T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS

YEME BOZUKLUĞU HASTALARINA BAKIM VERENLERİN HASTALIĞA UYUMU VE HASTALIĞIN BAKIM VERENLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: İKİ ÖLÇEK UYARLAMASI

Merve OĞUR

2501191119

TEZ DANIŞMANI
Dr. Nermin Taşkale

İSTANBUL-2023

ÖZ

YEME BOZUKLUĞU HASTALARINA BAKIM VERENLERİN HASTALIĞA UYUMU VE HASTALIĞIN BAKIM VERENLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: İKİ ÖLÇEK UYARLAMASI

MERVE OĞUR

Yeme bozuklukları hem hastalar hem de onlara bakım verenler üzerinde önemli zorluklar oluşturmaktadır. Bakım verenler hastalık sürecinin getirdiği değişikliklere uyum göstermekte zorlanmakta ve psikososyal açıdan etkilenmektedirler. Bakım verenlerin hastalık sürecinde nasıl davranmaları gerektiğine yönelik kafa karışıklığı yaşamaları hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır. Bakım verenlerin bu davranışları hastalığı sürdürücü işlev gösterebilmektedir. Bu nedenle hastalık sürecinde hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisini değerlendirmek, uyum (accommodation) ve kolaylaştırıcı (enabling) davranışlarını incelemek hem hastalara hem de bakım verenlere olumlu katkı sunacaktır. Bu çalışmada Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğinin (YBHUKSÖ) ve Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin (YBBEÖ) Türkçeye uyarlaması amaçlanmıştır. Sorumlu yazarlardan gerekli izin alındıktan sonra ölçeklerin dil uyarlama basamakları gerçekleştirilmiştir. Çalışmada bakım verenlere Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formu, Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ), Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ), Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ), Genel Sağlık Anketi (GSA-12), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği (SİÖ) uygulanmıştır. Ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizleri toplamda 170 katılımcıdan toplanan veriler üzerinde gerçekleştirilmiştir. YBHUKSÖ'nün madde analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda 20 maddeli ve Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Kaçınma ve Rutini Değiştirme, Aile Kontrolü olmak üzere dört faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu model Doğrulayıcı Faktör Analizi ile sınanarak modelin genel olarak kabul edilebilir

uyum istatistikleri sunduğu görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları .80 (Güven Arayışı) ile .88 (Toplam) arasında değişmektedir. YBHUKSÖ'nün ölçüt bağıntılı geçerliği kapsamında yakınsak geçerliği için HADÖ, BVYÖ ve DDÖ; ıraksak geçerliği için ADÖ'nün alt testleri ve SİÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir. Ayırt Edici Geçerlik için demografik bilgi formundaki değişkenler kullanılmıştır.

YBBEÖ için yürütülen madde analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi sonrasında ise 15 maddeli ve Düzensiz Davranış ve Beslenme, Suçluluk, Sosyal İzolasyon olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu model Doğrulayıcı Faktör Analizi ile sınanarak modelin genel olarak kabul edilebilir uyum istatistikleri sunduğu görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları .76 (Suçluluk) ile .87 (Toplam) arasında değişmektedir. YBBEÖ'nün ölçüt bağıntılı geçerliği kapsamında yakınsak geçerliği için GSA-12, KİDÖ, BVYÖ; ıraksak geçerliği için ADÖ'nün alt testleri ve SİÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir. Ayırt Edici Geçerlik analizinde demografik bilgi formundaki değişkenler kullanılmıştır.

Sonuç olarak, yapılan uyarlama çalışması, YBHUKSÖ'nün yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalığa uyumlarını ve hastalığı kolaylaştırıcı davranışlarını değerlendiren; YBBEÖ'nün yeme bozukluğunun bakım verenler üzerindeki olumsuz etkisini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğuna yönelik önemli bulgular ortaya koymuştur. Ancak çalışmada sunulan bulgular incelenirken katılımcı sayısının düşük olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir ve ileriki çalışmalarda daha geniş örneklemler üzerinde analizlerin yeniden yürütülmesi önerilmektedir. Uyarlanan bu ölçeklerin yeme bozukluğu hastalarına bakım verenlerin hastalık süreci deneyimlerinin anlaşılması, hastalık sürecinin bakım verenler üzerindeki etkileri ve bakım verenlerin bu süreçteki davranışlarının araştırılmasına yönelik pratik bir ölçüm sağlayacağı düşünülmektedir. Böylelikle bakım verenlerin etkin bir biçimde tedavi sürecine katılabilecekleri, hastalar, bakım verenler ve tedavi ekibi arasında iş birliğinin kurulabileceği umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yeme bozukluğu, bakım verme, bakım yükü, hastalığa uyum ve kolaylaştırma, bakım verenlerde belirti etkisi

ABSTRACT

CAREGIVERS' ACCOMMODATION TO THE ILLNESS AND THE EFFECTS OF THE ILLNESS ON CAREGIVERS IN EATING DISORDER PATIENTS: ADAPTATION OF TWO SCALES

MERVE OĞUR

Eating disorders create significant challenges to both patients and their caregivers. Caregivers have difficulty in adapting to the changes that occur during the disease process and they get affected psychosocially. Caregivers experience confusion about how they should behave during the illness and this situation causes them to develop accommodation and enabling behaviors. These caregiver behaviors may lead to maintaining the disease. For this reason, evaluating the effects of the disease on caregivers during the disease process and examining their accommodation and enabling behaviors will make a positive contribution to both patients' and caregivers' experiences. In this study, it is aimed to adapt the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) and the Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) to the Turkish culture. Permission for the study was obtained from the corresponding author, and then the language adaptation steps were carried out. In the study, the Sociodemographic, Personal and Clinical Information Form, the AESED, the EDSIS, the Family Evaluation Scale (FES), Caregiver Burden Scale (CBS), Expressed Emotion Scale (EES), the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Functioning Assessment Short Test (FAST), and the Two Dimension Social Desirability Scale (TSDS) were applied to caregivers. The validity and reliability analyses of the scales were performed with the data collected from 170 participants in total. The results of the item and exploratory factor analysis revealed a 20-item and four-factor structure for AESED. The factor names were Reassurance Seeking, Meal Ritual, Avoidance and Modifying Routine, Control of Family. This model was tested with Confirmatory Factor Analysis and acceptable fit statistics were obtained. The Cronbach alpha coefficients of the scale varied between .80 (Reassurance Seeking) and .88 (Total). The correlation coefficients with the HADS, the CBS and the EES scores were examined for the convergent validity of the AESED. For the divergent validity of the

AESED, the relationships between the FES and the TSDS scores were examined. Variables in the demographic information form were used in discriminant validity.

As for the EDSIS, the results of the item and exploratory factor analysis revealed a 15-item and three-factor structure. Factor names were Dysregulated Behavior and Nutrition, Guilt, and Social Isolation. This model was tested with Confirmatory Factor Analysis and acceptable fit statistics were obtained. The Cronbach alpha coefficients of the scale varied between .76 (Guilt) and .87 (Total). The Correlation coefficients with the CBS, the GHQ-12, and the FAST scores were examined for the convergent validity of the EDSIS. For the divergent validity of EDSIS, the relationships with FES and TSDS scores were examined. Variables in the demographic information form were used in discriminant validity.

In sum, the scale adaptation study revealed important results indicating that the AESED evaluates the accommodation and enabling behaviors of caregivers of eating disorder patients and that the EDSIS is a valid and reliable scale that measures the negative impact of eating disorder on caregivers. However, the low number of participants should be considered when examining the findings presented in the study. These adapted scales are expected to provide a practical measure to understand the experiences of caregivers of eating disorder patients, the effects of the disease process on caregivers, and the behaviors of caregivers in this process. Thus, it is hoped that caregivers will be able to participate effectively in the treatment process, and a cooperation will be established between patients, caregivers, and the treatment team.

Key Words: eating disorder, caregiving, caregiving burden, accommodation and enabling illness, symptom effect in caregivers

ÖNSÖZ

Pek çok yaşantı ve gözlem sonucunda ortaya çıkan tez çalışmamın benim için anlamı üç buçuk senelik emeğin çok ötesinde. Bu emeğe birçok açıdan katkı sunan kişilere teşekkürü borç bilirim. Şimdi geriye dönüp baktığımda benim üzerimdeki emeklerine minnettar olduğum, henüz lisans ikinci sınıf öğrencisiyken yoluma ışık tutan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, desteğini her daim hissettiğim, yardımseverliğine ve sabrına hayran kaldığım Prof. Dr. Özlem Sertel Berk'e,

Tanıdığım ilk günden beri elimden tutan, içtenliği ve naifliğiyle her daim yanımda olan, bana olan güvenini içtenlikle hissettiren, sayısız imkân sunup yeme bozukluğu alanındaki çalışmalarıma alan açan, hayatımın zorlu zamanlarındaki yardımları gözlerimi dolduran Prof. Dr. Başak Yücel'e,

Tez sürecimde beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, tezimin her detayı ile ilgilenen, bakış açımı genişleten, neyi nasıl yapacağımı tane tane anlatarak bu zorlu süreci benimle paylaşan biricik tez danışmanım Dr. Nermin Taşkale'ye,

İstanbul Üniversitesi kapısından içeri girdiğimden beri bana çok şey öğreten tüm hocalarıma ve bir parçası olmaktan gurur duyduğum Klinik Sağlık Ekibine,

Tez savunmamda yer almayı kabul ederek zaman ayıran değerli jüri üyesi hocalarıma,

Yüksek lisansa başladığım günden beri sınıf arkadaşlığının çok ötesinde ilişki kurduğum, bana ekip ruhunu sonuna kadar hissettiren ve güç veren yüksek lisans ekibimiz Tuğçe, Gülşah ve Ömer'e,

Çalışmaya başladığımız ilk günden beri özverisiyle ve çalışkanlığıyla beni derinden etkileyen, tez sürecimde çok zorlandığım noktalarda yardımıma koşan sevgili Yeşim Bilgen'e,

Ölçeklerin dil uyarlama basamaklarını gerçekleştirirken yardımlarını esirgemeyen, geri bildirimleriyle teze çok önemli katkılar sunan uzmanlar Mahmut

Serhan Altan, Uğur Üzer, Kate M. Ferguson, Hacer Nur Yıldırım, Nalan Çelo, Esat Acıkuyu ve canım arkadaşım Hamdullah Tunç'a,

Tez veri toplama sürecinde bana destek olan Elif Cihan ve Betül Akar'a,

Bu zorlu yolculuklarında yakınlarıyla görüşmeme izin veren tüm yeme bozukluğu hastalarına,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden, deneyimlerini paylaşan, tezdeki teorik bilgilere zenginlik katan tüm bakım verenlere,

Beraber çalıştığımız süre boyunca her daim yanımda olan, birlik olmanın önemini yeniden öğreten başta Lütfü, Emel ve Fahir olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Varlıklarıyla hayatımı güzelleştiren, zorlukları çekilebilir kılan, bu süreçte tüm kahrımı çeken, yapabileceğime olan inançlarıyla hep yanımda olan başta Sura, Anıl, Sabit, Ali Akın, Ali Furkan, Tolunay ve Tarık olmak üzere tüm canım arkadaşlarıma,

Hayattaki en büyük şansım olarak nitelediğim, maddi manevi bütün imkanlarını hedeflerimi gerçekleştirebilmem için önüme seren, her düştüğümde elimden tutan, mezun olduktan sonra benden beklenti içine girmeyip hayallerime ulaşmam için yanımda olan sevgili annem, babam, biricik ablam, Doğancan Abim, Yüksel Ailesi ve en büyük ilham kaynağım Orhan Dedem'e çok teşekkür ederim.

