geçerlik bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir. Bir ölçme aracını geçerliliğini sınamaya

yönelik birçok ölçüt bulunmakla birlikte, bunlar genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003).

Kapsam (içerik) geçerliği:

Geliştirilen test incelenen konuların tüm önemli alt konularını içeriyorsa testin kapsam/içerik geçerliğinin (content validity) olduğu söylenir. Bir diğer yaklaşımla kişilerin davranışları ile ilgileniliyor ve ilgili test ölçülmek istenen davranışları içeriyorsa/kapsıyorsa kapsam geçerliğine sahip bir testtir. Bu açıklamalardan anlaşılacağı üzere, kapsam geçerliği kavramı daha çok yazılı testler için anlamlı olup sporda motor performans testleri (çevikliği, dayanıklılığı, sürati ölçmeye yönelik testler) ve tanıya yönelik testler (örneğin hemoglobin testi, PSA testi, vb.) için fazla bir değer taşımaz.

Kapsam geçerliğini uzman görüşlerine başvurarak saptamak çok etkili bir yaklaşımdır. Uzman görüşlerinin alınmasında en yaygın kullanılan yöntem ‘Davis Tekniği’dir. Davis tekniği, uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dördü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) elde edilmekte ve bu değer 0,80’den yüksek olması beklenmektedir. Bu teknikte en az üç, en fazla 20 uzman önerilmektedir (Davis 1992).

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik:

Bir referansa göre geçerliğin (Criterion Referenced Validity) saptanması süreci, performansı, beceriyi, vb. standart olarak ölçtüğü düşünülen ya da ölçen test ile aynı özelliği ölçebileceği düşünülen bir ya da daha fazla testin/değişkenin skorları ile karşılaştırılması sürecidir. Geçerliği incelenen bir ölçme aracının, geçerliği önceden kanıtlanmış başka bir araçla karşılaştırıldığında benzer sonuçlar vermesi, aracın ölçüt geçerliği anlamına gelir (Alpar 2016).

Yapı Geçerliği:

Birçok özellik doğrudan ölçülemez. Yapı (construct validity) doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir testin ölçme derecesi olarak tanımlanabilir. Psikolojide yapı, birbiri ile ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin oluşturduğu bütün olarak tanımlanır.

Psikolojik özellikler doğrudan ölçülemeyen örtük özelliklerdir. İlgili yapıyı (doğrudan ölçülemeyen örtük özelliği) ölçeceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünün, öngörülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesidir. Yapı geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan birçok yöntem vardır. Bunlardan biri, grup farklılıkları yardımıyla yapısal geçerliğin sağlanmasının incelenmesidir. Discriminant validity denen yöntemde, bu gruplar, geçerliği ölçülecek test açısından aralarında fark olacağı düşünülen gruplardır. İkinci yöntem, ölçmek istediğimiz özellik ile yüksek ilişki (korelasyon) gösteren ve ancak başka bir özelliği ölçen bir ölçme aracı (dış test), aynı anda ya da zaman farkı az olmak koşulu ile aynı gruba uygulanıp yüksek korelasyon katsayısının ($r > 0,70$) beklendiği convergent validity yöntemidir. Üçüncü yaklaşım ise bir yapıyı ölçen testin, başka bir yapıyı ölçen test ile düşük korelasyon katsayısı üretmesinin beklendiği divergent validity yöntemidir. Yapı geçerliği kapsamında faktör analizinden de yararlanır. Faktör analizi sonucunda, ilgili yapıdaki yüksek ilişkili maddelerin aynı faktör altında toplanması beklenir (Alpar 2016).

2.8.2.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlardaki tutarlılıktır. Başka bir deyişle, bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık, zamana göre değişmezlik ölçüsüdür. güvenilirlik bir testin geçerliğini etkiler. Bu aşamada bilinmesi gereken bir özellik, geçerli bir testin mutlaka güvenilir olması gerektiğidir; çünkü ölçmek istediğini ölçen bir test, bir şey hakkında sürekli olarak aynı bilgiyi vermelidir. Bununla birlikte, güvenilir bir test geçerli olmayabilir. İlgili kaynaklarda birçok güvenilirlik ölçütünden söz edilmekle birlikte, bunlar temelde üç başlık altında toplanmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003)

2.8.2.2.1. Değişmezlik (stability)

Güvenirliğin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan 3 yöntem;

- Paralel testler yöntemi
- Test-tekrar test yöntemi
- Testin iki yarıya bölünmesi yöntemidir.

Bir testin güvenilirliğini belirlemenin en yaygın şekli ilgili testin aynı bireylere iki kez uygulanması ya da verilmesi ve iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının bulunmasıdır (test-tekrar test yöntemi) (Alpar 2016).

Bir testin aynı bireylere, aynı koşullarda, ancak belli bir zaman aralığı ile tekrar verilmesine dayanır. Bu iki uygulama sonrasında, bu iki testten elde edilen skorlar arasındaki korelasyon katsayısı (Pearson ya da Spearman korelasyon katsayısı) hesaplanır. Bulunan korelasyon katsayısı (r ya da r_s) teste ilişkin güvenilirlik katsayısıdır. Bu katsayıların 0,80'in üzerinde olması, daha esnek bir yaklaşımla 0,70'in altına inmemesi istenir. R (ya da r_s) +1'e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir.

Test-tekrar test yönteminde iki uygulama arasındaki sürenin ne olacağı konusu önemli bir sorundur. Psikolojik testlerde/ölçeklerde testin ikinci kez verilmesi için uygun sürenin üç ay civarında olması gerekir; ancak genel eğilim, kağıt kalem kullanılarak yapılan testlerde ikinci testin 15 gün sonra uygulanması yönündedir.

2.8.2.2.2 Ölçümcü güvenirligi

Gözlemciler arasındaki uyum

Gözlemciler içi uyum

2.8.2.2.3.İç tutarlılık

Alfa katsayısı (Cronbach's Alpha):

Bazen denemeden denemeye ortalama değerlerde meydana gelen değişiklikleri göz önüne almadan güvenirligi ölçmek isteyebiliriz. Örneğin veriler sıralı (ordinal) bir veri türünde (örneğin Likert türü bir ölçek) ise ortalama değerleri dikkate almak uygun değildir. Böyle durumlarda, ortalamalardaki değişimlerden kaynaklanan varyansı gözardı ederek, deneklerin sadece sıralamadan kaynaklanan varyansı elde edilir. Bu değere Cronbach alfa katsayısı denir. Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Diğer bir deyişle, alfa katsayısı ile ölçekte yer alan k tane sorunun aynı türde bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi elde edilir. Alfa katsayısı yüksekse yanıtlayıcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar birbiri ile o

derecede tutarlı olmakta ve ölçek ilgili kavramsal yapıdan ayrılmayan maddelerden oluşmaktadır. Alfa katsayısı aşağıdaki gibi nitelendirilir (Alpar 2016):

Alfa katsayısı	Açıklama
0,80-1,00	Geliştirilen test/ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir
0,60-0,79	Geliştirilen test oldukça güvenilirdir
0,40-0,59	Geliştirilen testin güvenilirliği düşüktür
0,00-0,39	Geliştirilen test güvenilir değildir

2.8.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması

Ölçek uyarlamasının bu aşamasında uyarlanmış ölçeğin kültüre bağlı nitelikleri incelenir. Gruplar arası farkların temelinde yatan en önemli neden kültürdür ve kültürel farkların ölçek performanslarına yansımaları çok doğaldır. Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarında, uyarlanan ölçeğin kültürel normları saptanır ve diğer dildeki kültürel normlar ile karşılaştırılır (Karasar 2008).

Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır:

“Uyarlanan ölçeğin puan ortalaması, standart sapması ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?”

“Uyarlanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?”

“Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?”

“Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?”

Bir ölçeği farklı dillere uyarladıktan sonra kültürlerarası karşılaştırma yapmak ayrı bir araştırma konusu olup, özel koşulları vardır. Bu tür araştırmalarda ölçeği geliştiren ve uyarlayan araştırmacılar genellikle birlikte çalışırlar. Her iki kültürde benzer özellikleri olan bireylere uygulanan iki ölçeğin tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır (Gözüm ve Aksayan 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ

2004 yılında 5258 sayılı ‘Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’ ve bu kanuna istinaden yayımlanan Yönetmelikler çerçevesinde 2005 yılında Düzce ilinde başlayan aile hekimliği uygulaması 4 Ocak 2010 tarihinde de Sakarya’da başlamıştır (T.C. Resmi Gazete,09.12.2004, sayı:25665, Erişim tarihi: 20 Ocak 2018). Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Sakarya il Sağlık müdürlüğüne bağlı 9 ilçe sağlık müdürlüğü (Adapazarı, Serdivan, Erenler, Karasu, Hendek, Akyazı, Sapanca, Geyve, Arifiye İlçe Sağlık Müdürlüğü) ve 7 toplum sağlığı merkezi (Ferizli, Karapürçek, Kaynarca, Kocaali, Pamukova, Söğütlü, Taraklı TSM) bulunmakta idi. Sakarya genelinde toplam 93 aile sağlığı merkezi (ASM) ve 273 aktif hizmet veren aile hekimliği birimi (AHB) mevcuttur.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, Schulte ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilen Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0’ı (Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0) Türkçe’ye uyarlayarak, ASM’ye başvuran hastalarda geçerlik güvenilirliğini test etmek amacıyla yürütülmüş metodolojik ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ, ZAMANI VE KATILIMCILARI

Araştırma Sakarya ilinde 7 Aile hekimi biriminde yürütülmüştür. Araştırma Haziran 2017-Mart 2018 tarihleri arasında yapılmış olup anketler 15 Aralık 2017-25 Ocak 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002). Bu çalışmada, ölçek madde sayısı 13 olduğu için örneklemin en az 65-130 olması gerekmektedir.

Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılan araştırmada, kriterlere uyan toplam 271 hastadan veri toplanmıştır. Söz konusu 271 hasta çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde AHB'lere herhangi bir nedenle başvurup, ikna yoluyla araştırmaya katılımı kabul edip, dahil edilme kriterlerini karşılayanlar arasından seçilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlar idi:

- 18-65 yaş arası olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Okuduğunu ya da kendisine okunan cümleyi anlayabilecek mental kapasitede olmak
- Gebe olmamak
- Emzirmemek
- Herhangi bir gastrointestinal sistem ameliyatı geçirmemiş olmak
- Kanser hastası olmamak.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı değişkenler

- mYYBÖ 2.0 ölçek puanı
- YB durumu.

3.4.2. Bağımsız değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler (boy, kilo, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, haneye gelen toplam gelir, kişi başına düşen para miktarı)
- Sigara içme durumu
- Alkol kullanım durumu
- Kronik hastalık
- Psikiyatrik hastalık
- İlaç kullanımı
- Gün içindeki atıştırma sayısı
- Kilo algısı
- Kilodan memnuniyet durumu
- Son bir yıl içindeki diyet yapma durumu.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN TERİMLER VE KRİTERLER

Beden kitle indeksi (BKİ): Yetişkinlerde zayıf, fazla kilolu ve obezleri sınıflandırmak için yaygın kullanılan basit bir ağırlık-boy oranı dizesidir. Kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi (kg / m²) olarak tanımlanır (www.who.int/en) (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2012).

Tablo 2. Yetişkinlerdeki Uluslararası BKİ Sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18.50
Normal kilolu	18.50 - 24.99
Fazla kilolu	25.00-29.99
Obez	≥30.00

Obezite: Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlar. BKİ ≥30.00 yetişkinler obez olarak değerlendirilir.

3.6. VERİ KAYNAKLARI

Araştırmanın ilk bölümündeki kişisel bilgi formu literatürden yararlanılarak hazırlanan 19 sorudan oluşmaktadır.

- Sosyodemografik özelliklere ilişkin 8 soru
- Alışkanlıklara ilişkili 3 soru
- Hastalıklarla ilişkili 3 soru
- Yeme alışkanlıkları ve kiloyla ilgili 5 soru.

İkinci bölümde Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'ı oluşturan 13 ifade kullanılmıştır. Böylece ankette toplam 33 ifade sorgulanmaktadır.

Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0

Yeme bağımlılığı ölçeklerinin ilki 2009 yılında Gearhardt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeğidir (YYBÖ). Yeme tutumunu madde bağımlılığı belirtileri ile (tolerans, yoksunluk kaybı vs.) değerlendiren 27 maddelik ölçektir. DSM-IV-TR'deki 7 madde bağımlılığı kriteri (tolerans, yoksunluk, kontrol kaybı vs.) özellikle yüksek derecede işlem görmüş gıdalar başta olmak üzere bireyin kötü deneyimi olan herhangi bir yiyeceğe adapte edilerek geliştirilmiştir. 7 bağımlılık kriterinin her birine ilişkin maddelere ek olarak, klinik önem, yeme davranışının

önemli bir bozulmaya neden olduğu veya birey için önemli sıkıntıya neden olduğu ölçülen iki soru ile belirlenmiştir (Gearhardt et al 2009).