İyi ki varsınız.

İstanbul 2023

Merve OĞUR

İÇİNDEKİLER

ÖZ……... iii

ABSTRACT……... ivi

ÖNSÖZ……... vii

TABLOLAR LİSTESİ…….. xii

ŞEKİLLER LİSTESİ……... xiv

KISALTMALAR LİSTESİ…….. xv

GİRİŞ……. 1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Yeme Bozuklukları……. 4

1.1.1. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma…… 4

1.1.1.1. Pika…….... 5

1.1.1.2.Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)……. 5

1.1.1.3.Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu…… 6

1.1.1.4.Anoreksiya Nervoza (AN)……. 6

1.1.1.5.Bulimiya Nervoza (BN)……. 7

1.1.1.6.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)……. 8

1.1.1.7.Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDBBYB)……. 9

1.1.1.8.Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TBYB)…… 9

1.1.2. Yeme Bozukluklarında Yaygınlık…… 9

1.1.3. Yeme Bozukluklarında Nedensel Açıklamalar…… 13

1.1.3.1. Biyogenetik Açıklamalar…… 13

1.1.3.2. Psikolojik Açıklamalar…… 14

1.1.3.2.1. Psikanalitik Açıklamalar…… 15

1.1.3.2.2. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar…… 16

1.1.3.3. Sosyokültürel Açıklamalar……. 17

1.1.3.4. Bakım Verenlerin/Ailenin Rolüne İlişkin Açıklamalar…… 18

1.1.3.4.1. Bakım Verenlerin/Ailenin Rolüne İlişkin Farklı Kuramsal Açıklamalar…… 20

1.1.4. Yeme Bozukluklarında Tedavi…… 21

1.1.4.1.Tedavi Ortamı…….. 22

1.1.4.1.1. Yataklı Servis Tedavisi……. 22

1.1.4.1.2. Hastane Dışı/Ev Tipi Merkezlerde Yatılı Tedavi (Residential Treatment)……. 23

1.1.4.1.3. Kısmi Hastane Tedavisi / Gündüz Hastanesi (Partial Hospitalization)…….. 23

1.1.4.1.4. Ayaktan Tedavi…… 24

1.1.4.2. Tedavinin İçeriği…….. 24

1.1.4.2.1. Medikal Tedavi……. 24

1.1.4.2.2. Beslenme Tedavisi……. 25

1.1.4.2.3. Psikolojik Tedaviler…….. 25

1.1.4.2.3.1. Bireysel Tedaviler…… 25

1.1.4.2.3.2. Yeme Bozukluklarında Aile Terapileri……..... 26

1.2.Yeme Bozukluğu Hastalık Sürecinde ve Tedavide Ailenin/Bakım Verenlerin Rolü ve Önemi: Aile Uyumu ve Bakım Verme Yükü……. 29

1.2.1. Yeme Bozukluklarında Aile Uyumu (Family Accomodation)….. 31

1.2.2. Yeme Bozukluklarında Bakım Verme ve Bakım Yükü……. 34

1.2.3. Yeme Bozukluklarında Aile Uyumu ve Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi……..... 38

1.2.3.1. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği……... 39

1.2.3.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği……... 41

İKİNCİ BÖLÜM

AMAÇ VE HİPOTEZ

2.1. Amaç ve Hipotez……. 44

2.1.1. Genel Hipotezler…… 45

2.1.2. İşlemsel Hipotezler……

2.1.2.1. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirliği İçin Hipotezler…… 45

2.1.2.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirliği İçin Hipotezler……... 47

2.2. Araştırmanın Katkıları……... 49

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Katılımcılar…… 51

3.2. Araştırma Materyalleri…….. 53

3.2.1. Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formu…… 53

3.2.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ)…… 53

3.2.3. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)…….. 54

3.2.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)…… 54

3.2.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)…… 55

3.2.6. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)…… 55

3.2.7. Genel Sağlık Anketi (GSA-12)…….. 56

3.2.8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)…….. 56

3.2.9. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)…… 57

3.2.10. İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği (SİÖ)……. 57

3.3. İŞLEM……. 58

3.4. VERİ ANALİZİ…….. 59

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları…….. 63

4.1.1. YBHUKSÖ'nün Madde Analizi Bulguları……. 63

4.1.2. YBHUKSÖ'nün Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları…….. 63

4.1.3. YBHUKSÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları……. 67

4.1.4. YBHUKSÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Bulguları……. 69

4.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin (YBBEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları…….. 72

4.2.1. YBBEÖ'nün Madde Analizi Bulguları…… 72

4.2.2. YBBEÖ'nün Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları……. 72

4.2.3. YBBEÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları…… 75

4.2.4. YBBEÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Bulguları……... 77

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

5.1.Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi……... 83

5.2.YBHUKSÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularına Yönelik Tartışma……. 85

5.2.1.YBHUKSÖ'nün Madde Analizi, AFA ve DFA Bulguları Tartışması…… 85

5.2.2. YBHUKSÖ'nün Güvenirlik Analizi Bulguları Tartışması…… 90

5.2.3. YBHUKSÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Analizi Bulguları Tartışması……. 91

5.3. YBBEÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularına Yönelik Tartışması…… 93

5.3.1. YBBEÖ'nün Madde Analizi, AFA ve DFA Bulguları Tartışması. 93

5.3.2. YBBEÖ'nün Güvenirlik Analizi Bulguları Tartışması…….. 98

5.3.3. YBBEÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Analizi Bulguları Tartışması…….. 99

5.4.Araştırmanın Sınırlılıkları……... 101

5.5.Öneriler……. 103

KAYNAKÇA……. 105

EKLER…….. 131

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Yeme bozukluğu hastalarının ve bakım verenlerinin demografik bilgileri……... 51

Tablo 3.2. Pilot çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin demografik bilgileri……... 58

Tablo 3.3. Yapısal eşitlik modeli araştırmalarında kullanılan uyum istatistiklerine ilişkin bazı iyi ve kabul edilebilir uyum ölçütleri…….. 61

Tablo 4.1. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğinin faktör yükü, madde-toplam korelasyon ve ortak varyanslarına ilişkin bulgular……... 65

Tablo 4.2. YBHUKSÖ ve faktörlerinin tanımlayıcı istatistikleri ile güvenirlik katsayıları……. 66

Tablo 4.3. YBHUKSÖ'nün yapılar arası korelasyonları 66

Tablo 4.4. YBHUKSÖ'nün örtük değişkenler arasındaki ilişki…… 68

Tablo 4.5. YBHUKSÖ'nün uyum iyiliği istatistikleri…….. 68

Tablo 4.6. YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları……... 69

Tablo 4.7. YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları……... 70

Tablo 4.8. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları……. 71

Tablo 4.9. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin faktör yükü, madde-toplam korelasyon ve ortak varyanslarına ilişkin bulgular…… 74

Tablo 4.10. YBBEÖ ve faktörlerinin tanımlayıcı istatistikleri ile güvenirlik katsayıları…… 74

Tablo 4.11. YBBEÖ'nün yapılar arası korelasyonu…….. 75

Tablo 4.12. YBBEÖ'nün örtük değişkenler arasındaki ilişki…… 76

Tablo 4.13. YBBEÖ'nün uyum iyiliği istatistikleri……... 77

Tablo 4.14. YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları……... 78

Tablo 4.15. YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları……. 79

Tablo 4.16. YBBEÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları……. 80

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Aile uyumunun yol açtığı olumsuz pekiştirme döngüsü…… 33
Şekil 4.1. YBHUKSÖ'nün saçılım grafiği……. 64
Şekil 4.2. YBHUKSÖ'nün ölçüm modeli…….. 67
Şekil 4.3. YBBEÖ'nün saçılım grafiği…….. 73
Şekil 4.4. YBBEÖ'nün ölçüm modeli…… 76

KISALTMALAR LİSTESİ

ADÖ	:	Aile Değerlendirme Ölçeği
AFA	:	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	:	Düzeltilmiş Uygunluk indeksi
AN	:	Anoreksiya Nervoza
APA	:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	:	Bulimiya Nervoza
BVYÖ	:	Bakım Verme Yükü Ölçeği
CFI	:	Karşılaştırmalı Uygunluk İndeksi
DDÖ	:	Duygu Dışavurumu Ölçeği
DFA	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
G-BDT	:	Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi
GFI	:	Uygunluk İndeksi
GSA	:	Genel Sağlık Anketi
HADÖ	:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
KİDÖ	:	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
KMO	:	Keiser Meyer Olkin
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
RMSEA	:	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SİÖ	:	İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği
sRMR	:	Standartlaştırılmış Ortalama hataların karekökü
TBYB	:	Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu
TDBBYB	:	Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
TYB	:	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YBBEÖ	:	Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği
YBHUKSÖ	:	Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği
AESED	:	Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders

EDSIS : Eating Disorders Symptom Impact Scale

GİRİŞ

Yeme bozuklukları bireylerin yeme davranışlarında değişime yol açarak sürekli olarak kilolarını ve beden görüntülerini kontrol etmeye çalıştıkları bir hastalıktır. Kendilerini bu kontrolü ne kadar sağlayabildikleri ile değerlendirmek bireylerin hayatında biyopsikososyal açıdan bozulmaya yol açmaktadır. Yeme bozukluklarının başlamasına ve sürmesine etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar genel olarak biyogenetik, psikolojik, sosyokültürel açıklamalar olarak sınıflandırılabilmekle birlikte bakım verenlerin ve ailelerin rolüne ilişkin de pek çok açıklama bulunmaktadır. Bu açıklamalar hastalığın başlamasında ve sürmesinde, ailede iletişimin az olmasına bağlı olarak bireylerin kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir alan bulamamaları, aile içinde çatışma ve duygu dışavurumunun fazlalığı (ailede eleştirellik, düşmanlık ve/veya duygusal aşırı katılım), problem çözme becerilerinin yetersizliği ve bireyin yetiştiği ortamda kilo vermesine yönelik baskıya maruz kalması gibi faktörlerin etkisine değinmektedir (Annus, Smith, Fischer, Hendricks ve Williams, 2007; Baker, Whisman ve Brownell, 2000; Kog ve Vandereycken, 1989; Steiger, Liquornik, Chapman, ve Hussain, 1991; Stern ve ark., 1989). Bu etkilerin fark edilmesi yeme bozukluğu tedavisinde aile rolüne ilişkin çalışmaların başlamasına neden olmuştur. Bu doğrultuda yeme bozuklukları tedavisine aile katılımı üzerine yapılan ilk çalışmalar aileyi tedaviden uzak tutmak gerektiğini öne sürüp, aileyi suçlu durumda konumlandıran açıklamalar getirmişlerdir (Chipley, 1860; Gull, 1874). Sonraki çalışmalar bunun aksine yakınların tedavi sürecine dahil edilmesinin hem yakınlar hem hastalar için oldukça önemli olduğunu ortaya koymuştur (Crowther, Smith ve Williams, 2015; Di Paola, Faravelli ve Ricca, 2010). Tedavi süreci yeme bozukluğunu sürdüren süreçlerin ele alınmasını gerektirdiğinden tedavi sürecinin bakım verenlerden bağımsız olmaması oldukça önem taşımaktadır. Vurgulanması gereken nokta aile dinamiklerinin, tepkilerinin ve davranışlarının yeme bozukluğunun başlamasına ve sürmesine tek başlarına etki etmediği ama tedavi için ele alınması gereken önemli faktörler olduğudur. Tedavide temel amaç yeme bozukluğunu başlatan ve sürdüren işlevsiz ilişkilerin belirlenip tedavi sürecinde ele alınması olarak belirtilmektedir. Çoğu

bakım veren yeme bozukluğunu yakınlarının hastalığı ile bu kadar yakından deneyimlediklerini, hastalık hakkında çok bilgi sahibi olmadıklarını, değişen ilişki dinamiklerine ayak uydurmakta zorlandıklarını bildirmektedir. Bu nedenle bakım verenler çaresizlik duygusunu sıklıkla deneyimlemektedir (Gilbert, Shaw ve Notar, 2000). Hastalık sürecinde nasıl davranacağını bilemeyen yakınlar hastalığa uyum gösteren, hastalığı kolaylaştıran davranışlar sergileyebilmektedir. Yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinde gözlenen uyum, bakım verenlerin hastalıkla baş edebilmek, aile içindeki çatışmayı ve yakınlarının sıkıntısını azaltabilmek için kendi davranışlarında yaptıkları değişikliklere işaret etmektedir. Bu uyumun sonucunda örneğin, yeme bozukluğu hastasının rahatsız olduğu yiyeceklerin eve alınmaması gibi birtakım kolaylaştırıcı davranışlar görülmektedir. Bu durum bakım verenlerin bakım yükünü artırmakta olup yaşam kalitesinde düşüş, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik belirtilerde artış yaşamalarına neden olmaktadır (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda ve Treasure, 2014; De LA Rie, van furth, De Koning, Noordenbos ve Donker, 2005). Tüm bu bilgiler bakım verenlerin de bu süreçte oldukça desteğe ihtiyaç duyduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Yeme bozukluklarında ailenin/bakım verenlerin önemi üzerine yapılan çalışmalar sonucunda Christopher Dare ve Ivan Eisler tarafından Aile Temelli Terapi (Family Based Therapy) geliştirilmiştir (Le Grange, Lock, Loeb ve Nicholls, 2010). Aile Temelli Terapi aileyi hastalığın doğrudan nedeni olarak ele almamakta olup temel hedefi tedavi sürecinde ailenin aktif ve pozitif bir rol oynamasını sağlamaktır (Keel ve Haedt, 2008). Aile Temelli Terapi kullanarak yapılan pek çok çalışma umut vaat edici sonuçlar ortaya koymaktadır (Eisler, 2005; Lock, 2011; Loeb ve ark., 2007). Hastalık ve bakım verenler arasındaki karşılıklı ilişki göz önünde bulundurulduğunda tedavi başlangıcında ve sürecinde bakım verenlerin ihtiyaçlarını anlamak, bakım verenlerin hastalık üzerinde ve hastalığın bakım verenler üzerindeki etkilerini araştırmak, bakım verenlerin hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını tespit etmek hem bakım verenlerin psikososyal sağlığına hem de tedavi için oluşturulan yol haritasına katkı sunacaktır. Bu nedenle yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinde bu davranışları değerlendirmeye yönelik ölçüm araçlarının varlığı önem taşımaktadır. Ülkemizde bu alanda kullanılan bir ölçüm aracı

bulunmamaktadır. Mevcut çalışmada bakım verenlerin bu sürece uyumunu değerlendirmek, hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisini anlamak amacıyla Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğini (Sepulveda ve ark., 2009) ve Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini (Sepulveda, Whitney, Hankins ve Treasure, 2008b) Türkçeye uyarlamak amaçlanmıştır. Bu ölçekler, bakım verenlerin hangi alanlarda zorlanmalar yaşadığını, yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenler üzerindeki etkisini tespit etmede ve yardıma ihtiyaç duyulan alanları belirlemede pratik bir yol sağlayacaktır. Böylelikle tedavi sürecinde bakım verenlerin de tedavi ekibinin bir parçası haline gelmeleri, hastalık karşısında iş birliği kurabilmeleri mümkün kılınabilecektir.

Bu çalışmada öncelikle yeme bozuklukları hakkında genel bilgiler sunulacak, ardından yeme bozukluklarında bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalar ışığında teorik zemin kapsamlıca ele alınacaktır. Sonrasında mevcut çalışmada uyarlaması gerçekleştirilen ölçüm araçlarının dil uyarlama basamaklarına ve psikometrik sınamaları doğrultusunda gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik analizi bulgularına yer verilecektir. Son olarak araştırmanın kısıtlılıklarına ve gelecek çalışmalar için önerilere değinilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları bireylerin biyopsikososyal işlevselliklerini önemli ölçüde bozan, sürekli olarak beden şeklini ve kiloyu kontrol etmeye odaklanarak yeme davranışında değişikliklere neden olan bir bozukluktur (Fairburn ve Walsh, 2002). Belirtileri farklı yeme bozukluğu türlerine göre değişiklik gösterebilmekle birlikte temeldeki sorun şekil, kilo ve bunların kontrolünün aşırı değerlendirilmesidir (Fairburn, Cooper, Doll, Norman ve O'connor, 2000). Yeme bozukluğuna sahip bireyler kendilerini iş, spor yeteneği, akademik başarı, ebeveynlik gibi yaşamın farklı alanlarından ziyade bedenlerini referans alarak değerlendirmektedirler. Bireyler benlik saygılarını da beden şekillerini ve kilolarını ne kadar kontrol edebildikleri ile belirlemektedir (Fairburn, 2008).

Yeme bozukluğu hastalarında depresyon ve anksiyete sıklıkla görülmekle birlikte sosyal fobi, kişilik bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da karşılaşılan diğer yaygın eş tanı kategorilerindendir (Vardar ve Erzengin, 2011). Bununla birlikte kardiyovasküler sorunlar, metabolik bozukluklar ve sindirim sistemi bozuklukları gibi pek çok tıbbi durum da yeme bozukluklarına eşlik etmektedir (Yücel, 2009).

1.1.1. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) beşinci versiyonunda Beslenme ve Yeme Bozuklukları, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu (TDBBYB), tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu (TBYB) olarak

sınıflandırılmaktadır (American Psychological Association [APA], 2013). Bu bölümde, bahsi geçen bozukluklar tanıtılıp tanı kriterlerine yer verilecektir.

1.1.1.1. Pika

DSM dördüncü versiyonunda (DSM-IV) Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar kategorisinin altında sınıflandırılırken DSM-5'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları altında görülmektedir. En belirgin belirtisi besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri (toprak, tebeşir, kâğıt vb.) sürekli ve aşırı olarak tüketmedir. Bu durum kültürden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (Delaney ve ark., 2015). Nedensel açıklamalara bakıldığında psikososyal ve biyokimyasal faktörlerin etkili olduğu söylenmekle birlikte gelişimsel sorunlar ve mental retardasyon ile de ilişkili bulunmaktadır (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019). Psikososyal faktörler değerlendirildiğinde fiziksel ve duygusal bakım verme açısından yeterli olmayan anne-çocuk ilişkisi (örneğin, annenin çocuğun öz bakım ihtiyaçlarının tam olarak karşılayamaması, çocuğun duygularını görmezden gelmesi vs.), ihmal, istismar ve düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili faktörler dikkat çekmektedir (Miao, Young ve Golden, 2015). Yanı sıra, anemi, mikrobesin eksiklikleri, çinko ve demir eksikliği gibi biyokimyasal faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir (Fawcett, Fawcett ve Mazmanian, 2016).

Pikanın DSM-5'e göre tanı kriterlerine bakıldığında ise kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu olmayacak şekilde en az bir ay süre ile sürekli olarak besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu görülmektedir. Bu yeme tutumu kültürel veya toplumsal nedenlerden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (Köroğlu, 2014, s.171).

1.1.1.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)

DSM-IV'te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar kategorisinin altında sınıflandırılırken DSM-5'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları altında görülmektedir. Sürekli olarak yenilen yiyeceği geri çıkarma, çıkarılan yiyeceği yeniden çiğneme, yutma veya tükürme ile karakterizedir. Genellikle zekâ geriliği olan çocuklarda ortaya çıkmaktadır (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019). Fiziksel ve duygusal bakım verme açısından anne-çocuk ilişkinin yetersiz,

uyaran açısından eksik, ihmalkâr yani psikososyal olarak olumsuz bir çevrede yetişen çocuklarda görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kessing, Smout ve Bredenoord, 2014).

DSM-5'e göre Geri Çıkarma Bozukluğu, en az bir ay süreyle sık yediği yiyeceği geri çıkarma, çıkarılan yiyeceği yeniden çiğneme, yeniden yutma veya tükürme ile karakterizedir. Bu geri çıkarma yalnızca diğer beslenme ve yeme bozukluğu tanı kategorilerinin gidişi sırasında görülmemekle birlikte eşlik eden herhangi bir sağlık durumuna da bağlı ortaya çıkmamaktadır (Köroğlu, 2014, s.172).

1.1.1.3. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Herhangi bir kilo ve şekil endişesi olmaksızın sürekli olarak yiyeceklerden kaçınmak ve beslenmeyi kısıtlamak sonucunda belirgin bir kilo kaybı, beslenme eksikliği, oral beslenme takviyesi veya tüple beslenmeye (enteral beslenme) bağımlılık, psikososyal işlevsellikte düşme ile karakterizedir (Karadere ve Hocaoğlu, 2018).

DSM-5'e göre Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, yiyeceklere karşı ilgi gösterememe, yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma gibi nedenlerden ötürü uygun beslenmenin veya gereken enerjinin sürekli karşılanamadığı beslenme ya da yeme bozukluğudur. Bu duruma belirgin bir kilo kaybı, beslenme eksikliği, enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye bağlı kalma, psikososyal işlevsellikte azalma belirtileri eşlik etmektedir. Bu bozukluk yalnızca diğer beslenme ve yeme bozukluğu tanılarının gidişi sırasında ortaya çıkmamakla birlikte, kültürel etkilerden veya herhangi bir sağlık sorunundan bağımsız ortaya çıkmaktadır (Köroğlu, 2014, s.172-173).