2014 yılında Further, Flint ve arkadaşları YYBÖ'nün kısa 9 maddelik formu olan Modifiye Edilmiş YYBÖ'yü geliştirdiler. Maddelerin 7'si DSM-IV-TR'deki madde kullanım bozukluğu kriteri, ikisi de klinik önemi değerlendiren öz bildirim sorularından oluşmaktaydı. Ölçek daha çok büyük epidemiyolojik kohortlarda ve özellikle katılımcı yükünün yüksek olduğu veya yeme bağımlılığı semptomolojisinin kısa taramasının yeterli olduğu durumlarda kullanılmak üzere uyarlanmıştır (Schulte and Gearhardt 2017).

18 Mayıs 2013 tarihinde DSM 5'in yayınlanmasının ardından YYBÖ ve Modifiye Edilmiş YYBÖ güncelliğinin güncelliğini yitirmesi yeni ölçek ihtiyacı oluşturmuştur. Bunun üzerine Gearhardt ve arkadaşları 2016 yılında YYBÖ sürüm 2.0'ı geliştirmişlerdir. Ölçek DSM 5'teki 11 madde kullanım bozukluğu kriterini ve klinik önemi içeren toplam 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iki puanlama yöntemi var. İlk olarak, son derece lezzetli yiyeceklerin tüketimi açısından bir kişinin onayladığı 11 SUD (Substance use disorders) kriterinden kaçının özetlendiği sürekli bir puanlama yöntemi; ikincisi, ölçek bir kişinin iki veya daha fazla semptomu artı zarar görme veya gerginlik belirtmesi durumunda karşılanabilecek bir 'teşhis edici' eşiği değerlendirir. YB tanısı için YFAS 2.0 yanıtlayan bireyler için şiddet eşikleri belirlenmiştir (hafif = 2-3 semptom artı bozukluk veya gerginlik, orta = 4-5 semptom artı bozulma veya gerginlik, şiddetli = 6 veya daha fazla semptom artı zarar görme veya gerginlik) (Gearhardt et al. 2016).

Erica M. Schulte ve Asley N. Gearhardt 2017 yılında YYBÖ Sürüm 2.0'nin makalesindeki 536 katılımcı örneklerini kullanarak YYBÖ Sürüm 2.0'ın daha kısa sürümü olan Modifiye Edilmiş YYBÖ Sürüm 2.0'ı geliştirdiler. Örneklem Mechanical Turk (MTurk) denen uygulamayla elde edildi. MTurk (Paolacci&Chandler, 2014) katılımcılara 25 cent karşılığı anket doldurulan online bir uygulamadır. Katılımcıların soruları okuyarak doldurduklarını tespit etmek için 3 tane yakalama sorusu sorulmuştur (daha önce öldürücü kalp krizi geçirdiniz mi? gibi). Gebe olanlar çalışma dışı bırakılarak 18 yaş üstü şartları sağlayanlar analize dahil edilmiştir.

Ölçek oluşturulurken iki örneklem kullanılmıştır. İlki YYBÖ 2.0 çalışmasındaki 536 kişiydi. Bu kişilerin anketlerinden analiz yapılarak 35 madde 11 madde bağımlılığı kriterini yansıtacak şekilde 11'e (artı klinik önem) indirilmiştir. İkinci örneklem de ölçeğin psikometrik özelliklerini (geçerlik, güvenirlik) ölçmek için aynı yöntemle yeniden seçilen 213 kişiden oluşmaktaydı (Schulte and Gearhardt 2017).

13 ifadeden oluşan ölçek likert tipi derecelendirilmiştir. Likert tipi ölçeklerde seçenek sayısı 3 ile 11 arasında değişebilmektedir. En yaygın olarak beş seçenekli olan kullanılmaktadır. Ölçek madde puanlarının toplanmasıyla toplam puan elde edilmekte ve böylece tutum, davranış ve bilgiye ait veriler nicel veri gibi işlem görmektedir (Tezbaşaran 2008). Gearhardt ve Corbin'in oluşturduğu ölçekte 13 madde 8'li likert şeklinde tanımlanmıştır. Katılımcının geçen bir yılda belirli yiyecekleri yediğindeki duygu, tutum ve davranışlarını ifade eden 13 madde sorgulanmıştır. Bu 13 maddeyi yaşama sıklığı ifadelerin yanında yer alan tabloda 0: hiç, 1: 2-3 ayda bir, 2: ayda bir, 3: ayda 2-3 kere, 4: haftada bir, 5: haftada 2-3 kez, 6: haftada 4-6 kez, 7: her gün şeklinde belirtilerek katılımcının kendine en uygun sıklığı işaretlemesi istenmiştir.

3.7. ARAŞTIRMAYI UYGULAYANLAR VE UYGULAMA ŞEKLİ

Çalışmanın insan gücünü araştırmacı oluşturmaktadır. Uygulama sırasında katılımcılara çalışmaya katılmanın tamamen gönüllü olduğu belirtilerek çalışmanın amacı açıklandıktan sonra kendilerine anket hakkında kısa bilgi aktarılmış, veri kaynakları (anket ve ölçek) verilmiş ve formu doldurmaları sağlanmıştır. Okuma yazma bilmeyenler araştırmacı aracılığıyla yüz-yüze anket uygulama şeklinde formu doldurmuştur. Form geri alındıktan sonra kontroller yapılarak eksik varsa tamamlanması için geri verilmiş ve yanıtlar eksiksiz alınmaya gayret edilmiştir. Tekrar test için katılımcılar bir gün önceden aranıp ASM'ye davet edilmiş ve ölçek kısmını yeniden doldurmaları istenmiştir. Boy ve kilo ölçümü ASM'lerde bulunan ölçüm aletleriyle araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Süreç adımları	Zaman									
	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018
Literatür tarama										
Konu belirleme										
Anket hazırlama										
Ön deneme										
Veri toplama										
Veri analizi										
Araştırma yazımı										
Sunum										

3.10. ARAŞTIRMA VERİSİNİN DÜZENLENMESİ VE ANALİZİ

Ölçek uyarlama çalışması 2 aşamada gerçekleştirilmiştir.

3.10.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken üç yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; “Tek yönlü çeviri”, “Grup çevirisi” ve “Geri çeviri” yöntemidir (Gözüm ve Aksayan 2002). Bu çalışmada ölçek iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen üç ayrı kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Sonrasında iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen farklı iki kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Anlam farklılığı açısından değerlendirmek üzere iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen farklı bir kişiye danışılarak gerekli değişiklikler yapılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir.

Dil eş değeriği sağlandıktan sonra, kapsam geğerliğini sağlamak açısından ölçek altı akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur. Görüşleri alınan uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılırlık ve kültürel uygunluk yönünden incelemişlerdir. Uzman görüşlerinin alınmasında en yaygın kullanılan yöntem ‘Davis Tekniği’dir. Davis tekniğine göre uzmanlar maddeleri;

- (a) ‘‘Uygun’’
- (b) ‘‘Madde hafifçe gözden geçirilmeli’’
- (c) ‘‘Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli’’
- (d) ‘‘Madde uygun değil’’ şeklinde dörtlü derecelendirmiştir (EK 3).

Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGI) elde edilmiştir. KGI’nin 0,80’den yüksek olması maddenin kapsam geğerliği açısından yeterli olduğu anlamına gelmektedir. Bu teknikte en az üç, en fazla 20 uzman önerilmektedir (Davis 1992) (Davis 1992).

n deneme

Kapsam geğerliliği analizinden sonra hazırlanmış olan anketin anlaşılabilirliği 10 kişi üzerinde denenmiştir (Pilot uygulama yapılan 10 katılımcı araştırma kapsamına alınmamıştır). Katılımcıların anketi doldurmaları yaklaşık 5 dakika srmştir. n deneme sonuçlarına göre içeriği etkilemeyen bir kaç değişiklik yapılarak ankete son hali verilmiştir.

3.10.2. Psikometrik zelliklerin İncelenmesi

Ölçek uyarlamada iki temel psikometrik özellik vardır. Bunlar güvenirlik ve geğerliliktir (ner 1997, 2009). Geçerlik bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir. Güvenirlik, bir ölüm sürecinde, ölüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlardaki tutarlılıktır. Başka bir deyişle, bir özelliğin bağımsız ölümleri arasındaki kararlılık, zamana göre değişmezlik lsdr. Güvenirlik bir testin geğerliğini etkiler. Bu aşamada bilinmesi gereken bir özellik, geçerli bir testin mutlaka güvenilir olması gerektiğidir; nk ölçmek istediğini ölçen bir test, bir şey hakkında sürekli olarak aynı bilgiyi vermelidir. Bununla birlikte, güvenilir bir test

geçerli olmayabilir (Alpar 2016). mYYBÖ 2.0 ölçeğinin orijinali tek boyutludur (Schulte & Gearhardt, 2017). Uyarlanan ölçek geçerlik ve güvenirlik açısından değerlendirilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Geçerlik Analizinde Kullanılan Yöntemler

Yöntem	Kullanılan teknik
Dil geçerliği	Grup çevirisi
İçerik/Kapsam geçerliği	Uzman görüşü (Davis Tekniği, Kapsam Geçerlik İndeksi)
Örneklem büyüklüğünün uygunluğu	Barlett testi
Veri setinin faktör analizine uygunluğu	Kaiser-Mayer-Olkin testi
Yapı geçerliği	Doğrulayıcı faktör analizi

Faktör analizinde İncelenen örneklemin faktör yapısına uygunluğu Keiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) (KMO) ile yapılmıştır. KMO 0 ile 1 arasında değişir ve 1'e yaklaşması istenir. İyi bir faktör analizi için KMO ölçüsünün 0,80'den fazla olması beklenir; ancak KMO değerinin 0,60'ın (sıklıkla da 0,50'nin üzerinde) üzerinde olması çoğu zaman yeterli olarak kabul edilmektedir. İstatistiksel yazılımlarda ters görüntü matrisi (anti-image matrix) olarak verilen matrisin köşegen elemanları her bir değişkene ilişkin KMO değerleridir (Alpar 2016).

Faktör analizi uygunluğu için kullanılan Bartlett'in Küresellik testinde (Bartlett's test of sphericity) p değeri 0,05'ten küçük olduğunda faktör analizine uygun olduğu söylenir ve korelasyonların 0,30-0,90 arasında olması ilkesine özen gösterilmelidir (Alpar 2016).

Yapı, birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen öğelerin (değişkenlerin/maddelerin) oluşturduğu bütün ya da örüntü olarak tanımlanabilir. Toplama dayalı ölçeklerin yapı geçerliğinin belirlenmesinde faktör analizine sıklıkla başvurulur. Genel olarak faktör analizi bir bütünü oluşturan bileşenlerin/boyutların belirlenmesinde, değişken sayısının azaltılmasında, vb. kullanılır. Genellikle iki tür faktör analizi akla gelmektedir.

Açıklayıcı faktör analizinde (explanatory factor analysis) gözlenen değişkenler yardımıyla verideki faktör yapısı belirlenmeye çalışılırken, doğrulayıcı faktör analizinde (confirmatory factor analysis) araştırmacı tarafından belirlenen kuramsal yapının veride var olup olmadığı test edilir (Alpar 2016).

Doğrulayıcı faktör analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), verinin temelindeki yapıyı değerlendiren açıklayıcı faktör analizinin uzantısıdır. DFA'nın öncelikli amacının, önceden tanımlanan bir faktör modelinin gözlenen veri seti ile uyuşma yeteneğini saptamaktır.

χ^2 Testi: χ^2 sıfırdan çok yüksek seviyelere kadar değer almaktadır, $\chi^2 = 0$ ise model veriye mükemmel uyum sağlamaktadır. Serbestlik derecesi ki-kare testinde önemli bir ölçüt olmakla birlikte, bunun ki-kareye oranı uyum ölçütü olarak kullanılabilir. Bu oranın 5'ten küçük olması iyi uyum göstergesi olarak kabul edilir.

Tahmini kök kareler ortalaması (root mean square error of approximation)

(RMSA): Tahminlenen kovaryans matrisin, örnekten elde edilen kovaryans matrisine uygunluk düzeyini bulmak için önerilir. 0 değerinin mükemmel uyumu, 0,08 ile 0,10 arasındaki değerler orta düzeyde, 0,10'un üzerindeki değerler kabul edilebilir değerlerdir.

Karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index) (CFI):

özelleştirilen modele ilişkin uyum fonksiyonunu, temel alınan başka bir modelden elde edilen uyum fonksiyonuyla karşılaştırmaktadır. 0-1 arasında değer alan CFI indeksi için yüksek değerler iyi uyumu gösterir.

Uyum iyiliği indeksi (goodness of fit index) (GFI):

hesaplanmış popülasyon kovaryansı ile açıklanan varyans oranını gösterir. Regresyon analizindeki R^2 'ye benzer. 0-1 arası değer alır ve 1'e yakın değerler iyi uyumu gösterir. Uyum indeksi normal değerleri tablo ..da gösterildi (Erkorkmaz 2013).

Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Kullanılan Uyum Göstergeleri ve Normal Değerleri

Değerler	P	X ² /Sd	CFI	GFI	AGFI	RMSA
Kabul*	0,001-	2-3	0,95-0,97	0,90-0,95	0,85-0,90	0,05-1,00
İyi uyum	>0.05	0-2	>0.97	>0.95	>0.90	<0.05

*Kabul edilebilir uyum

Tablo 5. Güvenirlik Analizinde Kullanılan Yöntemler

Yöntem	Kullanılan teknik
İç tutarlılık	Cronbach Alfa Katsayısı KR 21
Ölçeğin zamana karşı değişmezliği (Test-tekrar test analizi)	Korelasyon analizi (Spearman) Wilcoxon işaretli sıralar testi

Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach alfa ve Kuder Richardson ile incelenmiştir. Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Diğer bir deyişle, alfa katsayısı ile ölçekte yer alan k tane sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi elde edilir. Alfa katsayısı yüksekse yanıtlayıcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar birbirleri ile o derecede tutarlı olmakta ve ölçek ilgili kavramsal yapıdan ayrılmayan yapılardan oluşmaktadır. 0,60-0,79 arasına 'geliştirilen test oldukça güvenilirdir', 0,80-1,00 arasına 'geliştirilen test/ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir' denir. Bilgi testlerinde, maddeler iki kategorili seçeneklerden oluşuyorsa (doğru-yanlış, evet-hayır...gibi) ölçeğin güvenirligi Kuder Richardson formülleri (KR-20 ve KR-21) ile kestirilir. Kuder Richardson yaklaşımı da alfa katsayısı gibi maddelerin iç tutarlılığı konusunda bilgi verir. KR-20 test maddelerinin benzer güçlükte olmadığı durumlarda, KR-21 ise yaklaşık olarak benzer güçlükte olduğu varsayımı altında kullanılır. Toplam 10-15 maddelik testlerden elde edilen 0,50 gibi düşük bir KR-20 katsayısı, genel olarak testin güvenilir olduğu konusunda bilgi verir.

Bir testin güvenirligini belirlemede sıklıkla başvuru olan gözlem sayısı 30-50 civarındadır (Alpar 2016). Ölçeğin zamana karşı değişmezliği 32 araştırmacıya 15 gün ara ile testin tekrar uygulanması şeklinde incelenmiştir.

3.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analiz edilmiş ve tanımlayıcı analizlerde normal dağılan değişkenler için aritmetik ortalama \pm standart sapma, normal

dağılmayan değişkenler için ise ortanca, 25. ve 75. Yüzdelik, EKD ve EBD kullanılmıştır (Alpar 2016).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin denetlenmesinde örneklem büyüklüğünün uygunluğunu Barlett testi, Kaiser-Mayer-Olkin testi sağlanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde de GFI, AGFI, RMSEA uyum indeksleri kullanılmıştır. İç tutarlılık ve homojenlik için Cronbach Alfa Katsayısı ve KR-21, Ölçeğin zamana karşı değişmezliği için Spearman korelasyon analizi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin birbiriyle tutarlı olduğunu, ölçekte birbirini çaprazlayan maddeler olduğunu, tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığını ifade eder. Alfa katsayısı 0,80-1,00 ise geliştirilen test yüksek güvenilirliğe sahip, 0,60-0,79 ise geliştirilen test oldukça güvenilir, 0,40-0,59 geliştirilen testin güvenilirliği düşüktür, 0,00 0,39 ise geliştirilen test güvenilir değildir (Alpar 2016).

Test -tekrar test analizlerinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyonun gücü klasik yaklaşım olarak;

$r = 0.00 - 0.24$ ise zayıf

$r = 0.25 - 0.49$ ise orta

$r = 0.50 - 0.74$ ise güçlü

$r = 0.75 - 1.00$ ise çok güçlü diye nitelendirilmiştir (Aksakoğlu 2006).

Tüm istatistiksel analizler SPSS 21.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) bilgisayar programı kullanılarak yapılmıştır ve $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3. 12. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Ölçeğin ilk yayınlandığı orijinal makalenin ilgili yazarına (corresponding author) ulaşılarak ölçeğin Türkçeye uyarlanması için maille izin istenmiştir. Yazardan onay alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Etik kurulun 02/10/2017 tarih ve 71522473/050.01.04/200 karar sayılı izni ile araştırmaya başlanmıştır (EK 2).

Katılımcıların çalışmayla ilgili önyargılarını ve yanlış/ eksik cevap verme olasılıklarını ortadan kaldırmak için çalışmanın veri toplama formunun ilk kısmında bu çalışmanın kimler tarafından yapıldığı, amacının ne olduğu, çalışan kişinin adı ve soyadı gibi

kişisel bilgilerinin alınmayacağı, toplanan verinin sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, katılımın gönüllülük esasına dayandığı bilgisi verilerek ‘Aydınlatılmış onam formu’ ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Bazı katılımcılar ve okuma-yazma bilmeyen katılımcılar sözlü onamla araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir.

3.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Çalışmamızda örneklem seçimi yapılmamış olup, AHB’ ye kayıtlı olup muayeneye gelenler araştırmaya dahil edilmiştir.
2. Ölçeğin orijinali öz bildirim şeklinde olmasına rağmen Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunu olan okur-yazar olmayan kesimi de temsil etmesi açısından, okur yazar olmayanlara da anket araştırmacı tarafından okunarak verdikleri cevap işaretlenmiştir. Türkiye’de 2015 yılında, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı %5,4 iken bu oran erkeklerde %1,8, kadınlarda %9’du (TÜİK 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643>, Erişim tarihi: 20 Ocak 2018).

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları iki aşamada sunulacaktır.

4.1. Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'ın geçerlik güvenirlik çalışması

4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve ölçek puanlarıyla ilişkisi

4.1.DÜZENLENMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0'IN GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

4.1.1. Psikolinguistik Özelliklere Ait Bulgular

Ölçeğin dil geçerliği sağlandıktan sonra kapsam geçerliğini değerlendirmek için uzman görüşüne başvuruldu. Uzman görüşlerine göre maddelerin değerlendirmesi aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Uzmanlardan gelen derecelendirme sonucu Davis Sayısı $\geq 0,80$ olarak bulundu. Elde edilen değerlere göre, ölçek kapsam geçerliği ölçütlerini karşılamaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Davis Tekniğine Göre Kapsam Geçerliliği Çalışması

Madde no	a'yi			b'yi			c'yi			d'yi			Toplam uzman katılımcı sayısı	Kapsam geçerlilik oranı
	Uzmanlardan	işaretleyenlerin	toplamı	Uzmanlardan	işaretleyenlerin	toplamı	Uzmanlardan	işaretleyenlerin	toplamı	Uzmanlardan	işaretleyenlerin	toplamı		
1	5		1			-			-			6	1,00	
2	4		1			1			-			6	0,83	
3	3		3			-			-			6	1,00	
4	5		1			-			-			6	1,00	
5	5		1			-			-			6	1,00	
6	3		3			-			-			6	1,00	
7	6		0			-			-			6	1,00	
8	5		1			-			-			6	1,00	

Tablo 6. Davis Tekniğine Göre Kapsam Geçerliliği Çalışması (Devam)

9	6	0	-	-	6	1,00
10	6	0	-	-	6	1,00
11	5	1	-	-	6	1,00
12	5	1	-	-	6	1,00
13	6	0	-	-	6	1,00

4.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeğin değerlendirilmesiyle ilişkili olarak yazarla yapılan yazışma sonucunda katılımcıların 8’li likert olarak işaretledikleri ölçek değerlendirme aşamasında:

‘kriteri karşılamıyor=0 puan’ ve ‘kriteri karşılıyor=1 puan’ şeklinde puanlandı.

Maddelerdeki duyguları yaşama sıklığına göre her soru için puanlama biçimi tablodaki gibidir.

Tablo 7. 8’li Likert Olarak Katılımcılara Sorulan Ölçek Sorularına Verilen Cevapların Puan Karşılıkları

Sorular	Cevaplar	Puan
3, 7, 12 ve 13. Sorulara		
	0-1 ya da 2 cevabı verenlere	0 puan verildi
	3-4-5-6 ve 7 cevabı verenlere	1 puan verildi
1, 4, 8 ve 10. sorulara		
	0-1-2-3 ve 4 cevabını verenlere	0 puan verildi
	5-6 ve 7 cevabı verenlere	1 puan verildi
2, 5, 6, 9 ve 11. Sorulara		
	0-1-2-3-4 ve 5 cevabı verenlere	0 puan verildi
	6 ve 7 cevabı verenlere	1 puan verildi

Yapılan tüm analizler orijinal ölçeğin analizindeki gibi cevaplar ikiye (0,1) indirgenerek yapıldı.

4.1.2.1 Ölçeğin geçerlik çalışması

Ölçeğin faktör analizine uygunluğu KMO örneklem yeterliği ölçüsü ile yapıldı. KMO değeri 0,709 olarak bulundu ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu kanısına

varıldı. Bartlett küresellik testi sonucu da ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p < 0,001$; Tablo 8).

Tablo 8. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO) ve Bartlett's Küresellik Testi Analizi Sonuçları

Testler (n=271)	Sonuçlar
Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü	0,709
	χ^2 479,588
Bartlett's Küresellik Testi	p <0,001

Ölçeğin orijinalinin geçerlik güvenirlik çalışmasındaki tek faktörlü model doğrulayıcı faktör analiziyle analiz edildi.

Doğrulayıcı faktör analizi

Ölçeğin orijinalinin geçerlik güvenirlik çalışmasında madde 5 ve madde 6 faktör analizine dahil edilmediği için, bu çalışmada da bu iki madde analiz edilmemiş, ölçeğe sonradan dahil edilmiştir.

Modelde; X^2 değeri 110,601, serbestlik derecesi 42, $p < 0,001$, χ^2/Sd değeri 2,633, RMSEA 0,78, CFI 0,84 olarak hesaplandı. Ölçeğe ait madde faktör yükleri ve diğer uyum göstergeleri sonuçları Tablo 9 ve Tablo 10'da görülmektedir. Tablo 4'te normal değerleri verilen uyum göstergeleri bu çalışmada uygun bulundu.

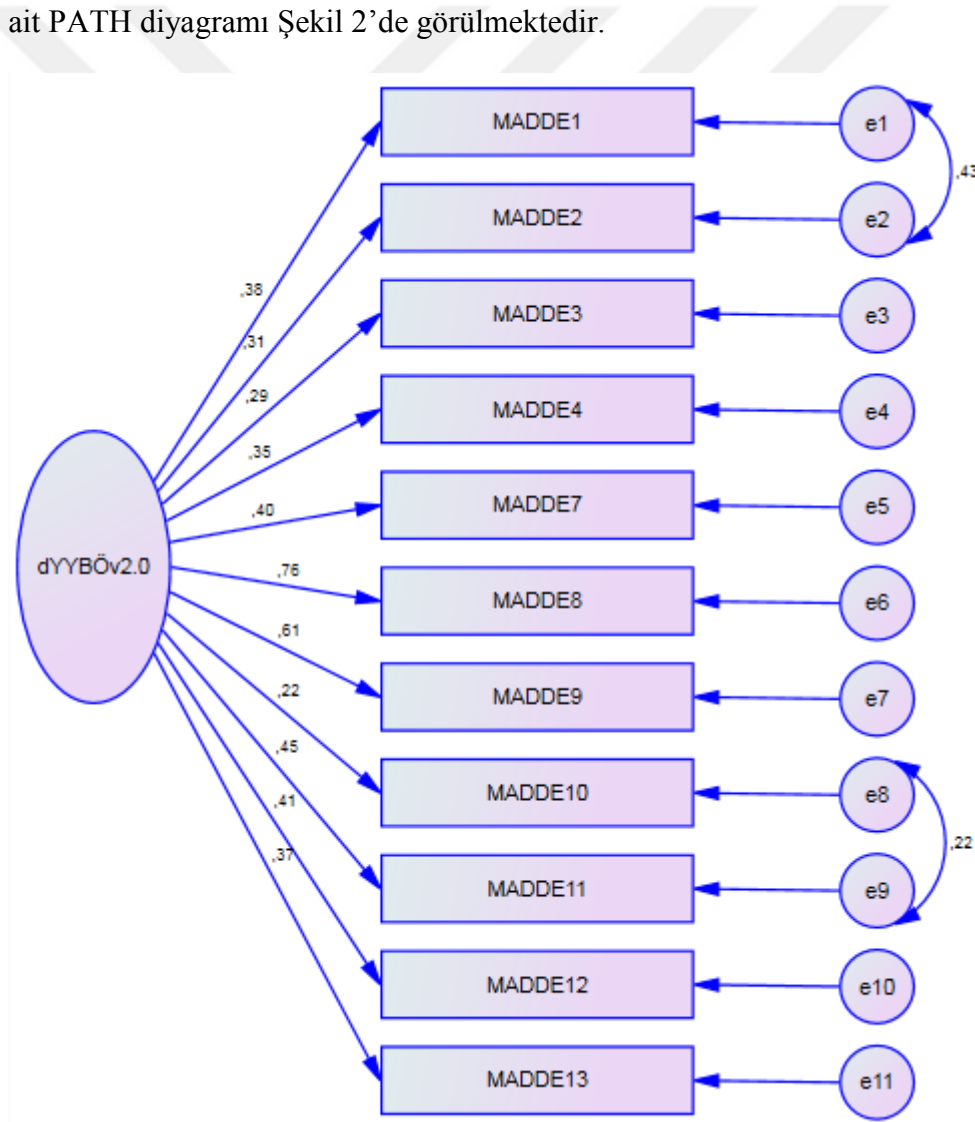
Tablo 9. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	$\lambda(R^2)$	Faktör yükü
Madde 1	0,38	0,03
Madde 2	0,31	0,02
Madde 3	0,29	0,04
Madde 4	0,35	0,05
Madde 7	0,40	0,08
Madde 8	0,76	0,25
Madde 9	0,61	0,14
Madde 10	0,22	0,02
Madde 11	0,45	0,09
Madde 12	0,41	0,09
Madde 13	0,37	0,04