1.1.1.4. Anoreksiya Nervoza (AN)

AN'yi tıbbi terminolojiye ilk tanıtan 1874 yılında Sir William Gull olmuştur (Gull, 1874) AN, kelime olarak *sinirsel iştahsızlık* anlamına gelmekle birlikte hastalık belirtilerine bakıldığında bilinçli bir aç kalma ve yiyecek kısıtlaması olduğu görülmektedir (Oğlağu ve Gürdal-Küey, 2013). Hastaların beslenmeye yönelik çok katı kuralları bulunmaktadır ve zayıflık için aşırı çaba göstermektedirler. AN'nin en belirgin belirtilerinin yetersiz beslenmeye bağlı kilo kaybı, kilo almaya yönelik aşırı

korku ve beden imgesinde bozulma olduğu söylenmektedir. Beden imgesi bozulan hastalar gelişimsel olarak beklenen kilonun altında oldukları halde kendilerini olduklarından şişman görmektedirler. AN'de özellikle aşırı açlığa bağlı olarak obsesif özellikler, keyifsizlik, sinirlilik (irritabilite), dikkatte bozulma, cinsel istekte azalma ve uykuda bozulma gibi belirtiler görülmektedir (Fairburn ve Murphy, 2020).

DSM-5'e göre AN, bireyin yaşı, cinsiyeti göz önünde bulundurulduğunda gelişimsel olarak belirgin bir biçimde düşük beden ağırlığının görüldüğü bir bozukluktur. AN'de belirgin biçimde düşük beden ağırlığına rağmen sürekli olarak kilo almayı güçleştiren davranışlar görülmektedir. Bireylerin beden algılarında bozulma vardır ve kendilerini değerlendirirken kilolarına, beden görüntülerine aşırı önem atfetmektedirler. AN'nin iki alt türü bulunmaktadır. Bunlar kısıtlayıcı tür ve tıkınırcasına yeme/çıkarma türüdür. Kısıtlayıcı türde düşük kilo, diyet yaparak ve neredeyse aç kalacak kadar yiyecek alımını kısıtlayarak korunurken; tıkınırcasına yeme/çıkarma türünde tıkınırcasına yeme dönemlerini uygunsuz telafi edici davranışlar (bağırsak söktürücü ve/veya idrar söktürücü kullanımı, aşırı egzersiz yapma, kendini kusturma gibi) takip etmektedir (Köroğlu, 2014, s.173-174).

1.1.1.5. Bulimiya Nervoza (BN)

Bulimiya kelime olarak *bir öküz kadar yiyebilmek* anlamına gelmekte olup patolojik bir iştaha işaret etmektedir (Brenda ve William, 1991). BN ilk olarak Russell (1979) tarafından anoreksiyanın inatçı ve kaygı verici bir türü olarak tanımlanmıştır.

BN'de yineleyen tıkınırcasına yeme dönemlerini uygunsuz telafi edici davranışlar takip etmektedir. Tıkınırcasına yeme dönemleri genellikle stres veya olumsuz bir yaşantı ile tetiklenmektedir ve bu döneme kontrol kaybı eşlik etmektedir. Tıkınırcasına yeme dönemleri suçluluk, pişmanlık, kendinden tiksinme gibi duyguları beraberinde getirmektedir. Tüm bu süreçler hastalığı sürdüren bir kısır döngü olarak işlev görmektedir (APA, 2013). BN hastalarında özellikle beden memnuniyetsizliği (bedenini veya görünüşünü sevmeme) yaygın olarak görülmektedir (Fairburn, 2008).

Bulimiya 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin tanısal el kitabına girmiştir (APA, 1980). Bulimiya DSM-IV'te tekrardan tanımlanarak "bulimiya nervoza" olarak isimlendirilmiş ve ardından en güncel ve tanı kriterlerinin daha geniş halini ise DSM-5'te almıştır.

DSM-5'e göre BN, en az üç ay içinde haftada en az bir kere, tekrarlayan tıkınırcasına yeme dönemleri ve ardından gelen uygunsuz telafi edici davranışlarla karakterizedir. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde benzer koşullarda çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla yiyeceğin ayrı bir zaman diliminde ve eşlik eden kontrol kaybıyla yendiği görülmektedir. Bu tıkınırcasına yeme dönemlerinin ardına kilo almayı engellemek amacıyla uygunsuz telafi edici davranışlar (kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ve/veya idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar, kendini aç bırakma, aşırı spor yapma gibi) eşlik etmektedir. Bireyler kendilerini değerlendirirken beden ağırlıklarına ve kilolarına aşırı önem atfetmektedir (Köroğlu, 2014, s.175).

1.1.1.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

TYB ilk kez, Stunkard (1959) tarafından obezite ile ilişkili anormal bir yeme paterni olarak tanımlanmıştır. TYB'de, BN'de olduğu gibi hastaların kontrol edemediği yineleyen tıkınırcasına yeme dönemleri bulunmaktadır. TYB'de tıkınırcasına yeme dönemlerinden sonra uygunsuz telafi edici davranışlar görülmemektedir. Hastalar bedenlerinin görüntüsüne ilişkin yoğun bir endişe ve utanç yaşamaktadırlar (Garfinkel, 2002).

TYB, DSM-5'ten önce başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluğu kategorisindeyken, DSM-5 ile ana sınıflandırmaya dahil edilmiştir. DSM-5'e göre TYB'de en az üç ay içinde haftada en az bir kere tıkınırcasına yeme dönemleri görülmektedir. Tıkınırcasına yeme dönemlerine, olağandan çok daha hızlı, rahatsızlık verecek derecede tokluk hissedene dek, bedensel açlıktan bağımsız aşırı ölçülerde yeme, fazla yemekten duyduğu utanç nedeniyle yalnız yeme ve sonrasında kendinden tiksinme, suçluluk hissetme belirtilerinden en az üçü eşlik etmektedir. Bu durum bireylerde belirgin bir sıkıntıya yol açmaktadır (Köroğlu, 2014, s.176).

1.1.1.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDBBYB)

Bu tanı kategorisi DSM-5'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı kategorisindeki tanılardan herhangi birinin özelliklerinin baskın olduğu ancak tanı kriterlerinin tam olarak karşılanmadığı durumlar için oluşturulmuştur. Örneğin, tekrarlayan tıkınırcasına yeme ve telafi edici davranışların görüldüğü ancak bu davranışların haftada bir kereden veya üç aydan daha kısa süreli olduğu durumlarda Bulimiya Nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli) tanısı konmaktadır. Yine bu kategoride örnek olarak Değişik Tür (atipik) Anoreksiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli), Çıkarma Bozukluğu, Gece Yeme Bozukluğu görülmektedir (Köroğlu, 2014, s.177-178).

1.1.1.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TBYB)

DSM-5'e göre TBYB, Beslenme ve Yeme Bozukluklarının belirli semptomlarının görüldüğü, işlevsellikte bozulmaya yol açan ama herhangi bir tanı kriterini tam olarak karşılamayan yeme bozuklukları için bu kategori oluşturulmuştur (Köroğlu, 2014, s.179).

Yukarıda DSM-5'e göre Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tanı kriterlerine yer verilmiştir. Yeme bozuklukları tanı üstü bir bakış ile ele alındığında DSM'nin son iki versiyonunda yeme bozuklukları altında sınıflandırılan AN, BN, TYB ve TDBBYB'nin temelinde şekil, kilo ve bunların kontrolünün (TYB dışında) aşırı değerlendirilmesinin yer aldığı görülmektedir. Bu tez kapsamına ise bu tanı üstü bakış açısıyla AN, BN, TYB ve TDBBYB dahil edilmiş olup beslenme bozuklukları dahil edilmemiştir. Tezin sonraki bölümlerinde yeme bozuklukları denildiğinde kastedilen AN, BN, TYB ve TDBBYB olacaktır. Devam eden bölümde yeme bozuklukları yaygınlıkları açısından ele alınacaktır.

1.1.2. Yeme Bozukluklarında Yaygınlık

Yeme bozukluklarının yaygınlığını belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bununla beraber bu çalışmaların sonuçları gözden geçirilmeden önce yeme bozukluğu hastalarının tedaviye başvuru oranının düşük olması ve hastaların kendini gizleme eğilimleri gibi noktaların örneklem seçimindeki etkilerinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir (Hoek ve van Hoeken, 2003). Geniş

örneklemlerle çalışmak aşırı maliyet ve zaman sorunu ortaya çıkardığından iki aşamalı çalışmalar veya çalışmanın belli topluluklar üzerinde yürütülmesi bu sorunun kısmi çözümü olarak gösterilmektedir (Vardar ve Erzengin, 2011). Yeme bozukluklarının yaygınlığı incelenirken karşılaşılan sorunlardan bir başkası da tanı ölçütlerinin değişmesidir (Polat ve Sodan-Turan, 2013). DSM-5'te yeme bozukluklarının tanı kriterlerinde yapılan değişiklikler ile yaygınlık oranlarının yükseldiği görülmektedir (Allen, Byrne, Oddy ve Crosby, 2013). Bunun nedenleri olarak DSM-5 sisteminde tanı koymayı kolaylaştıran daha geniş bir perspektifin yer alması ve başka türlü adlandırılamayan yeme bozuklukları kategorisinin kaldırılması gösterilebilmektedir. Ayrıca, amenore kriterinin aranmaması, sıklık ve süre kriterlerinin değişmesi ile yeme bozukluğu tanı konma sıklığında artış bildirilmiştir (Mancuso, Newton ve Bosanac, 2015; Stice, Marti ve Rohde, 2013). Bunu destekler şekilde, yeme bozukluğu yaygınlığı üzerine 2000-2018 yılları arasında yapılan çalışmaların incelendiği derlemede yeme bozukluğu yaygınlık ortalamasının 2000-2006 arasında %3.5; 2013-2018 yılları arasında %7.8 olarak bulunmuştur (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve ark., 2019). DSM-5 tanı ölçütleri baz alınarak yapılan çalışmalarda AN'nin yaygınlığının iki kat; BN'nin yaygınlığının ise %30 oranında arttığı görülmektedir (Smink, van Hoeken ve Hoek, 2013). Yeme bozuklukları yaygınlık oranları incelenirken yaygınlık belirlemede karşılaşılan sorunların dikkate alınması gerekmektedir.