Tablo 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Uyum Göstergeleri

Uyum göstergesi	Çalışma sonucu
χ^2/Sd	2,63
CFI	0,84
GFI	0,93
AGFI	0,89
RMSA	0,07

Oluşturulan modelde madde 1 ile 2 ve madde 8 ile 9 arasında oluşturulan kovaryans sonrasında modifikasyon indeksleri değişmiş ve model daha iyi hale gelmiştir. Ölçeğe ait PATH diyagramı Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2. Ölçeğe ait PATH diyagramı

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi bulgularına göre 13 maddelik Modifiye Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'ın Türkçe formunun tek faktörlü 11 maddesi ölçeğin orijinaline uygun olarak belirlendi ve yine ölçeğin orijinalindeki gibi 2 madde ölçeğe sonradan dahil edilerek, ölçeğin 13 maddelik son haline ulaşıldı.

4.1.2.2. Ölçeğin güvenirlik analizi İç tutarlık

mYYBÖ 2.0'ın güvenirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlık analizleri ve zamana karşı değişmezlik analizleri yapıldı.

DFA sonrasında ölçek iç tutarlık bulguları cronbach alfa kat sayısı ve uygulama esnasındaki 8'li likert'in analiz öncesi 0=karşılmıyor, 1=karşılıyor olarak ikili hale indirgenmesinden dolayı ayrıca Kuder Richardson 21 ile de incelendi. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,723, KR 21 katsayısı ise 0,698 olarak bulunmuştur (M=0,97;sd=1,555). mYYBÖ 2.0'ın madde analizi sonucunda; 3. ve 10. maddelerin ölçek toplam korelasyon değerleri 0,30'un altında bulundu. Bu maddelerin çıkarılması durumunda, ölçeğin Cronbach Alpha değerinin çok değişmediği, 0,676 ile 0,701 aralığında kaldığı görüldü. Bu nedenle bu maddelerin çıkarılmamasına karar verildi (Tablo 11).

Tablo 11. Madde Analizi Sonucu Elde Edilen Cronbach α ve Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri

Maddeler	Madde Silindiğinde Cronbach α	Madde Toplam puan Korelasyonu
Madde 1	,676	,431
Madde 2	,683	,382
Madde 3	,701	,262
Madde 4	,695	,309
Madde 7	,690	,354
Madde 8	,667	,502
Madde 9	,685	,384
Madde 10	,698	,287
Madde 11	,687	,380
Madde 12	,690	,371
Madde 13	,693	,352

Zamana Karşı Değişmezlik

mYYBÖ 2.0'ın zamana karşı değişmezliği 32 katılımcıya 15 gün arayla test tekrar test yapılarak toplam puanları üzerinden analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi, $p < 0,05$ olarak bulunduğundan nonparametrik testler uygulandı. Test tekrar test toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,919$) (Tablo 12). Buna ek olarak, katılımcıların test ve tekrar testten aldıkları puanla korelasyonu Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirildi. Spearman korelasyon katsayısının 0,00-0,24 arasında olması zayıf ilişki, 0,25-0,49 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0,50-0,74 arasında olması güçlü ilişki, 0,75-1,00 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlandı (Aksakoğlu 2006). $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu kabul edildi. İlk testle tekrar test arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok anlamlı bir korelasyon ($r=0,899$, $p < 0,001$) vardı. Bu sonuçlarla ölçeğin zamana karşı değişim göstermediği saptandı.

Tablo 12. mYYBÖ 2.0'ın Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Puanlar (n=32)	Ortanca	25. yüzdeler	75. yüzdeler	EKD	EBD	p*
İlk uygulanan ölçek puanı	19,00	9,75	33,25	0	89	0,919
Tekrar ölçek puanı	19,00	12,25	31,00	0	91	

*Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır.

EKD: En Küçük Değer, EBD: En Büyük Değer

4.1.3. mYYBÖ 2.0 Ölçeğinin Puanlama Yöntemi

Ölçeğin 11 maddeyle yapılan geçerlik ve güvenirlik analizinden sonra orijinal makaledeki gibi 2 klinik önem (madde5 ve made6) maddesi ölçeğe eklenerek ölçek 13 madde haline getirildi. Puanlamada 2 yöntem kullanıldı.

1. SEMPTOM SAYISINA GÖRE PUANLAMA: Katılımcının 11 kriterin kaçını karşıladığı hesaplanır. Toplam puan 0 ile 11 arasında değişir.
2. TEŞHİSE YÖNELİK PUANLAMA: Klinik sorunlara işaret eden 5. ve 6. Soruların da dikkate alındığı puanlama şeklidir. Şu şekilde hesaplanır:

Yeme bağımlılığı yok	1 veya daha az semptom
Yeme bağımlılığı yok	Klinik önem kriterlerini karşılamıyor
Hafif yeme bağımlılığı	2 veya 3 semptom ve klinik önem
Orta yeme bağımlılığı	4 veya 5 semptom ve klinik önem
Ciddi yeme bağımlılığı	6 veya daha fazla semptom ve klinik önem

4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların %75,6'sı (205) kadın, ortalama yaşları $39,23 \pm 12,66$ SS olup en küçük 18, en büyük 65 yaşındaydı. Katılımcıların 88'inin (%32,5) evine gelen toplam gelir asgari ücret (1603 Türk Lirası (TL)) veya daha azdı. Kişi başına düşen gelir ortancası 666 TL (25. Persentil 212, 75. persentil 1111 TL) idi. Diğer sosyo-demografik özellikler tablo 13'de gösterilmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)*
Cinsiyet		
Kadın	205	75,6
Erkek	66	24,4
Yaş		
18-34	109	40,2
35-49	92	33,9
50-65	70	25,8
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş	55	20,3
Evli	200	73,8
Dul/Boşanmış	16	5,9
Eğitim		
Okur-yazar değil	13	4,8
Okur-yazar	11	4,1
İlkokul mezunu	80	29,5
Orta okul mezunu	27	10,0
Lise mezunu	64	23,6
Üniversite mezunu	76	28,0

Tablo 13. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri (Devam)

Çalışma durumu		
Çalışmıyor **	155	57,2
Çalışıyor	96	35,4
Emekli	20	7,4
Eve gelen toplam gelir		
1603 TL ve daha az	88	32,5
1604-4000 TL	148	54,6
4001 TL ve üzeri	35	12,9
Toplam	271	100,0

*Tablodaki yüzdeler yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

** Öğrenciler ve işten ayrılanlar dahildir.

Tablo 14. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Bazı Sağlık Göstergeleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Sigara içme durumu		
Hiç içmemiş	160	59,0
Halen içiyor	82	30,2
İçiyormuş bırakmış	29	10,7
Alkol kullanımı		
Hiç kullanmamış	248	91,5
Halen kullanıyor	14	5,2
Kullanmış bırakmış	9	3,3
Gece uyku süresi		
1-5 saat	37	13,7
6-8 saat	197	72,6
9 ve üzeri	37	13,7
Kronik hastalık*		
Var	95	35,1
Yok	176	64,9
Psikiyatrik hastalık**		
Var	27	10,0
Yok	244	90,0

Tablo 14. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Bazı Sağlık Göstergeleri (Devam)

Sürekli ilaç kullanımı		
Evet	97	35,8
Hayır	174	64,2
Toplam	271	100,0

*katılımcıların 50'sinde hipertansiyon, 26'sında diyabetes mellitus, 20'sinde dislipidemi, 7'sinde kalp hastalığı vardı (birkaç kronik hastalığı olanlar vardı).

** 16 kişi depresyon, 4 kişi panik atak, 2 kişi bipolar bozukluk ve 1 kişi de anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi görüyordu.

Katılımcıların kilo ortalamaları $76,01 \pm 15,84$ SS kg olup en hafifi 42, en ağır 138 kg idi; boy ortalamaları $1,61 \pm 0,1$ SS m olup, en kısa 1,38, en uzun 1,87 m idi. BKİ ortalamaları $29,249 \pm 6,138$ idi. Diğer özellikleri tablo 15'te gösterildi.

Tablo 15. Katılımcıların BKİ, Kilo Algısı, Kilo Memnuniyet Durumları, Son Bir Yıldaki Diyet Öyküsü, Diyet Yapma Türü ve Gün İçindeki Atıştırma Sayıları

	Sayı(n)	Yüzde(%)
BKİ		
Zayıf	4	1,5
Normal kilolu	73	26,9
Fazla kilolu	75	27,7
Obez (şişman)	119	43,9
Kilo algısı		
Zayıf	11	4,1
Normal	110	40,6
Fazla kilolu	138	50,9
Şişman (obez)	12	4,4
Kilo memnuniyeti		
Hiç memnun değil	46	17,0
Memnun değil	113	41,7
Memnun	112	41,3

Tablo 15. Katılımcıların BKİ, Kilo Algısı, Kilo Memnuniyet Durumları, Son Bir Yıldaki Diyet Öyküsü, Diyet Yapma Türü ve Gün İçindeki Atıştırma Sayıları (Devam)

Son bir yıldaki diyet öyküsü		
Hiç	146	53,9
Birkaç kez	104	38,4
Sürekli diyet hali	21	7,7
Diyet yapma türü		
Hiç	146	53,9
Zayıflama	107	39,5
Kilo koruma	12	4,4
Diyabetik diyet	6	2,2
Gün içinde atıştırma sayıları*		
Hiç	61	22,5
1-3 kez	184	67,9
3'den fazla	26	9,6
Toplam	271	100,0

*katılımcıların %2,4'ü bir, %51,8'i iki, %42,7'si üç ve %3,0'ı dört öğün yemek yediğini belirtti.

Kişilerin BKİ ile kilo algılarını karşılaştırdığımızda, obez olan toplam 119 kişinin sadece 12'si kendisini obez (şişman) algılamakta, normal kiloda olan 73 kişinin 9'u kendisini zayıf algılamaktadır (Tablo 16)

Tablo 16. Farklı BKİ'sindeki Katılımcıların Kilo Algısı

	Kilo algısı								Toplam	
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez (şişman)		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
BKİ										
Zayıf	2	50	2	50	0	0	0	0	4	100,0
Normal	9	2,3	50	68,5	1	19,2	0	0	73	100,0
Fazla kilolu	0	0	36	48,0	3	52,0	0	0	75	100,0
Obez(şişman)	0	0	22	18,5	8	71,4	12	10,1	119	100,0

Kilo durumunu olduğundan az algılayan, olduğu gibi algılayan ve çok algılayanların ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığı Kruskal Wallis varyans analizi ile karşılaştırıldı ve anlamlı fark bulundu ($X^2KW=12,71$, $SD=2$, $p=0,002$).Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, ağırlığını olduğundan az algılayanların puanı olduğu gibi algılayanlardan anlamlı bir şekilde yüksek bulundu ($p=0,001$).

mYYBÖ 2.0 maddelerine verilen yanıtların seçeneklere göre dağılımı yüzde (%) olarak aşağıda gösterilmiştir. Tablo 17’de katılımcının ölçeği ilk işaretlerken kullanılan 8’li likert yüzde dağılımı; tablo 18’de kriter eşliğinin karşılanıp karşılanmamasına göre oluşturulan 2’li hali gösterilmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların mYYBÖ 2.0’da Sunulan İfadelerle İlgili Seçenek Tercihlerinin Dağılımı

	Hiç (%)	2-3 ayda bir (%)	Ayda bir (%)	Ayda 2-3 kere (%)	Haftada bir (%)	Haftada 2-3 kez (%)	Haftada 4-6 kez (%)	Her gün (%)	Toplam (%)
Madde 1	37,6	7,7	13,3	2,2	21,4	7,7	1,5	8,5	100,0
Madde 2	43,5	8,1	10,3	2,2	17,0	8,1	1,5	9,2	100,0
Madde 3	81,2	3,7	7,7	0,4	6,3	0,0	0,0	0,7	100,0
Madde 4	60,1	8,5	11,1	2,2	8,5	5,2	0,7	3,7	100,0
Madde 5	47,2	6,3	8,1	2,2	16,2	7,7	2,6	9,6	100,0
Madde 6	71,6	4,8	2,2	3,0	7,7	1,5	5,2	4,1	100,0
Madde 7	91,9	2,2	1,5	0,0	2,2	0,0	0,7	1,5	100,0
Madde 8	69,4	5,9	5,5	2,2	10,3	0,0	2,2	4,4	100,0
Madde 9	66,4	7,0	9,2	2,6	7,4	1,5	0,4	5,5	100,0
Madde 10	51,7	8,1	20,3	4,1	7,0	3,3	0,4	5,2	100,0

Tablo 17. Katılımcıların mYYBÖ 2.0’da Sunulan İfadelerle İlgili Seçenek Tercihlerinin Dağılımı (Devam)

Madde 11	55,0	11,1	17,7	3,0	5,9	2,6	1,5	3,3	100,0
Madde 12	94,1	1,5	1,1	0,4	1,1	0,4	0,0	1,5	100,0
Madde 13	77,5	2,6	2,6	0,4	6,6	0,7	0,0	9,6	100,0

Turuncuyla işaretli yerler kriter eşliğini karşılamayıp ‘0’ puan alınan yerlerdir.

Tablo 18. Katılımcıların mYYBÖ 2.0’da Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara Göre Kriterleri Karşılama Durumları

	Kriteri karşılamıyor	Kriteri karşılıyor	Toplam (%)
Madde 1	82,3	17,7	100,0
Madde 2	89,3	10,7	100,0
Madde 3	92,6	7,4	100,0
Madde 4	90,4	9,6	100,0
Madde 5	87,8	12,2	100,0
Madde 6	90,8	9,2	100,0
Madde 7	95,6	4,4	100,0
Madde 8	93,4	6,6	100,0
Madde 9	94,1	5,9	100,0
Madde 10	91,1	8,9	100,0
Madde 11	95,2	4,8	100,0
Madde 12	96,7	3,3	100,0
Madde 13	82,7	17,3	100,0

Ölçek toplam puanının (11 maddenin) normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-Smirnov testiyle analiz edildi, $p < 0,05$ bulunduğu için nonparametrik testler tercih edildi.

Kadınlarla erkekler arasında mYYBÖ 2.0’den alınan toplam puanlar açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,238$; Tablo 19)

Tablo 19. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Cinsiyet	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	p* değeri
Kadın	205	0,00	0,00	1,50	0	11	0,238
Erkek	66	0,00	0,00	1,00	0	6	

* *Mann-Whitney U testi kullanılmıştır, EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

Yaş grupları arasında ölçekten alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,826; Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Yaş grupları	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	p* değeri
18-34	109	0,00	0,00	1,00	0	11	0,826
35-49	92	0,00	0,00	1,75	0	6	
50-65	70	0,00	0,00	1,00	0	4	

* *Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

BKİ grupları arasında ölçekten alınan puanlar açısından istatistiksel olarak çok anlamlı fark vardı ($X^2KW= 28,42$, $SD=2$, $p<0,001$; Tablo 21). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda farkın normal kilolu olanlarla obezler arasında ($p<0,001$) ve normal kilolu olanlarla fazla kilolu olanlar arasında ($p=0,002$) olduğu tespit edildi.

Tablo 21. Katılımcıların BKİ'lerine Göre Ölçekten Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

BKİ	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	p* değeri
Zayıf/Normal**	77	0,00	0,00	0,50	0	8	<0,01
Fazla kilolu	75	0,00	0,00	1,00	0	11	
Obez	119	1,00	0,00	2,00	0	7	

* *Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

***zayıf grubundaki 4 kişi normal grubuna eklenmiştir.*

Medeni durumla ölçekten alınan toplam puanlar açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,247$; Tablo 22). Eğitim düzeyleri ile ölçekten alınan toplam puanlar arasında anlamlı fark vardı ($X^2KW=10,75$, $SD=3$, $p=0,013$; Tablo 22). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda farkın üniversite mezunları ile ilkökul mezunları puanları arasında olduğu tespit edildi ($p=0,031$). Çalışma durumuyla ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,125$; Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Medeni Durumlarına, Eğitim Düzeylerine ve Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	p* değeri
Medeni durum							
Hiç evlenmemiş	55	0,00	0,00	1,00	0	8	0,247
Evli	200	0,00	0,00	1,75	0	11	
Dul/Boşanmış	16	0,00	0,00	0,75	0	5	
Eğitim düzeyi							
Okula gitmemiş	24	1,00	0,00	2,00	0	4	0,013
İlkokul	80	1,00	0,00	1,75	0	5	
Orta okul/lise	91	0,00	0,00	1,00	0	11	
Üniversite	76	0,00	0,00	1,00	0	8	

Tablo 22. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Medeni Durumlarına, Eğitim Düzeylerine ve Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Devam)

Çalışma durumu*							
Çalışmıyor	155	0,00	0,00	2,00	0	11	0,125
Çalışıyor	96	0,00	0,00	1,00	0	6	
Emekli	20	0,00	0,00	0,75	0	3	

* *Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

Katılımcıların sigara içme durumu, alkol kullanım durumu ve geceki uyku süresiyle ölçekten aldıkları toplam puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0,207$, $p=0,134$, $p=0,286$; Tablo 23). Kronik hastalığı olanlarla olmayanların, psikiyatrik hastalığı olanlarla olmayanların, sürekli ilaç kullananlarla kullanmayanların toplam ölçek puanları arasındaki fark anlamlı değildi ($p=0,205$, $p=0,887$, $p=0,333$; Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Sağlık Durumlarıyla İlgili Bazı Parametrelere Göre Karşılaştırılması

	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	P değeri
Sigara içme durumu							
Hiç içmemiş	16	0,00	0,00	1,00	0	11	0,207*
Halen içiyor	82	0,00	0,00	1,00	0	5	
İçiyormuş bırakmış	29	1,00	0,00	2,00	0	4	
Alkol kullanımı							
Hiç kullanmamış	24	0,00	0,00	1,00	0	11	0,134*
Halen kullanıyor	14	0,00	0,00	2,25	0	6	
Kullanmış bırakmış	9	1,00	0,50	3,50	0	4	

Tablo 23. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Sağlık Durumlarıyla İlgili Bazı Parametrelere Göre Karşılaştırılması (Devam)

Gece uyku süresi							
1-5 saat	37	1,00	0,00	2,00	0	11	0,286*
6-8 saat	19	0,00	0,00	1,00	0	8	
9 saat ve üzeri	37	0,00	0,00	1,00	0	5	
Kronik hastalık							
Var	95	0,00	0,00	1,00	0	11	0,205**
Yok	17	0,00	0,00	2,00	0	5	
Psikiyatrik hastalık							
Var	27	0,00	0,00	1,00	0	11	0,887**
Yok	24	0,00	0,00	0,00	0	5	
Sürekli ilaç kullanımı							
Evet	97	0,00	0,00	1,00	0	11	0,333**
Hayır	17	0,00	0,00	2,00	0	5	

* *Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

** *Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.*

Algılanan kiloya göre ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulundu ($X^2KW=14,34$, $SD=2$, $p=0,001$; Tablo 24). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farklılığın kendini kilolu/obez olarak algılayanlarla normal algılayanlar arasında ($p=0,001$) olduğu tespit edildi. Katılımcıların kilo memnuniyet durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında da çok anlamlı fark bulundu ($X^2KW=31,841$, $SD=2$, $p<0,001$; Tablo 24). Her üç grup arasında da fark olduğu görüldü, hiç memnun olmayanların puanları en yüksekti. Son bir yıl içinde kilo vermek için girişimde bulunma yönünden ölçek puanları karşılaştırıldığında yine oldukça anlamlı bir fark bulundu ($X^2KW=15,437$, $SD=2$, $p<0,001$; Tablo 24). Sürekli diyet yapanların puanları en yüksek, diğer iki grubun puanları benzerdi. Diyet türleri açısından toplam puanlar arasında anlamlı fark vardı ($X^2KW=7,689$, $SD=2$, $p=0,021$; Tablo 24), farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucu farkın hiç diyet yapmayanlarla zayıflama diyeti yapanlar arasında olduğu bulundu ($p=0,017$), zayıflama diyeti yapanların ölçek puanı daha yüksekti. Gün

içindeki toplam atıştırma sayıları açısından toplam ölçek puanları arasında çok anlamlı fark vardı ($X^2KW=14,112$, $SD=2$, $p<0,001$; Tablo 24), günden 3'den fazla atıştırmanın puan toplamları diğer iki gruba göre daha yüksekti.

Tablo 24. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Kilo Algısı, Kilo Memnuniyeti, Diyet Yapma Durumu, Diyet Türü ve Atıştırma Sayısı Sağlık Göre Karşılaştırılması

	Sayı	Ortanca	25. persentil	75. persentil	EKD	EBD	P*değeri
Kilo algısı							
Zayıf	11	0,00	0,00	1,00	0	2	<0,001
Normal	110	0,00	0,00	1,00	0	5	
Fazla kilolu/obez**	150	1,00	0,00	2,00	0	11	
Kilo memnuniyeti							
Hiç memnun değil	46	1,00	0,00	4,00	0	11	<0,001
Memnun değil	113	0,00	0,00	1,50	0	5	
Memnun	112	0,00	0,00	0,00	0	4	
Diyet yapma durumu							
Hiç	146	1,00	1,00	1,00			<0,001
Birkaç kez	104						
Sürekli diyet hali	21						
Diyet türü							
Hiç	146	0,00	0,00	1,00	0	5	0,021
Zayıflama	107	1,00	0,00	2,00	0	11	
Kilo koruma***	18	0,00	0,00	3,00	0	4	
Atıştırma sayısı							
Hiç	61	0,00	0,00	1,00	0	5	<0,001
1-3 kez	184	0,00	0,00	2,00	0	8	
3'den fazla	26	2,00	0,00	4,00	0	11	

* *Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. EBD: En Büyük Değer, EKD: En Küçük Değer*

** *testin uygulanabilmesi için gruplar birleştirilmiştir.*

****Diyabetik diyet yaptığını belirten 6 kişi kilo koruma diyetine dahil edildi.*

Ölçeğin puanlama yönteminde bağımlılıktan bahsedebilmek için 5. ve 6. maddelerin her ikisinin de kriter eşliğini geçmiş olması ve kalan diğer 11 maddeden en az 2 puan almış olması gerekmektedir. Katılımcılardan 25 (%9,2) kişi her iki madde (5. ve 6. Madde) için eşik değeri geçmiş ve bunların da 23'ü (tüm katılımcıların %8,49'u) kalan 11 madde için en az 2 puan almıştır. Yeme bağımlılığı olan 23 kişinin 19'u (%82,6) kadındı.

Kadınlarla erkekler arasında YB olup olmama açısından fark yoktu ($p=0,416$; Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Cinsiyete Göre YB Sıklıklarının Karşılaştırılması

	YB olmayanlar		YB olanlar		Ki-kare*	p
	n	%	n	%		
Kadın	186	90,3	19	9,7	0,661	0,416
Erkek	62	93,9	4	6,1		

*Pearson ki-kare

Kilo durumunu fazla kilolu/şişman algılayanlarda YB görülme sıklığı zayıf/normal algılayanlardan daha yüksekti ($p = 0,006$). Kilosundan memnun olmayanlarda YB görülme sıklığı memnun olanlardan daha yüksekti ($p = 0,006$).

Son bir yılda diyet yapma sıklıkları arasında YB olup olmama açısından anlamlı bir fark vardı ve bu fark sürekli diyet halinde olanlardan kaynaklanmaktadır. ($p = 0,001$). Diyet yapma çeşitleri arasında YB olma açısından anlamlı bir fark vardı ve bu fark üç grup arasında da vardı ($p = 0,019$). Günlük atıştırma sayıları arasında YB olup olmama açısından anlamlı bir fark vardı ve bu fark günde 3'ten fazla atıştırılardan kaynaklanmaktadır ($p = 0,001$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Kilo Algısına, Kilo Memnuniyetine, Diyet Durumuna, Diyet Türüne ve Atıştırma Sayılarına Göre YB Sıklıklarının Karşılaştırılması

	YB olan		YB olmayan		Toplam		Ki-kare	p*
	n	%	n	%	n	%		
Kilo algısı**								
Zayıf /Normal	4	3,3	117	96,7	121	100,0	7,566	0,006
Fazla kilolu	19	12,7	131	87,3	140	100,0		
Şişman (obez)								
Kilo memnuniyeti**								
Memnun değil	20	12,6	139	87,4	159	100,0	7,556	0,004
Memnun	3	2,7	109	97,3	112	100,0		
Diyet durumu								
Hiç	6	4,1	140	95,9	146	100,0	15,094	0,001
Birkaç kez	11	10,6	93	89,4	104	100,0		
Sürekli diyet	6	28,6	15	71,4	21	100,0		
Diyet türü								
Hiç	6	4,1	140	95,9	146	100,0	7,977	0,019
Zayıflama	15	14,0	92	86,0	107	100,0		
Kilo koruma	2	11,1	16	88,9	18	100,0		
Atıştırma sayısı								
Hiç	2	3,3	59	96,7	61	100,0	13,691	0,001
1-3 kez	14	7,6	170	92,4	184	100,0		
3'den fazla	7	26,9	19	73,1	26	100,0		

*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

** testin uygulanabilmesi için gruplar birleştirilmiştir.

Bağımlı olduğu tespit edilen 23 kişinin YB şiddet sınıflaması tablo 27'deki gibidir.