Yeme bozukluğu yaygınlığı üzerine ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında yeme bozukluğu görülme sıklığının %0.5 ile %2 arasında değiştiği görülmektedir (Kuğu, Akyüz, Doğan, Ersan ve Izgiç, 2006; Uzun ve ark., 2006). Sivas ilinde yapılan bir çalışmada 18-44 yaş arasındakilerde yeme bozukluğu yaygınlığı %1.52 ve en sık görülen yeme bozukluğu ise TYB olarak bulunmuştur (Semiz, Kavakçı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2013). Lise öğrencileri üzerinde yapılan geniş örneklemli bir çalışmada ise DSM-IV tanı ölçütlerine göre yeme bozukluğu görülme sıklığının AN'de %0.03, BN'de %0.79, TYB'de %0.99 ve başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluklarında ise %1.51 olduğu bulunmuştur. Bu örneklemde genel yeme bozukluğu yaygınlığı %2.33 iken kızlarda %4.03 olarak bulunmuş olup erkeklerde bu oran %0.62 olup yalnızca TYB görülmüştür (Vardar ve

Erzengin, 2011). Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yeme bozukluğu yaygınlığını araştırmak üzere 18-25 yaş aralığında 1876 öğrencinin katılımıyla yürütülen çalışma sonucunda yeme bozukluğu yaygınlığı %1.55 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada önceki çalışmalar ile tutarlı olarak kadınlarda yeme bozukluğunun daha fazla olduğu, en sık konulan tanıların ise sırasıyla AN, BN ve TYB olduğu görülmüştür. Çalışmada erkeklerde yalnızca TYB ve TDBBYB tanıları olduğu gözlenmiştir (Deveci, 2020).

Yeme bozukluğu yaygınlığı üzerine dünya genelinde yapılan çalışmalar incelendiğinde Avrupa ülkelerinde kadınlarda yeme bozukluğu yaygınlığı AN'de %1-4, BN'de %1-2, TYB'de %1-4 arasında; erkeklerde ise genel yeme bozukluğu yaygınlığı %0.3-%0.7 arasında bulunmuştur (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016). Asya ülkelerinde yapılan çalışmalara bakıldığında Çin'de genç kadınlar arasında AN %1.05, BN %2.98, TYB %3.58 oranında (Thomas, Lee ve Becker, 2016; Tong ve ark., 2014); Japonya'da AN %0.43, BN %2.32, TYB %3.32 (Nakai, Nin ve Noma, 2014; Thomas ve ark., 2016) oranında görülmüştür. Latin Amerika'da ise bu oran AN'de %0.1, BN'de %1.16 ve TYB'de %3.53 oranında seyretmektedir (Kolar, Rodriguez, Chams ve Hoek, 2016). 2000-2018 yılları arasında yapılan çalışmaların incelendiği derlemede yeme bozukluğu yaygınlık ortalamasının kadınlarda %8.4; erkeklerde %2.2 olduğu görülmüştür. Sonuçlar kıtalar arası karşılaştırılmalı olarak ele alındığında Amerika'da yaygınlık ortalama %4.6; Asya'da %3.5; Avrupa'da %2.2 olarak bulunmuştur (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve ark., 2019). Yeme bozukluğu yaygınlığı ile ilgili 2013-2022 yılları arasındaki yaygınlık sonuçlarının incelendiği çalışmada ise yaygınlığın genç kadınlarda %5.5-%17.9 arasında; genç erkeklerde %0.6–%2.4 arasında olduğu görülmüştür. Yeme bozukluğu tanıları açısından kadınlarda yaşam boyu AN yaygınlığı %0.8–%6.3; BN yaygınlığı %0.8–%2.6; TYB yaygınlığı %0.6–%6.1; TDBBYB yaygınlığı %0.6–%11.5; TABYB yaygınlığı %0.2–%4.7 arasında bulunmuştur. Erkeklerde ise yaşam boyu AN yaygınlığı %0.1–%0.3; BN yaygınlığı %0.1–%0.2; TYB yaygınlığı %0.3–%0.7; TDBBYB yaygınlığı %0.2–%0.3; TABYB yaygınlığı %0–%1.6 arasında bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada COVID-19 pandemisi ile yeme bozukluklarında artış gözlendiği bildirilmiştir (Silén ve Keski-Rahkonen, 2022).

Yeme bozuklukları yaygın olarak ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde görülmekle birlikte başlangıç yaşının giderek düştüğüne ilişkin veriler bulunmaktadır. Yapılan kapsamlı bir çalışmada kızlarda 15-19 yaşları arasında, erkeklerde 10-14 yaşları arasında daha sıklıkla görüldüğü ortaya konmaktadır (Micali, Hagberg, Petersen ve Treasure, 2013). Yeme bozukluğunun bu yaş grubundaki kadın/erkek oranı yaklaşık 10/1 olarak ifade edilmektedir (Currin, Schmidt, Treasure ve Jick, 2005; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin ve Rosenheck, 2000). Yeme bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar sıklıkla genç kadınlarda ve batılı ülkelerde yapılsa da daha ileriki yaşlardaki kadınlarda ve erkeklerde de görüldüğüne ilişkin veriler çalışmalarla ortaya konmaktadır (Hoek, 2014; Pike, Hoek ve Dunne, 2014; Smink ve ark., 2013). DSM-5 temel alınarak yapılan bir derleme çalışmasında orta veya daha ileriki yaştaki kadınlar arasında %3-4; erkekler arasında %1-2 oranında yeme bozukluğu yaygınlığı görülmektedir (Mangweth-Matzek ve Hoek, 2017). Yeme bozukluklarının yaşam boyu grafikte ise AN için 14 ve 18 yaşlarında, BN için ise bu yaşlardan biraz daha geç dönemde pik yaptığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Halmi, Casper, Eckert, Goldberg ve Davis, 1979). Bununla birlikte AN için ortalama 22, BN için ortalama 24 yaşında pik yaptığına yönelik bulgular da mevcuttur (Volpe ve ark., 2016). Özetle, ülkemizde ve dünyada yeme bozukluğu yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde yaygınlık oranlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Yeme bozukluklarının genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başladığı, pik yaptığı yaş dönemlerinin çalışmalara göre farklılaştığı, yaygınlık üzerine yapılan çalışmaların çoğunlukla batılı ülkelerde yürütüldüğü ve bu çalışma sonuçlarında tutarlı olarak ise yeme bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğü ortaya konmaktadır.

Yeme bozukluğunun yaygınlığını etkileyen birtakım yatkınlaştırıcı ve tetikleyici faktörler bulunmaktadır. Örneğin, kültürel olarak kilo verme ve diyet yapma davranışının onaylanması, kadın olmak, ailedeki psikolojik problemler, sorunlu aile ilişkileri, psikolojik öz geçmiş, beden görünümünün önemli olduğu bir meslek grubunda (bale yapma, modellik, aktörlük, güreşçiler vb.) veya yemekle ilgili mesleklerde (garsonluk, aşçılık vb.) çalışmak yeme bozuklukları için risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. (Carlat, Camarago ve Herzog, 1997; Polat ve Sodan-

Turan, 2013). Bu nedenle yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerin incelenmesi önemli görülmektedir. Yeme bozukluğunun nedenlerine dair açıklamalar devam eden bölümde ele alınacaktır.

1.1.3. Yeme Bozukluklarında Nedensel Açıklamalar

Yeme bozukluklarının nedenlerine yönelik açıklamalarda biyogenetik, psikolojik, kültürel ve aileye dair faktörler öne çıkmaktadır. Bu bölümde yeme bozukluklarının nedensel açıklamaları biyopsikososyal olarak ele alınacaktır.

1.1.3.1. Biyogenetik Açıklamalar

Yeme bozukluklarının biyolojik açıklamalarında genetik etkiler önemli bir yere sahiptir. Genetik etkilere dair bulgular daha çok aile ve ikiz çalışmaları ile gösterilmektedir. Çalışmalar yeme bozukluğu hastalarının yakınlarında yeme bozukluğu görülme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Strober, Freeman, Lampert, Diamond ve Kaye, 2000). BN'lerin birinci derece yakınlarında BN oranı %1.7 olarak bulunmuştur (Hudson, Pope, Jonas, Yurgelun-Todd ve Frankenburg, 1987). Kassett ve arkadaşlarının (1989) yaptığı çalışmada BN'lerin birinci derece yakınlarında %2.2 AN, %9.6 BN; kontrol grubunda %0 AN, %3.5 BN olduğu görülmüştür. Yine kontrol grubunun kullanıldığı bir çalışmada AN'lerin birinci derece yakınlarında AN oranı %4.1, BN oranı %2.6 olarak bulunurken; kontrol grubunda AN oranı ise %0, BN oranı %0.7 olarak bulunmuştur (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs ve Jacobs, 1990). Yeme bozukluğunda tanılar arası geçiş yaygın olarak gözlenmektedir (Cooper ve Fairburn, 2010). Bu nedenle yeme bozukluklarının birlikte incelendiği çalışmaların önemli olduğu düşünülmektedir. AN, BN ve başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluklarının birlikte incelendiği çalışmada AN yakınlarında %11.8, BN yakınlarında %19.8 oranında yeme bozukluğu görüldüğü ortaya konmuştur (Lilenfeld ve ark., 1998).

İkiz çalışmalarında ise AN'lerin tek yumurta ikizlerinde %56, çift yumurta ikizlerinde %7 (Holland, Hall, Murray, Russell ve Crisp, 1984); BN'lerin tek yumurta ikizlerinde %35, çift yumurta ikizlerinde %29 oranında yeme bozukluğu olduğu ortaya konmuştur (Fichter ve Noegel, 1990). İkiz çalışmaları yeme bozukluklarında görülen komorbiditenin paylaşılan genetik faktörlerden

kaynaklanabileceğini de ortaya koymaktadır. AN hastaları ile yapılan ikiz çalışmalarında majör depresyon ile .34 (Wade, Bulik, Neale ve Kendler, 2000), yaygın anksiyete bozukluğu ile .20 (Dellava, Thornton, Lichtenstein, Pedersen ve Bulik, 2011), OKB ile .52'lik genetik korelasyon olduğu görülmüştür (Cederlöf ve ark., 2015).

Yeme bozukluklarında genetik etkilerle ilgili bir bulgu da kızlarda yeme bozukluğu belirtileri üzerindeki genetik etkinin yaşla birlikte farklılaştığı yönündedir (Klump, 2013). Klump'ın (2013) çalışmasına göre yeme bozukluğu ortaya çıkmasında ergenlik öncesi dönemde çevresel etkiler, ergenlik boyunca ise genetik etkiler daha baskın bir rol sahibidir. Burada yaşın etkisinden ziyade ergenliğin getirdiği hormonal değişimlerin (özellikle beyindeki bazı bölgelerin olgunlaşmasının) altı çizilmektedir.

Yeme bozukluklarının biyolojik açıklamalarında hormonların da önemli bir yeri bulunmaktadır. Östradiol ve progesteron seviyelerinin farklılaşması ile yeme bozuklukları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kadınlarda östradiol seviyesindeki yükselme ile bozulmuş yeme davranışı arasında ilişki bulunmuştur (Klump, Keel, Sisk ve Burt, 2010). Yine adet dönemindeki kadınlarda östradiol ve progesteron seviyelerindeki değişim yeme atakları ile ilişkili bulunmuştur (Edler, Lipson ve Keel, 2007; Klump, Keel, Culbert ve Edler, 2008).