Tablo 27. Ölçekten Aldıkları Puanlara Dayanılarak ‘Yeme Bağımlısı’ Tanısı Alan Katılımcıların Bağımlılık Şiddet Durumları

Yeme bağımlılığı	Sayı	Yüzde (%)
Hafif YB	7	30,4
Orta YB	12	52,2
Şiddetli YB	4	17,4
Toplam	23	100,0

YB şiddetlerine göre karşılaştırılmak istenen gruplarda gözlere düşen birey sayısı yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirilme yapılamadı.



5. TARTIŞMA

Ülkemizde kullanılmak üzere Türkçe dilinde yeme bağımlılığı tanısı koymaya yönelik olarak geliştirilmiş, DSM 5'teki son değişikliklerle uyumlu bir ölçüm aracı yoktur. Bu çalışmada Schulte ve Gearhardt tarafından 2017 yılında DSM 5'teki madde kullanım bozukluğu kriterlerini yeme bağımlılığı açısından değerlendirmek için geliştirilen 'Modified Yale Food Addiction Scale 2.0'ı Türkçe'ye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak amaçlanmıştır. Metodolojik ve tanımlayıcı tipteki araştırma 7 AHB'ye Kasım- Aralık 2017'de başvuran toplam 271 hastayla yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,709, Barlett Testi için p değeri <0,001, CFI 0,84, GFI 0,93, RMSA 0,07 ve Kuder Richardson 21 katsayısı 0,698 bulunarak ölçeğin psikometrik özelliklerinin iyi olduğu görülmüştür. Ölçeğin Türkçe'si 'Modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeği sürüm 2.0' olarak adlandırılmıştır.

Katılımcıların %75,6'sı kadın, %24,4'ü erkekti. ölçeğin ABD'deki geliştirilme aşamalarında kullanılan iki örneklemden birincisinde katılımcıların % 54,1'i, ikincisinde %71,4'ü kadındı (Schulte and Gearhardt 2017).

Katılımcıların ortalama yaşları $39,23 \pm 12,66$ SS idi. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise psikometrik özelliklerinin ölçüldüğü örneklemin yaş ortalaması $33,68 \pm 11,86$ idi (Schulte and Gearhardt 2017).

Çalışmaya katılanların 4'ü (%1,5) zayıf, 73'ü (%26,9) normal kilolu, 79'u (%27,7) fazla kilolu ve 119'u (%43,9) obezdi. YYBÖ'nün önceki sürümüyle yapılan bir çalışmada (Oktay 2015) katılımcıların 43'ü (%29,4) normal kilolu, 55'i fazla kilolu (%37,7) ve 48'i obezdi (%32,9). Türkiye Sağlık Araştırmaları 2016'ya göre Türkiye genelinde bu oranlar: düşük kilolu %4,0, normal kilolu %42,1, fazla kilolu %34,3 ve obez %19,6 şeklindeydi. Türkiye sağlık araştırmalarındaki normal kiloluların oranının daha fazla olmasının nedeni araştırmaya 15- 18 yaş arasının dahil edilmiş olup bizim çalışmamızda 18 yaş üstünün dahil edilmesi olabilir. Ergenlik çağı sınırları içindeki bu yaşlarda boy uzamasıyla birlikte boyun BKİ'ne yansımaları bu durumu açıklayabilir.

Bununla birlikte bizim çalışmamızın ASM'ye başvuran hastalarda yapılmış olması yüksek BKİ'nin ASM'lere başvuru nedenleri ile ilişkisini akla getirmektedir.

Bizim çalışmamızda BKİ'lerinin ortalaması $29,249 \pm 6,138$ SS olup ölçeğin geliştirildiği çalışmada $27,52 \pm 7,23$ SS idi. Aradaki bu fark, bizim çalışmamızda BKİ hesaplanırken kişisel bildirimle değil de ölçümle elde edilen verilerin kullanılmış olmasından ve bizim çalışmamızdaki yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir (Schulte and Gearhardt 2017).

Çalışmamızda obez olduğu saptanan toplam 119 kişinin sadece 12'si kendisini obez (şişman) olarak algıarken, normal kiloda olan 73 kişinin 9'u kendisini zayıf olarak algıladığını ifade etmiştir. Belli bölgelerde kültürümüzde yüzyıllardır kilolu olmak güzel ve sağlıklı olmanın ya da gücün göstergesi olarak görülmektedir. 'bir dirhem et bin ayıp örter' atasözü bu düşüncenin ürünüdür. Çalışmamızda 119 obez katılımcının sadece 12'sinin kendisini obez (şişman) olarak görmesi ve normal kiloda olmasına (79 kişi) rağmen kilo alması gerektiğini düşünen 9 kişi olması da bölgesel kültürle açıklanabilir.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 55 (%20,3) kişinin hiç evlenmediği, 200 (%73,8) kişinin evli olduğu ve 16 (%5,9) kişinin de dul/boşanmış olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada 146 katılımcıdan 53'ünün hiç evlenmemiş olduğu (%36,3), 90'ının evli (%61,6) ve 3'ünün boşanmış (%2,1) olduğu bildirilmiştir (Oktay 2015).

Çalışmamızda katılımcıların % 8,9'unun ilkokulu bitirmediği Türkiye'de yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Türkiye'de 2015 yılında, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyenlerin toplam nüfusa oranı %5,4 iken bu oran erkeklerde %1,8, kadınlarda %9'dur (TÜİK 2016).

Çalışma durumları incelendiğinde katılımcıların %35,4'ü çalışıyor, %57,2'si çalışmıyor ve %7,4'ü emekliydi. Ankara'da yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılanların %65,1'inin hala çalıştığı, %3,4'ünün işten ayrıldığı, %2,7'sinin aralıklı olarak çalıştığı, %14,4'ünün öğrenci olduğu, %6,8'inin ise hiç çalışmadığı (%27,3 şu an çalışmıyor) ve %5,5'inin emekli olduğu rapor edilmiştir (Oktay 2015). Aradaki fark

Ankara'nın bürokrat ve memurların yoğun olarak yaşadığı bir kent olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda mYYBÖ 2.0'ın psikometrik özelliklerinin ölçüldüğü çalışmaya benzer şekilde cinsiyetler arasında semptom sayma veya eşik değer puanlama yöntemi açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Schulte 2017). Bu da ortada bir sorun varsa bunu cinsiyetlere indirgmeden bütüncül olarak ele almamız gerektiğini bize göstermektedir. Orijinal makalede eğitim seviyeleri arasında ölçekten alınan puan açısından fark bulunmamasına rağmen bizim çalışmamızda üniversite mezunlarının puanları daha düşük çıkmıştır.

mYYBÖ'nün değerlendirildiği orijinal makalede semptom sayma yöntemiyle elde edilen puanlarla yaş arasında anlamlı korelasyon bulunmamış ($r=-0,13, p=0,06$) (Schulte 2017) fakat YFAS 2.0'ın değerlendirildiği çalışmada bağımlılık puanlarıyla yaş arasında negatif yönlü, zayıf, anlamlı korelasyon ($r=-0,15, p<0,05$) bulunmuştur (Gearhardt 2016). Bizim çalışmamızda ise semptom sayma yöntemiyle elde edilen puanlarla yaş arasında anlamlı korelasyon bulunmayıp ($r=0,15, p>0,05$), bağımlı olanların bağımlılık şiddetleriyle de anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

BKİ düzeyi arttıkça ölçekten alınacak puanın artacağına öngörüldüğü bu çalışmada ölçekten alınan puanla BKİ ilişkisi anlamlı bulunmuş, obez bireylerde ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Obezlerin bir kısmında beyin ödül yollarının tıpkı madde veya alkol bağımlıları gibi şeker ve yağ oranı yüksek yiyeceklere duyarlı olduğunu gösteren yayınlar vardır (Levine et al. 2003, Colantuoni et al. 2002) (72,73). Bizim çalışmamızın katılımcılarının BKİ'leri zayıftan obeze doğru gittikçe belirli yiyeceklerin tüketim sıklığı artmış ve tükettiklerinde yaşadıkları duygular daha belirgin olmuş olabilir. Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de kutlama gibi haz verici etkinlikler yemeklerle özdeşleştirilmektedir. Yemek yeme, biyolojik ihtiyaçların karşılanması yanında, insanların birbiriyle kaynaştıkları, sohbet ettikleri, eğlendikleri, sevinç ve üzüntülerini paylaştıkları, kutlamalar yaptıkları ve böylece sosyal gereksinmelerini karşıladıkları bir olgudur. Ülkemizde de doğumgünü, düğünler, altın günü, işe başlama, işe veda kutlamaları, uzmanlık günü gibi kutlamalar genelde yüksek yağ ve şeker içerikli gıdalar eşliğinde gerçekleştirilmekte olup bu da yiyeceklerin haz verici mekanizmasını pekiştiriyor olabilir. Ayrıca karbonhidrat, tuz

ve yağ oranı yüksek işlenmiş gıdaların duygu durum düzenlenmesi üzerinde önemli bir etkisi vardır (D'Addario et al 2014). Tıpkı alkol veya uyuşturucu maddelerin depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalığı olan kişiler tarafından tedavi amaçlı kullanılması gibi lezzetli yiyecekler de olumsuz duygularla baş etmeye yardımcı araçlar olarak tüketiliyor olabilir. Ayrıca YB tıpkı bir alkol ya da sigara bağımlısının başarısız bırakma girişimleri gibi obez bireylerin başarısız diyet girişimlerinin nedeni olabilir.

Çalışmamızda sigara içme ve alkol tüketme durumlarıyla ölçekten alınan toplam puan arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni sigara içme ve alkol tüketiminin Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde yer alan fizyolojik ihtiyaçlar içerisinde yer almayıp yemeğin (açlık, susuzluk, cinsellik, oksijen, uyku) bu grupta bulunması ve insanların maddeye bağımlı olma eğilimlerinin yemeğe eşlik etmemesinin yemeği fizyolojik ihtiyaç olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ya da sigara içmenin iştahı azaltıcı etkisi, alkolün yüksek kalori içeriği nedeniyle yiyeceğe olan ihtiyacın azaltması bu sonucu oluşturmuş olabilir.

Ana yemek harici atıştırmaların sorgulandığı bir maddede günde 3'ten fazla atıştırmanın ölçek toplam puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çünkü genelde atıştırırken yediklerimiz bizim ölçekte 'belirli yiyecekler' olarak sıraladığımız yiyeceklerden oluşmaktadır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %8,49'u YB olup bu kişilerin 7'si (%30,4) hafif, 12'si (%52,2) orta ve 4'ü (%17,4) şiddetli YB idi. mYYBÖ 2.0'ın DSM IV'e uyarlanmış sürümüyle (Gearhardt 2009) ABD'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %15,8'i YB olup, %2,4'ü hafif, %1,9 orta ve %11,5'i şiddetli YB idi. mYYBÖ 2.0'ın geliştirildiği çalışmada %13,1 YB olanların %3,8'i hafif, %5,2'si orta ve %4,2'si şiddetli YB idi. Her ne kadar bizim çalışmamız ve ABD'de yapılan diğer iki çalışmanın da herhangi bir toplum kesimini temsil etme özelliği olmasa da, ABD toplumunda obezite prevalansının Türk toplumundan yüksek olması çalışmamızdaki YB kişilerin diğerlerinden daha düşük oranda bulunmasının nedeni olabilir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonunda Schulte ve Gearhardt tarafından DSM 5'teki tanı kriterleri yansıtılacak şekilde geliştirilen 'modified Yale food addiction scale version 2.0' Türkçe' ye uyarlanarak geçerlik güvenilirliği sınanmış, geçerli ve güvenilir olduğu saptanmış ve ölçeğin Türkçe'si 'Modifiye edilmiş Yale yeme bağımlılığı ölçeği sürüm 2.0 (mYYBÖ 2.0) olarak adlandırılmıştır.

mYYBÖ 2.0 'yeme bağımlılığı' taramalarında veri toplama aracı olarak kullanılabilir. YB kavramının tartışılmakta olduğunu göz önünde bulundurarak ölçekle elde edilecek sonuçların YB tanısı koydurmayacağını ancak bir uyarıcı olabileceğini ve obeziteden korunmayla ilgili araştırmalarda yol gösterici olabileceğini düşünüyoruz. Bununla birlikte YB'nin hastalık olduğu varsayıldığında ise mYYBÖ 2.0 ölçeği bizi tanıya götürebilecek objektif ve pratik bir araç olarak kabul edilebilir. Mevcut veriler Türkiye'nin bu gün olduğu gibi gelecekte de obezite ve ilişkili sağlık sorunlarıyla boğuşmak zorunda kalacağını göstermektedir. Bu nedenle obeziteden korunmada bu ve benzeri ölçeklerin Türkçe'ye kazandırılmasının faydalı olacağını düşünüyoruz.

Sigaranın zararlarının bilinmediği hatta faydalı olduğuna inanıldığı dönemler yaşanmış fakat sonuçta bilimsel çalışmalarla zararları ortaya konmuştur. Bir insanın yemeye bağımlı olabileceği bugün için ispatlanmış bir olgu değildir fakat YB kavramına temkinli yaklaşarak, 'ihtiyatlılık ilkesi' gereği, bu ve benzer ölçekleri kullanmanın bize kayıptan çok kazanç olarak geri döneceğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- Aksakoğlu G. (2006). Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. İzmir
- Alpar R. (2017). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. 5. Baskı. Detay yayıncılık.
- Alpar R.(2016). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 4. Baskı. Detay yayıncılık. Ankara
- Avena NM, Long KA, Hoebel BG. (2005). Sugar-dependent rats show enhanced responding for sugar after abstinence: evidence of a sugar deprivation effect. *Physiology & behavior*, 84(3):359-62.
- Avena NM, Rada P, Hoebel BG. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1):20-39.
- Bancroft J, Vukadinovic Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*. 41:225–234
- Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. (2012). Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1):S38.
- Belge M. (2016). Tarih Boyunca Yemek Kültürü. İletişim yayınları. 14. Baskı. İstanbul
- Blumenthal DM, Gold MS. (2010). Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13(4):359-65.
- Cocores JA, Gold MS. (2009). The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Medical hypotheses*, 73(6):892-9.
- Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Avena NM, Chadeayne A, et al. (2002). Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity research*, 10(6):478-88.
- Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Avena NM, Chadeayne A, et al. (2002). Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity research*. 10(6):478-88.

- Corsica JA, Pelchat ML. Food addiction: true or false? Current opinion in gastroenterology, 26(2):165-9.
- Chen PS, Yang YK, Yeh TL, Lee I-H, Yao WJ, Chiu NT, et al. (2008). Correlation between body mass index and striatal dopamine transporter availability in healthy volunteers—a SPECT study. *Neuroimage*, 40(1):275-9. 75
- D'Addario C, Di Bonaventura MM, Pucci M, Romano A, Gaetani S, Ciccocioppo R, et al. (2014). Endocannabinoid signaling and food addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 47:203-24.
- Dağ İ. (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 13:17-32.
- Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter J, Reid C, Curtis C, et al. (2008). Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: A case-control study of binge eating disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(3):620-8.
- Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197. Dec 10. [Epub ahead of print].
- Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197. Dec 10. [Epub ahead of print].
- DelParigi A, Chen K, Salbe AD, Reiman EM, Tataranni PA. (2005). Sensory experience of food and obesity: a positron emission tomography study of the brain regions affected by tasting a liquid meal after a prolonged fast. *Neuroimage*, 24(2):436-43.
- Egger O, Rauterberg M. (1996). Internet Behaviour and Addiction. Unpublished
- Epstein LH, Temple JL, Neaderhiser BJ, Salis RJ, Erbe RW, Leddy JJ. (2007). Food reinforcement, the dopamine D₂ receptor genotype, and energy intake in obese and nonobese humans. *Behavioral neuroscience*, 121(5):877.
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30: 211-16.
- Erkorkmaz Ü. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013;33(1)

- Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. (2014). Food Addiction Scale Measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *Am J Clin Nutr*, 99(3):578-586
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2):430-436.
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *American Psychological Association*, vol.30,no.1,113-121
- Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of general psychiatry*, 68(8):808-16.
- Gözüm S, Aksayan S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. Ölçek uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4:9-20.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5:3-14.
- Griffiths M. (1999). Internet addiction. *The Psychologist*; 12: 246-251
- Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. (2015). DSM 5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(4):448-460
- Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. (2015). DSM-5'de Alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*,7(4):449-450
- Güler S. (2010). Türk Mutfak Kültürü ve Yeme İçme Alışkanlıkları. *Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Hajnal A, Smith GP, Norgren R. (2004). Oral sucrose stimulation increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 286(1):R31-R7.
- Hasin DS, O'Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A et al. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170:834-851.
- Işık E. (2009). Erişkinlerde Klinik Psikofarmakoloji Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. (Eds E Işık, T Uzbay) İstanbul, Golden Medya Baskı. 20.

- Johnson PM, Kenny PJ. (2010). Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience*, 13(5):635-41.
- Karasar N. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. 25. Baskı. Ankara, Nobel Basım Evi, 125-133
- Köroğlu E. (2013). *DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*; s:234,235,237,238. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık
- Lent MR, Swencionis C. (2012). Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eating behaviors*, 13(1):67-70.
- Levine AS, Kotz CM, Gosnell BA. (2003). Sugars and fats: the neurobiology of preference. *The Journal of Nutrition*, 133(3):831S-4S.
- Levine AS, Kotz CM, Gosnell BA. (2003). Sugars and fats: the neurobiology of preference. *The Journal of Nutrition*, 133(3):831S-4S.
- Liang N-C, Hajnal A, Norgren R. (2006). Sham feeding corn oil increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 291(5):R1236-R9.
- Lutter M, Nestler EJ. (2009). Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of nutrition*, 139(3):629-32. master's thesis, Work & Organisational Psychology Unit (IfAP), Swiss Federal Institute of Technology (ETH), Zurich.
- O'Doherty JP, Deichmann R, Critchley HD, Dolan RJ. (2002). Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron*, 33(5):815-26.
- Oktay C. (1993). *Beden Kitle İndeksinin Yeme Bağımlılığı, Dürtüsellik, Depresyon ve Anksiyete ile İlişkisi*. BAÜ, Uzmanlık tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N Taşkıntuna)
- Öner N. (1987). *Kültürlerarası Ölçek Uyarlamasında Bir Yöntembilim Modeli*. *Psikoloji Dergisi*, 6(21);80-83.
- Öner N. (2009). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 520-525.
- Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 2009: 520-525.

- Öyeçkin DG. (2016). Yeme bağımlılığında tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Dergisi*, 6(3) 233-239
- Öyekçin DG, Deveci A. (2012). Yeme Bağımlılığının Etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2):138-153
- Özgüven İE. (2004). Psikolojik Testler. 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 110-113.
- Paolacci G, Chandler,J. (2014). Inside the turk understanding Mechanical Turk as a participant pool. *Current Directions in Psychological Science*, 23(3), 184-188.
- Pelchat ML. (2009). Food addiction in humans. *The Journal of nutrition*, 139(3):620-2.
- Rada P, Avena N, Hoebel B. (2005). Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the accumbens shell. *Neuroscience*, 134(3):737-44.
- Randolph TG. (1956). The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(2):198-224.
- Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. (2002). The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*, 36(2):199-211.
- Schulte EM, Gearhardt AN. (2017). Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Eur Eat Disord Rew*, 25(4):302-308.
- South T, Huang X-F. (2008). High-fat diet exposure increases dopamine D2 receptor and decreases dopamine transporter receptor binding density in the nucleus accumbens and caudate putamen of mice. *Neurochemical research*, 33(3):598-605.
- Tezbaşaran AA. (2008) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 3. Sürüm (e-kitap). Erişim:
http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. 5.Baskı Nisan 2017, s:11
- Uluğ B. (2007). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar Psikiyatri Temel Kitabı (Eds C Güleç, E Köroğlu) HYB Basım Yayın, Ankara, s. 161-172.

- Umberg EN, Shader RI, Hsu LG, Greenblatt DJ. (2012). From disordered eating to addiction: the —food drug in bulimia nervosa. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(3):376-89.
- Van Strien T, Snoek HM, Van der Zwaluw CS, Engels RC. (2010). Parental control and the dopamine D2 receptor gene (DRD2) interaction on emotional eating in adolescence. *Appetite*, 54(2):255-61.
- Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Thanos PK, Logan J, et al. (2008). Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage*, 42(4):1537-43.
- Wood G.L, Haber J. (2002). Reliability and validity. *In: Polit DF, Beck CT (eds). Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*, 1nd ed. St. Louis, Mosby. 311-330.
- Yakovenko V, Speidel ER, Chapman CD, Dess NK. (2011). Food dependence in rats selectively bred for low versus high saccharin intake. Implications for —food addiction. *Appetite*, 57(2):397-400. 74

EK 1. ÖLÇEĞİ UYARLAMA İZİNİ

On Thu, Jun 22, 2017 at 8:33 AM, Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr> wrote:

Dear Erica M. Schulte

I am writing to you regarding your article “Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0” published in Wiley Online Library 29 March 2017. If you grant us permission, we are planning to adapt the “Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0” that you created to Turkish language. We would be most grateful if you would look into this matter as soon as possible.

Best Regards,
Prof. H. Cetin Ekerbicer, MD
Sakarya University
School of Medicine
Department of Public Health
Sakarya/TURKEY

Re: Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0

gönderen: **Erica Schulte** <eorenste@umich.edu>

alıcı: Hasan Çetin Ekerbiçer
<hcekerbicer@sakarya.edu.tr>
cc: seydatok@sakarya.edu.tr

tarih: 22 Haziran 2017 16:24
Re: Development of the Modified Yale
konu: Food Addiction Scale Version 2.0

Dear Dr. Ekerbiçer,

Thank you for getting in touch. I appreciate your interest in this scale, and I believe that translation into the Turkish language would be a worthy endeavor. Please find the measure and scoring instructions attached. If you are planning to publish this eventually, I would be happy to read through the manuscript or review data analyses in exchange for being included as an author. Please let me know if you have any questions.

Best,
Erica
Erica M. Schulte, M.S.
Doctoral Candidate in Clinical Psychology
Department of Psychology
University of Michigan
2257 East Hall
530 Church Street
Ann Arbor, Michigan 48109-1043

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

02/10/2017-E.14712



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/200
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlişi : 15.08.2017 tarihli 185 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Yale Food Addiction Scale Version 2.0" ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvurduğu dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
02.10.2017

Denetim Doğrulama İçin : https://293.146.253.212/revizyon_sorgula/belgeDogrulama.aspx?Y=88692024

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocaoslu Kampüsü, Kocayük, Adapazarı/Sakarya
Tel:084 295 6630 Faks:084 295 6632
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Adı :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5079 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

DÜZENLENMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ VERSİYON 2.0 MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE VERSION 2.0

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla ait yeme alışkanlıklarınızı sormaktadır. İnsanlar bazen BELİRLİ YİYECEKLERDEN ne kadar yediğini kontrol etmekte güçlük çekerler. Örneğin:

- Dondurma, çikolata, tatlı çörek, kurabiye, kek, şeker gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, sandviç ekmeği, makarna ve pirinç gibi nişastalar
- Cips, simit ve kraker gibi tuzlu atıştırmalıklar
- Biftek, pastırma, hamburger, çizburger, pizza ve patates kızartması gibi yağlı gıdalar
- Soda, limonata, spor içecekleri ve enerji içecekleri gibi şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde lütfen yukarıda listelenenlere benzer herhangi bir yiyecek veya içeceği veya son bir yılda sorun yaşadığınız “DİĞER” yiyecekleri düşünün.

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling how much they eat of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop, lemonade, sports drinks, and energy drinks

When the following questions ask about “CERTAIN FOODS” please think of ANY foods or beverages similar to those listed in the food or beverage groups above or ANY OTHER foods you have had difficulty with in the past year.