1.1.3.2. Psikolojik Açıklamalar

Yeme bozuklukları ele alınırken psikolojik açıklamalara da yer verilmektedir. Yeme bozukluklarının psikolojik açıklamalarında sıklıkla kişilik yapılarına değinilmektedir. Kişilik, yeme bozuklukları için hastalığa yatkınlaştırıcı ve hastalığı sürdürücü önemli bir faktör olarak görülmektedir. Mükemmeliyetçilik, obsesif kompulsif kişilik özellikleri, nevrotiklik, olumsuz duygusallık, dürtüsellik, zayıf içsel farkındalık, düşük öz-yönetim, düşük benlik saygısı gibi özellikler hastalığın önemli yordayıcılarından olmakla birlikte hastalığın sürmesinde de etkileri bulunmaktadır (Cassin ve Ranson, 2005).

Psikolojik açıklamalarda kişiliğin yanı sıra alan yazında önemli yeri olan psikanalitik ve bilişsel davranışçı açıklamalara ise daha kapsamlı olarak bu bölümde değinilecektir.

1.1.3.2.1. Psikanalitik Açıklamalar

Yeme bozukluklarının psikanalitik açıklamaları daha çok AN üzerinde yoğunlaşmakla birlikte Freud'un (1892) AN üzerine açıklamaları üzerine psikojen kusmalar ve nevrotik kaynaklı yeme bozuklukları da tartışılmıştır (aktaran Gürdal-Küey, 2013, sf. 59). İlk başlarda daha çok AN'nin oral yönü ve cinsellikle ilişkisine odaklanılmakta, AN ağız yoluyla gebe kalma fantazisi ve endişesi nedeni ile yemeyi reddetme şeklinde açıklanmaktadır (Gürdal-Küey, 2013; Kapudan ve Erol, 2013; Waller, Kaufman ve Deutsch, 1940). Psikanalitik açıklamalar özellikle çocuksu bir bedene dönüşe işaret eden AN'de kadın kimliği ile özdeşim kurmada zorlanma ve cinselliğin reddinin önemine değinmektedir (Zerbe, 2001). Ergenliğe geçiş ile farklılaşan beden kaygı nesnesine dönüşmekte, değişimleri kontrol altında tutmak önem kazanmakta ve tüm savunmalar bedene yöneltilmektedir (Gürdal-Küey, 2013).

Psikanalitik açıklamalar hastaların özellikle ebeveyn kaynaklı bastırılmış olumsuz duygusal çatışmalarının davranışsal olarak dışa vurumuna dikkat çekmektedir (Zerbe, 2015). Anne ile yaşanan sorunlu ilişki, ebeveynlerin aşırı veya yetersiz müdahalesi, bireylerin hayatları üzerinde kontrol sahibi olamadığını hissetmesi hastalığın nedenlerinden gösterilmektedir (Yücel, 2009; Zerbe, 2001). Özellikle erken dönemdeki beslenme üzerinden sağlanan anne-çocuk ilişkisinin önemine değinilmektedir. Bruch (1985) annenin bebeğinin ihtiyaçlarına yeterince yanıt verememesi ya da uygunsuz yanıtlar verip tüm ihtiyaçlarını duygudan yoksun yalnızca yiyecek ile karşılamasının bebeğin duygusal açıdan haz yaşayamaması ve duygusal deneyimler ile bedensel duyumlar arasındaki farkı anlayamamasına neden olduğunu belirtmektedir. Bu dönemde anne ile kurulan yetersiz ilişkiler bebeğin beden bütünlüğünü oluşturamamasına, beden algısının zayıflamasına ve ileriki dönemlerde oral dürtüleri bastırmaya çalışarak bir bozukluk geliştirmesine neden olmaktadır.

Boskind-Lodahl (1976) yeme bozukluklarının psikanalitik açıklamalarında cinsel olgunluğa ilişkin korkunun ebeveyn kaynaklı olduğuna dikkat çekmektedir. Ebeveyn tutumlarının ortaklaştığı noktalar babanın nazik ve pasif; annenin öfkeli, kontrolcü ve baskın olması olarak açıklanmaktadır. Psikanalitik açıklamalara göre, anneler uygun olmayan bir kadınlık modeli sunduklarından kızlar anneleri gibi olmaktan kaçınmaktadır ve çocukluğun güvenli alanına dönmeyi istemektedir. Bu korku oral yolla gebe kalma korkusu olarak açıklanmakta ve şişmanlık gebe kalma anlamı taşımaktadır. AN'lerin kadınlığı yok sayıp oral yolla gebe kalma korkusu yaşadığından yemeyi reddettiği; BN'lerin ise kadınlıkla aşırı özdeşim kurduklarından gebe kalmaya arzu duyduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Boskind-Lodahl, 1976).

1.1.3.2.2. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar

Yeme bozukluklarını incelemede başvurulan açıklamalar arasında bilişsel davranışçı açıklamalar da önemli bir yer tutmaktadır. Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı açıklamaları hastalığa neden olabilecek daha uzak faktörlerden ziyade belirtileri başlatan ve sürdüren daha yakın faktörleri ele almaktadır. Bilişsel davranışçı açıklamalar temelde hastaların yeme, beden şekli ve kilo ile ilgili işlevsel olmayan bilişlerine odaklanmaktadır. Bu nedenle tedavi için bilişsel değişimin önemini vurgulamaktadır (Vitousek ve Brown, 2015).

AN üzerine ilk bilişsel açıklamalar, hastaların bilişsel çarpıtmalarını vurgulayan Crisp (1967) ve AN'de bozulan bilişsel özellikleri tanımlayan Bruch (1977) ile başlamıştır. AN için ilk bilişsel kuram ise Garner ve Bemis (1982) tarafından geliştirilmiş olup temelde Beck'in (1979) depresyon için geliştirdiği kurama dayanmaktadır (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979). BN'nin 1979'da Russell tarafından tanımlanması üzerine bilişsel davranışçı açıklamalar daha çok BN üzerine yoğunlaşmaktadır. BN için ilk bilişsel davranışçı teori ise Fairburn tarafından geliştirilmiştir (Fairburn, 1981).

Bilişsel davranışçı teoriye göre yeme bozukluğu olan bireyler kendilerini değerlendirirken işlevsel olmayan şemaları kullanmaktadır. Kendilerini kontrol edebilmeyi olumlu olarak değerlendirmekte olup zayıflığı başarı ve güzellik ile eşleştirmektedirler. Nasıl yemeleri gerektiğine dair ise çok katı kuralları

bulunmaktadır. Bu kuralların dışına çıkmak veya yemeyi yasakladıkları yiyeceklerden yemek kontrol kaybı olarak görülmekte ve bu duruma tıkınırcasına yeme eşlik edebilmektedir. Ardından gelen telafi edici davranışlar tıkınırcasına yemeyi kesintiye uğratmakla birlikte hem tıkınırcasına yeme hem de uygunsuz telafi edici davranışlar şekil ve kilo hakkındaki meşguliyeti artırmaktadır (Fairburn, 2008).

Yapılan çalışmalarda bilişsel davranışçı açıklamalar etkili görülmekle birlikte zamanla geliştirilerek geliştirilmiş bilişsel davranışçı teori halini almıştır. Geliştirilmiş bilişsel davranışçı teori, yeme bozukluğu tanıları arasındaki farklardan ziyade benzerliklere odaklanmaktadır. AN, BN, TDBBYB'nin temelde aynı sorunu paylaştığını, bu temeldeki sorunun ise şekil, kilo ve bunun kontrolünün aşırı değerlendirilmesi olduğunu belirtmektedir. Tanıların farklılıklarından ziyade benzerliklerine odaklanması yeme bozukluğu tanıları arasındaki geçişi de açıklayan önemli bir bakış açısı sunmaktadır (Fairburn, 2008). Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Teori de temelde bilişsel davranışçı teoriye dayandığından hastalığı sürdüren süreçleri dikkate almaktadır. Stratejisi ise hastalığı devam ettiren süreçlerin bir formülasyonunu oluşturmaktır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

1.1.3.3. Sosyokültürel Açıklamalar

Yeme bozukluklarının oluşumuna ilişkin sosyo-kültürel açıklamalar toplumdaki güzellik algısının zayıflıkla eşleşmesini temel almaktadır. Sosyal medya, akranlar ve yakınların ince bir bedene sahip olmanın önemine yaptıkları vurgu bireylerin beden memnuniyetsizliğini tetikleyebilmektedir. Bunun sonucunda yemek ile kurulan ilişki değişmekte ve beden üzerinden aşırı bir mücadele başlayabilmektedir (Yücel, 2009). Zayıf olmak güzellik, başarı, çekicilik gibi pek çok olumlu özellikle eşleşmiş gözükmektedir (McCarthy, 1990). Bu durum zayıflığı sahip olunması gereken önemli bir olumlu özellik olarak konumlandırmaktadır. Yine beden memnuniyetsizliğinin önemli bir nedeni ailenin zayıf olmaya verdiği önem olarak söylenebilmektedir (Ata, Schaefer ve Thompson, 2015). Aileleri tarafından nasıl göründükleri veya görünmeleri gerektiği ile ilgili sürekli yorum alan çocuklar görünümleri ile ilgili daha fazla kaygı yaşamaktadırlar. Çocukların ebeveynleri tarafından sürekli olarak kilo vermeye teşvik edilmeleri, görünümleri hakkında yargılayıcı ve alaycı yorumları yeme bozukluklarının oluşumu açısından risk

taşımaktadır (Krones, Stice, Batres ve Orjada, 2005). Yapılan çalışmalarda annelerin yeme bozukluğu belirtileri ve beden memnuniyetsizliğinin kızlarındaki bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Kluck, 2010; Stein ve ark., 2006). Ek olarak, travma ve istismar geçmişine sahip olmanın da yeme bozukluğu ile önemli bir ilişkisi olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby ve Mitchell, 2006).

Sosyokültürel açıklamalar yeme bozukluğunun gelişmesinde ve sürmesinde etkili gözükmektedir. Yapılan çalışmalar sosyokültürel faktörlerin yeme bozukluğu oluşumda AN'den ziyade BN ve TYB üzerinde daha fazla etkisi olduğunu düşündürmektedir (Schmidt, 2002).