Hiç	2-3 ayda bir	Ayda bir	Ayda 2-3 kere	Haftada bir	Haftada 2-3 kez	Haftada 4-6 kez	Her gün
Never	Less than monthly	Once a month	2-3 times a month	Once a week	2-3 times a week	4-6 times a week	Every Day

		Türkçe çevirisi			
		Uygun	Hafifçe gözden geçirilmeli	Ciddi olarak gözden geçirilmeli	Uygun değil
İfade 1.	Kendimi fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum. I ate to the point where I felt physically ill				
Önerileriniz:					
İfade 2.	Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ya da yorgun hissederek geçiriyorum. I spent a lot of time feeling sluggish or tired from overeating.				
Önerileriniz:					
İfade 3.	Yemeği aşırı kaçıracağımı düşünerek katılmaktan kaçındığım iş, okul faaliyetleri ya da sosyal aktiviteler oluyor. I avoided work, school or social activities because I was afraid I would overeat there.				
Önerileriniz:					
İfade 4.	Belirli yiyecekleri yemediğimden dolayı mutsuz olacaksam, kendimi daha iyi hissetmek için o yiyecekleri yiyorum. If I had emotional problems because I hadn't eaten certain foods, I would eat those foods to feel better.				
Önerileriniz:					

İfade 5.	Yeme davranışım bende çok fazla gerginliğe neden oluyor. My eating behavior caused me a lot of distress.				
Önerileriniz:					
İfade 6.	Yaşamımda yiyecek ve yemek konusunda önemli sorunlar yaşıyorum. Bunlar arasında günlük hayat, iş, okul, arkadaşlar, aile ya da sağlığı içeren problemleri sıralayabilirim. I had significant problems in my life because of food and eating. These may have been problems with my daily routine, work, school, friends, family, or health.				
Önerileriniz:					
İfade 7.	Aşırı yemek, ailemle ilgilenmemi ya da ev işlerimi yapmamı engelliyor. My overeating got in the way of me taking care of my family or doing household chores.				
Önerileriniz:					
İfade 8.	Yemek yemem duygusal problemlere sebep olmasına rağmen aynı şekilde yemeğe devam ediyorum. I kept eating in the same way even though my eating caused emotional problems.				
Önerileriniz:					
İfade 9.	Aynı miktarda yemek bana eskiden olduğu kadar keyif vermiyor. Eating the same amount of food did not give me as much enjoyment as it used to.				
Önerileriniz:					

İfade 10.	Belirli yiyecekleri yemek konusunda başka hiçbir şeyi düşünemeyecek kadar kuvvetli isteğim oluyor. I had such strong urges to eat certain foods that I couldn't think of anything else.				
Önerileriniz:					
İfade 11.	Bazı yiyecekleri yemeği azaltmayı ya da bırakmayı deneyip başarısız oluyorum. I tried and failed to cut down on or stop eating certain foods.				
Önerileriniz:					
İfade 12.	Yemek yemeyi düşünmek dikkatimi o kadar dağıtıyor ki bu yüzden zarar görebilirdim (örn; araba kullanırken, karşıdan karşıya geçerken, makine çalıştırırken). I was so distracted by eating that I could have been hurt (e.g., when driving a car, crossing the street, operating machinery).				
Önerileriniz:					
İfade 13.	Ailem ve arkadaşlarım aşırı yemem konusunda endişe yaşıyorlar. My friends or family were worried about how much I overate.				
Önerileriniz:					

EK 4. GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

1. Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

2. Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

3. Doç. Dr. Esra YAZICI

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

4. Prof. Dr. Atila Erol

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

5. Doç. Dr. Nermin AKDEMİR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

6. Uzm. Dr. Hasret CENGİZ

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

EK 5. MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE VERSION 2.0

Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling how much they eat of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop, lemonade, sports drinks, and energy drinks

When the following questions ask about "CERTAIN FOODS" please think of ANY foods or beverages similar to those listed in the food or beverage groups above or ANY OTHER foods you have had difficulty with in the past year

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Less than monthly	Once a month	2-3 times a month	Once a week	2-3 times a week	4-6 times a week	Every Day
1. I ate to the point where I felt physically ill	0	1	2	3	4	5	6	7
2. I spent a lot of time feeling sluggish or tired from overeating.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. I avoided work, school or social activities because I was afraid I would overeat there.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. If I had emotional problems because I hadn't eaten certain foods, I would eat those foods to feel better.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. My eating behavior caused me a lot of distress.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. I had significant problems in my life because of food and eating. These may have been problems with my daily routine, work, school, friends, family, or health.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. My overeating got in the way of me taking care of my family or doing household chores.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. I kept eating in the same way even though my eating caused emotional problems.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Eating the same amount of food did not give me as much enjoyment as it used to.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. I had such strong urges to eat certain foods that I couldn't think of anything else.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. I tried and failed to cut down on or stop eating certain foods.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. I was so distracted by eating that I could have been hurt (e.g., when driving a car, crossing the street, operating machinery).	0	1	2	3	4	5	6	7
13. My friends or family were worried about how much I overate.	0	1	2	3	4	5	6	7

EK 6. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0 (mYYBÖ 2.0)

Düzenlenmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla ait yeme alışkanlıklarınızı sormaktadır. İnsanlar bazen BELİRLİ YİYECEKLERDEN ne kadar yediğini kontrol etmekte güçlük çekerler. Örneğin:

- Dondurma, çikolata, tatlı çörek, kurabiye, kek, pasta, şeker gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, sandviç ekmeği, bazlama, makarna ve pirinç gibi nişastalı gıdalar
- Cips, simit ve kraker gibi tuzlu atıştırmalıklar
- Biftek, pastırma, hamburger, çizburger, pizza, pide, lahmacun, dürüm, börek ve patates kızartması gibi yağlı yiyecekler
- Soda, limonata, spor içecekleri, enerji içecekleri ve kola gibi şekerli içecekler.

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde lütfen yukarıda listelenenlere benzer herhangi bir yiyecek veya içeceği veya son bir yılda sorun yaşadığınız “DİĞER” yiyecekleri düşünün.

SON 12 AYDA	Hiç	2-3 ayda bir	Ayda bir	Ayda 2-3 kere	Haftada bir	Haftada 2-3 kez	Haftada 4-6 kez	Her gün
1. Kendimi fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum.								
2. Zamanımın önemli bir kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi halsiz ya da yorgun hissederek geçiriyorum.								
3. Yemeği aşırı kaçıracağım korkusuyla iş, okul veya sosyal aktivitelere gitmekten kaçındığım oluyor.								
4. Belirli yiyecekleri yemediğim için olumsuz duygular yaşayacaksam, kendimi daha iyi hissetmek için o yiyecekleri yiyorum.								
5. Yeme davranışım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.								
6. Yaşamımda yiyecek ve yemek konusunda önemli sorunlar yaşıyorum ve bunlar benim günlük hayatımda, işimde, okulumda, arkadaş ilişkilerimde, aile hayatımda veya sağlığımda sorunlar oluşturabiliyorlar.								
7. Aşırı yemek, ailemle ilgilenmemi ya da ev işlerimi yapmamı engelliyor.								
8. Yemek yemem duygusal sorunlara neden olmasına rağmen aynı şekilde yemeğe devam ediyorum.								
9. Aynı miktarda yemek bana eskiden olduğu kadar keyif vermiyor.								
10. Belirli yiyecekleri yemek konusunda başka hiçbir şeyi düşünmeyecek kadar kuvvetli isteğim oluyor.								
11. Bazı yiyecekleri yemeyi azaltmayı ya da bırakmayı deneyip başarısız oldum.								
12. Yemek yemeyi düşünmek dikkatimi o kadar dağıtıyor ki bu yüzden zarar görebilirdim (örn; araba kullanırken, karşıdan karşıya geçerken, makine çalıştırırken).								
13. Ailem ve arkadaşlarım aşırı yemem konusunda endişe yaşıyorlar.								

EK 7. SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR ANKETİ

Değerli katılımcı bu anket Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Anketin amacı kişilerin yeme alışkanlıklarını, belirli yiyeceklere karşı ilgisini ve yemeyle ilgili risk faktörlerini belirlemektir. Araştırma bilimsel olduğundan bilgileriniz gizli tutulacaktır. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra size en uygun tek cevabı işaretleyiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi

Prof. Dr. Hasan Ç. EKERBİÇER

Arş. Gör. Şeyda TOK

SÜTF Halk Sağlığı AD.

Tel: (0264)2953134

Telefon:

1) Boy:

2) Kilo:

3) Cinsiyetiniz

1) Kadın 2) Erkek

4) Doğum yılınız.....

5) Medeni durumunuz nedir?

(1) Evli (2) Dul (3) Ayrı yaşıyor

(4) Boşanmış (5) Hiç evlenmemiş

6) Eğitim durumunuz

(1) Okur yazar değil

(2) Okur yazar

(3) İlkokul mezunu

(4) Ortaokul mezunu

(5) Lise mezunu

(6) Yüksekokul/ Fakülte

(7)Yüksek Lisans/ Doktora mezunu

7) Çalışma durumunuz nedir?

(1) Çalışmıyorum

(2) Çalışıyorum

(3) İşten ayrıldım

(4) Emekliyim

8) Evinize giren aylık toplam gelir ne kadardır? Hanede yaşayan kişi sayınız nedir?

(1) 0-1600 TL/.....

(2) 1601-3000 TL/.....

(3) 3001-5000TL/.....

(4)TL/.....

9) Sigara içiyor musunuz?

(1) Hiç içmedim

(2) Denedim

(3) Ara sıra içiyorum

(4) Sık ve düzenli içiyorum

(5) İçiyordum bıraktım

10) Alkol kullanıyor musunuz?

- (1) Hiç kullanmadım
- (2) Denedim
- (3) Ara sıra kullanıyorum
- (4) Her gün kullanıyorum
- (5) Kullanıyordum bıraktım

11) Gece ortalama kaç saat uyursunuz?

- (1) 1-5 saat
- (2) 6-8 saat
- (3) 9 saat ve üzeri

12) Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

- (1) Hayır
- (2) Evet.....(teşhisi yazınız)
Hipertansiyon, diyabet, dislipidemi (kolesterol) ,kalp hastalığı.....

13) **Su anda** tedavi gördüğünüz herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

- (1) Hayır
- (2) Evet.....(teşhisi yazınız)

14) Her gün düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- (1) hayır
- (2) evet.....(ilacı yazınız)

15) Gün içinde ana yemek harici atıştırma sayınız nedir?

- (1) hiç atıştırmam
- (2) bir-üç kez
- (3) üçten fazla

16) Şuanki kilonuzu nasıl değerlendiriyosunuz?

- (1) Zayıf
- (2) Normal
- (3) Fazla kilolu
- (4) Obez (şişman)

17) Kilonuzdan ne derece memnunsunuz?

- (1) Hiç memnun değilim
- (2) Memnun değilim
- (3) Memnunum
- (4) Çok memnunum

18) Son bir yıl içinde kilo vermek için girişiminiz oldu mu?

- (1) Hiç olmadı
- (2) Birkaç kez denedim
- (3) Sürekli diyet halindeyim

19) Son bir yıl içerisinde diyet yaptıysanız türü nedir?

- (1) Hiç yapmadım
- (2) Zayıflama diyeti
- (3) Kilo koruma diyeti
- (4) Diyabetik diyet

Teşekkür ederiz...

EK 8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Şeyda TOK

Doğum yeri ve tarihi: Trabzon/17.04.1984

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: seydaseydahs@gmail.com 0 546 2250061

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2015-2018: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2013-2015: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2012-2012: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

2002-2009: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Araştırma Görevlisi: 2012-....

IV- Mesleki Deneyimi

2009-2010 Niğde Şehit Abdullah Yüksel Sağlık Ocağı

2010-2011 Niğde Çiftlik İlçe Devlet Hastanesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Epidemiyoloji, Çocuk sağlığı

Yayımları:

Tok Ş, Şerik B, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, Bedir N, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.39-46

Altındış S, **Tok Ş**, Aslan FG, Adıgüzel M, Ekerbiçer HÇ, Altındış M. (2017). Üniversite Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.125-130

Bedir N, Ekerbiçer HÇ, İnci MB, Köse E, Karatepe TU, Demirbaş M, Karabel MP, Erdoğan N, **Tok Ş**, Kibar F, Sancar Ö. (2017). Sakarya'da Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Algı Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.187-195

Köse E, Erdoğan N, Bedir N, Demirbaş M, İnci MB, Karabel MP, **Tok Ş**, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2018). Sakarya'nın Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumların İncelenmesi. Cilt:8 s.80-89

Elmas B, **Tok Ş**, Özdemir Ö. (2016). Akut ishallerde çocuklarda ishal etkenleri ve doğal probiyotiklerle ilişkisi. Türkiye milli pediatri kongresi bildiri kitabı. Sözel bildiri. Antalya s.24
Tok Ş, Erdoğan N, Bedir N, Köse E, İnci MB, Demirbaş M, Karabel MP, Aktan F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Üniversite öğrencileri akıllı telefona bağlıyor mu? 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.463

Tok Ş, Bilal Ş, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, Bedir N, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya'da aile sağlığı merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.406

Elmas B, **Tok Ş**, Özdemir Ö. (2017). Akut ishallerde çocuklarda ishal etkenleri ve doğal probiyotiklerle ilişkisi. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.327

Erdoğan N, Karabel MP, **Tok Ş**, Bedir N, Köse E, İnci MB, Demirbaş MB, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.405

İnci MB, Muratdağı G, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, Bedir N, Erdoğan N, Karabel MP, Kibar F, **Tok Ş**, Köse E, Sancar Ö, Karatepe TU. Sakarya ili Serdivan ilçesinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeyleri ve bu düzeylerle ilişkili faktörler (2017). 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.460

Köse E, Bedir N, Erdoğan N, Demirbaş M, İnci MB, Karabel MP, **Tok Ş**, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2012). İl merkezine uzak bir ilçede akılcı ilaç kullanımı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.245

Altındış S, **Tok Ş**, Aslan FG, Adıgüzel M, Ekerbiçer HÇ, Altındış M. (2017). Üniversite Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresi bildiri kitabı. Antalya s.61,62