1.1.3.4. Bakım Verenlerin/Ailenin Rolüne İlişkin Açıklamalar

Yeme bozukluklarında ailenin rolüne ilişkin açıklamalar AN ilk tanımlandığından itibaren ortaya koyulmaktadır. Chipley (1860), yeme bozukluğunun bir belirtisi olan kendini aç bırakmayı ailenin dikkatini çekme arzusu olarak açıklamış ve tedavi için bireyleri aile ortamından uzaklaştırmayı önermiştir (aktaran, Keel, 2017). Benzer şekilde Gull, AN hastalarının hastalığı tetikleyebilecek aile etkileşimlerini önlemek ve yeniden beslenmelerini sağlayabilmek için aileden uzak olmaları gerektiğini öne sürmüştür (Gull, 1874). Yeme bozukluklarında ailenin rolüne ilişkin erken dönemde yapılan sonraki teorik çalışmalar kişisel sınırların net olmadığı, aşırı korumacılık ve katılık ile karakterize olan işlevsiz aile ilişkilerine (Minuchin, Rosman ve Baker, 1978) ve çatışma, tutarsızlık ve düzensizlikle karakterize işlevsiz aile çevresine (Kog ve Vandereycken, 1989) odaklanmışlardır. Minuchin ve arkadaşlarının (1978) önerdiği aile sistemleri modeline göre, aile üyeleri arasında sınırların geçirgen olması, aşırı korumacılık ve çatışmadan kaçınma gibi belirtiler, çocuklarının ergenlik döneminde bağımsızlık kazanmalarını ve aile dışında ilişkiler kurmasını zorlaştırmakta ve bu durum çatışma yaratmaktadır. Kişilerarası ilişkilerde ifade edilemeyen çatışma somatikleştirilerek fiziksel bir hastalık yolu ile ortaya çıkmaktadır.

Yeme bozukluğu olan bireylerin aile ilişkilerinin niteliği de bakım verenlerin ve ailenin rolüne ilişkin açıklamalar için bulgular sunmaktadır. Buna göre; yeme

bozukluğu olan bireylerin ailelerinde, çatışma, uyuşmazlık, iletişim azlığı, aile içinde problem çözme becerilerinin yetersizliği (Holtom-Viesel ve Allan, 2013; Humphrey, 1988), zayıf davranışsal kontrol (McNamara ve Loveman, 1990), duygu dışavurumunun fazlalığı (ailede eleştirellik, düşmanlık ve/veya duygusal aşırı katılım), düşük düzeyde duygusal tepki ve ifade yeteneği gibi işlevsiz aile ilişkilerine (Kog ve Vandereycken, 1989; Steiger ve ark., 1991; Stern ve ark., 1989) dair bulgular elde edilmiştir. Aile içinde negatif iletişimin ve çocukların kilo vermesine yönelik baskının, bozulmuş yeme davranışı ile yüksek düzeyde ilişki gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Annus ve ark., 2007; Ata, Ludden ve Lally, 2007; Baker ve ark., 2000; Keery, Boutelle, van den Berg ve Thompson, 2005; Neumark-Sztainer ve ark., 2010). Özellikle ergenlik döneminde ebeveynlerin kilo ile ilgili yaralayıcı yorumları bozulmuş yeme davranışı için risk faktörü olabilmektedir (Eisenberg, Berge, Fulkerson ve Neumark-Sztainer, 2012; Keery ve ark., 2005).

Yeme bozukluğu yaşayan bireyler ve psikiyatrik kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarda yeme bozukluklarında ailede çatışma, iletişim azlığı, ailenin taleplerinin yüksek olması gibi ebeveynlerle alakalı sorunlara daha sık rastlanmış, ayrıca şekil, kilo ve yemekle ilgili eleştirel yorumların daha fazla olduğu görülmüştür (Fairburn, Cooper, Doll ve Welch 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies ve O'Connor, 1997; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies ve O'Connor, 1998; Pike ve ark., 2008). Yanı sıra ebeveynlerin obezite geçmişi ve aile içinde diyet davranışının varlığı yeme bozukluğu için risk faktörü olmaktadır (Fairburn ve ark., 1997). Ebeveynlerin diyet davranışları ile çocukların işlevsiz kilo kontrol yöntemlerinin incelendiği çalışmalarda, özellikle annenin diyet davranışının daha fazla etkili olduğu, aynı diyet davranışlarına maruz kalmalarına rağmen kızların annelerini erkeklerden daha fazla model aldıkları görülmüştür (Keery, Eisenberg, Boutelle, Neumark-Sztainer ve Story, 2006; Neumark-Sztainer ve ark., 2010; Vincent ve McCabe, 2000). Yeme bozukluğu olanlar ve kontroller arasında yapılan karşılaştırmada yeme bozukluğu olan bireylerin annelerinin daha uzun diyet geçmişine ve daha yüksek yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları gözlenmiştir (Pike ve Rodin, 1991; Canals, Sancho, ve Arija, 2009). Ek olarak, annenin zayıf olma arzusunun yeme bozukluklarının gelişimi için risk faktörü olduğu

belirtilmektedir (Canals, Sancho ve Arija, 2009). Yeme bozukluklarında aile ve bakım verenlerin rolünün öneminin fark edilmesi bu konunun ayrı bir mesele olarak kavramsallaştırılmasına neden olmuştur. Bu kavramsallaştırma sürecine psikoloji alanında farklı açıklamalar katkıda bulunmuştur. Bu açıklamalar ile yeme bozukluklarına daha bütüncül yaklaşılması ve yalnızca hastalar için değil hastalık sürecinden etkilenip yine bu süreci etkileme potansiyeli olan aile ve bakım verenlerin rolünün daha iyi anlaşılması hedeflenmiştir. Yeme bozukluklarında aile ve bakım verenlerin rolüne yönelik bu açıklamalara bir sonraki bölümde yer verilecektir.

1.1.3.4.1. Bakım Verenlerin/Ailenin Rolüne İlişkin Farklı Kuramsal Açıklamalar

Yeme bozukluklarında ailelerin rolü ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı kuramsal açıklamalar kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi bağlanma kuramıdır. Bağlanma kuramı bağlanma türleri ve bozulmuş yeme davranışı arasındaki ilişkilere odaklanmaktadır. Bireylerin bağlanma tarzları, yaşamlarının sonraki süreçlerinde kişilerarası ilişkiler ve duygu düzenleme süreçlerinin gelişimi için önemli bir temel sağlamakta ve bunlar yeme bozukluklarının gelişimi ve sürmesinde etkili olabilmektedir (Fairburn ve ark., 2003). Çalışmalar, güvensiz bağlanma ve yeme bozukluğu arasında güçlü ilişkiler ortaya koymaktadır (Ringer ve Crittenden, 2007; Zachrisson ve Kulbotten, 2006). Yeme bozukluğu tanıları arasında ise bağlanma stilleri açısından tutarlı bir farklılık bulunamamakla birlikte (Abbate-Daga, Gramaglia, Amianto, Marzola ve Fassino, 2010; Barone ve Guiducci, 2009; Demidenko, Tasca, Kennedy ve Bissada, 2010) bağlanma stillerinin tanıdan ziyade belirti şiddeti ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Broberg, Hjalmers ve Nevonen, 2001; Troisi, Massaroni ve Cuzzolaro, 2005; Zachrisson ve Kulbotten, 2006).

Yeme bozukluklarında ailenin rolüne ilişkin yapılan açıklamalar sosyal öğrenme kuramı açısından da ele alınmıştır. Sosyal öğrenme kuramına göre birçok tutumda ve davranışta olduğu gibi yeme tutumu ve davranışları da öğrenilebilmektedir (Quiles, Quiles, Pamies, Botella ve Treasure, 2013). Annedeki yeme bozukluğu süresinin çocuklardaki yeme bozukluğu şiddetini öngördüğü şeklindeki bir çalışma bulgusu bu görüşü desteklemektedir (Stein ve ark., 2006). Yine benzer şekilde yeme bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinde kilo ve şekille

ilgili endişelerin kontrol grubuna göre daha yüksek olması bu açıklama ile tutarlı sonuçlar taşımaktadır (Woodside ve ark., 2002).

Sonuç olarak, yeme bozukluğu yaşayanların kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde işlevsiz aile ilişkilerine sahip olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin beklentilerinin yüksek olması, aile içinde yemek, kilo ve şekille ilgili kaygıların ifade edilmesi aile içi etkileşimi zorlaştırmasının yanı sıra yeme bozukluğu için önemli bir risk oluşturmaktadır (Fairburn ve ark., 1999; Pike ve ark., 2008; Neumark-Sztainer ve ark., 2010). Çalışmalar ayrıca ailede aşırı yeme ve şekil, kilo ve yeme ile ilgili eleştirel yorumların yeme bozukluğu için potansiyel risk faktörü olduğunu ve ailesel değişkenlerin incelenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Buraya kadar bahsedilen biyogenetik, psikolojik, sosyokültürel ve ailesel faktörler yeme bozukluklarının başlamasına ve sürmesine tek başlarına etki etmemektedir. Hastalık sürecinde birden fazla faktörün etkisi gözlenmektedir. Örneğin, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip, zayıf olmanın güzellik koşulu olduğunu öğrendiği bir ortamda yetişen ve sosyal medyada bu güzellik algısına maruz kalan, akranları tarafından bedenine yönelik eleştiriler yapılan bir kişide tüm bu faktörler yeme bozukluğunun başlamasına ve sürmesine etki edebilmektedir. Bu nedenle yeme bozuklukları açıklanırken bu faktörlere birlikte yer verilmesi ve nedensel açıklamaların biyopsikososyal açıdan bütüncül olarak ele alınması gerekmektedir (Goddard ve ark., 2011; Maine ve Bunnell, 2010; Woerwag-Mehta ve Treasure, 2008). Bu faktörler aynı zamanda belirtilerin şiddetine de etki gösterebilmektedir. Bu nedenle tedavi ekibinin bu faktörlerin farkında olmaları ve tedavi planını biyopsikososyal zeminde inşa etmeleri önem taşımaktadır. Bir sonraki bölümde yeme bozuklukları tedavilerinde kullanılan yöntemler incelenecektir.

1.1.4. Yeme Bozukluklarında Tedavi

Yeme bozuklukları, zorlayıcı psikolojik yaşantıların yanı sıra pek çok medikal komplikasyonu da beraberinde getirmektedir. Yeme bozuklukları, psikolojik hastalıklar içinde bedeni en çok etkileyen bozukluk olarak görülmektedir (Yücel, 2013a). Bu nedenle tedavide tıbbi değerlendirmeler de büyük önem taşımaktadır. Yeme bozukluğu tedavilerinin büyük çoğunluğu multidisiplinerdir ve

biyopsikososyal modele dayanmaktadır. Tedavinin genel hedefleri, hastaların tıbbi durumlarının dengeli hale gelmesi, beden kitle indeksi düşük hastaların kilo almalarının sağlanması, telafi edici davranışları (kusma, bağırsak ve/veya idrar söktürücü kullanma, aşırı egzersiz yapma vs.) kesintiye uğratarak belirtilerin kontrolünün oluşturulmasıdır. Ayrıca dengeli ve düzenli bir yeme planı ile yemeyi normalleştirmek, duygu düzenleme ve kişilerarası ilişkilerde altta yatan sorunların terapide keşfi ve bunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi de tedavide ele alınmaktadır (Olmsted ve ark., 2010). Kaplan (2002), yeme bozukluğu için ideal tedavi programında, multidisipliner ekibin oluşturulması, kullanılacak tedavinin uygun maliyetli olması, kanıta dayalı ve güncel yaklaşımları içermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu görüş yeme bozukluklarının biyopsikososyal ve bütüncül açıklamaları ile de tutarlı olarak değerlendirilmektedir (Goddard ve ark., 2011; Maine ve Bunnell, 2010; Woerwag-Mehta ve Treasure, 2008).

Yeme bozukluklarında yürütülen tedaviler, ortamsal bakımdan yataklı servis tedavisi, hastane dışı/ev tipi merkezlerde yatılı tedavi, kısmi hastane tedavisi/gündüz hastanesi, ayaktan tedavi olmak üzere ayrılmaktadır. Yeme bozukluklarında sunulan tedavilerin içeriğinde ise medikal tedavi, beslenme tedavisi ve psikolojik tedaviler yer almaktadır. Tedavi programının türünden bağımsız olarak tedavi başlangıcında hastaların kapsamlı değerlendirmesinin ardından hem hastalara hem de hastalara bakım verenlere hastalık hakkında psikoeğitim verilmesinin öneminin altı çizilmektedir. Ayrıca, tedaviler sona erdiğinde nüksün önlenmesi açısından takip görüşmelerinin yapılması gerekmektedir (Yager ve ark., 2006).

Bu bölümde yeme bozukluklarında kullanılan tedavi türleri ve bu tedavilerin içeriğinde yer alan medikal tedavi, beslenme tedavisi ve psikolojik tedaviler ele alınacaktır.

1.1.4.1. Tedavi Ortamı

1.1.4.1.1. Yataklı Servis Tedavisi

Ağır yeme bozukluğu hastalarında, özellikle AN'de hastane yatışı oldukça önem taşımaktadır. Önemli tıbbi durumların varlığı, ağızdan yiyecek alımının reddi, çok hızlı kilo kaybı, intihar girişimi veya psikotik içerikli depresyon gibi eşlik eden

psikolojik durumlar ve ayaktan tedaviye yanıt vermeme durumları yataklı servis tedavisini gerekli kılmaktadır (Olmsted ve ark., 2010).

Yataklı servislerde kapsamlı değerlendirme multidisipliner bir ekip tarafından yapılmaktadır. Yataklı servis tedavisinin temel amaçları hastaların tıbbi durumlarının kontrol altında tutulması, tedavinin diğer aşamalarına hazır hale getirilmesi, eş psikiyatrik tanıların tedavi altına alınması ve kilo alımının sağlanması olarak sıralanabilmektedir (Yücel, 2013a).

Yataklı servis tedavisi, yeme bozukluğu tedavi sürecinde bir basamak olarak değerlendirilmektedir. Hastalar tıbbi açıdan belirli bir dengeye ulaştıklarında hastaneden taburcu edilmektedir. Sonrasında tedavi ayaktan devam etmektedir. Hastane sonrası süreçte nükslerin yaygın olduğu bilindiğinden takip çalışmaları önem kazanmaktadır (Yücel, 2013a).

1.1.4.1.2. Hastane Dışı/Ev Tipi Merkezlerde Yatılı Tedavi (Residential Treatment)

Hastane dışı/ev tipi merkezlerde yatılı tedavi ülkemizde bulunmamakla birlikte maliyeti yüksek olduğundan dünya genelinde de çok yaygın kullanılmamaktadır. Bu tedavide her hasta için kişiselleştirilmiş tedavi programı kullanılmakta ve yaklaşık 83 gün sürmektedir (Frisch, Herzog ve Franko, 2006).

Program kendini keşfetmeyi ve bağımsızlık duygusunu kazanmayı teşvik etmek, benlik saygısını artırmak, sağlıklı ve dengeli bir yaşam tarzı oluşturmak gibi hedefleri içermektedir. Programda, günlük yaşam aktiviteleri, psikoterapi, beslenme danışmanlığı yer almaktadır. Tedaviler, grup terapi, sanat terapisi, bireysel terapi, aile terapisi, gevşeme eğitimi gibi farklı tedavi tekniklerini barındırmaktadır (Bean ve Weltzin, 2001). Psikoterapilerde sıklıkla Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kişilerarası Terapi, Diyalektik Davranışçı Terapi ve Aile Terapisi kullanılmaktadır (Frisch ve ark., 2006).

1.1.4.1.3. Kısmi Hastane Tedavisi / Gündüz Hastanesi (Partial Hospitalization)

Kısmi hastane tedavisi/gündüz hastanesi, tedavide günlük olarak izleme gerektiren ancak 24 saat bakım gerektirmeyen hastalar için kullanılmaktadır. Hastalar günlük yaklaşık 8-10 saat hastanede kalmakta, akşamları ve hafta sonları

evlerine gidebilmektedirler. Bu saatler hastaların ana ve ara öğünlerini hastanede yemesine de olanak tanımaktadır (Keel ve McCormick, 2010).

Bu program yataklı servis ve hastane dışı/ev tipi merkezli tedavilerden maliyet açısından daha uygun bulunmaktadır. Tedavide bireysel terapi, grup terapisi, beslenme danışmanlığı gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (Hayes, Welty, Slesinger ve Washburn, 2019).

1.1.4.1.4. Ayaktan Tedavi

Diğer tedavi yöntemlerine göre en uygun maliyetli tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde de multidisipliner bir ekip tarafından yürütülmektedir. Tedavinin önemli bir kısmını bireysel ve/veya grup terapisi oluşturmaktadır.

Ayaktan tedavi yöntemi tıbbi durumu daha dengeli hale gelmiş ya da sürekli bakım gerektirmeyen hastalar için uygulanmaktadır. Bu tedavi programda hasta günlük hayat ile etkileşimleri devam ettiğinden öz etkinlik inancının gelişimi açısından önem taşımaktadır (Keel ve McCormick, 2010).

1.1.4.2. Tedavinin İçeriği

1.1.4.2.1. Medikal Tedavi

Yeme bozukluklarında medikal tedavi hastalığın tedavisi kadar hastaların hayati risk taşıyan belirtilerin azaltılmasını hedef almaktadır. AN'lerde özellikle yetersiz beslenmeye ve uzun süreli açlığa bağlı sorunlar ile çıkarma davranışlarının (kusma, bağırsak söktürücü kullanımı vb.) çeşitli sonuçları ortaya çıkmaktadır. Özellikle kardiyovasküler sorunlar, sıvı-elektrolit dengesizliği ile seyreden yeniden beslenme sorunları, sindirim sistemi sorunları, kabızlık, karaciğer sorunları, diş çürümesi, tükürük bezlerinin şişmesi gibi ağız ve diş sağlığı sorunları, endokrin değişiklikler, osteoporoz, ciltte meydana gelen değişiklikler gibi pek çok tıbbi komplikasyon yeme bozukluklarına eşlik edebilmektedir (Yücel, 2013a).

Medikal tedavi sıklıkla hormon tedavisi ve psikotrop ilaçları içermektedir. Özellikle AN'de hastanın beslenme tedavisine hazır hale gelmesinde, hayati risk taşıyan durumların ve eşlik eden diğer psikiyatrik tanıların varlığında medikal tedavi önerilmektedir (Hay ve Claudino, 2012). BN'de ise sıklıkla tıkınırcasına yeme ve

çıkarma davranışı döngüsünün kırılmasında, eşlik eden depresyon gibi tanıların tedavisinde medikal tedavi önerilmektedir (Flament, Bissada ve Spettigue, 2012).

1.1.4.2.2. Beslenme Tedavisi

Yeme bozukluğu tedavisinde beslenme tedavisi, tedavinin önemli bir bileşenini oluşturmaktır. Beslenme tedavisi hastanın tıbbi değerlendirmelerinin ardından bireye özgü olarak belirlenmektedir. Kilo alımı veya yeme düzeninin oluşturulması yeme bozukluğu hastaları için hassas bir konu olduğundan tedavide hastayla güven ilişkisinin kurulması önem taşımaktadır (Saka ve Çakmakçı, 2013).

Beslenme tedavisinin içeriğini beslenme eğitimi, öğün planlamalarının yapılması, düzenli yeme alışkanlıklarının kazanılması oluşturmaktadır. Tedavinin hedefleri ayrıca kilonun dengelenmesi, kilonun korunması, düşük kilolu hastalar için kilo kaybının önlenmesi ve kilo alımının sağlanmasıdır. Yetersiz ve/veya düzensiz beslenmeye bağlı oluşabilen metabolik sorunların azalması/kaybolması da beslenme tedavisinin amaçlarındandır (Rock, 2010).

1.1.4.2.3. Psikolojik Tedaviler

1.1.4.2.3.1. Bireysel Tedaviler

Yeme bozukluklarının multidisipliner tedavisinin önemli bir parçasını psikolojik tedaviler oluşturmaktadır. Yeme bozukluğu tedavisinde kullanılan psikolojik tedavilerden biri psikanalitik terapidir. Psikanalitik terapi temelini psikanalitik teoriden almaktadır. Terapinin temel hedefi hastanın kendini keşfetmesi ve ifade edebilmesidir. AN için psikanalitik açıklamalar temel alındığında terapi hedefi hastanın yetişkinliğini kabullenmesi ve bağımsızlığını kazanması olarak ifade edilmektedir (Gürdal-Küey, 2013a). BN için ise tedavide özellikle erken dönem nesne ilişkileri, nesne kaybı ve bu kaybın yarattığı boşluk ele alınmaktadır (Pirim-Düşgör, 2013). Terapi ile hastaların yeniden yaşadığını hissetmesi, cinsiyet özelliklerini kabullenebilmesi, yaşamının sorumluluğunu alabilmesi hedeflenmektedir (Gürdal-Küey, 2013a).

Yeme bozukluğu tedavisinde sıklıkla kullanılan kanıta dayalı tedavi ise BDT'dir. BDT temelini bilişsel davranışçı teoriden almakta ve bozukluğun sürmesinde rol oynayan süreçlere odaklanmaktadır. Bu nedenle tedavide kilo ve

şekille ilgili aşırı endişeler, kilo kontrol yöntemleri ile aşırı meşguliyet ele alınmaktadır. Genel olarak tedavi yaklaşık 20 seans olup 4-5 ay sürmektedir. Tedavinin hedefi, yiyeceklere yönelik katı tutumun esnetilmesi ve düzenli bir beslenme planı oluşturmak, kilo ve şekil ile ilgili endişelerin azalması, yeme bozukluğunu sürdüren tıkınırcasına yeme ve ardından gelen kusma, laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışların ortadan kalkması, alternatif başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve bu kazanımların sürdürülmesi olarak belirtilmektedir (Wilson, 2005). BDT ile hastaların yaklaşık yarısının iyileşmesi üzerine tedavi stratejileri geliştirilmiş ve Geliştirilmiş BDT (G-BDT) şeklinde güncel bir hal almıştır. G-BDT, AN, BN, TDBYB'nin temelde aynı sorunu paylaştığını, bu temeldeki sorunun ise şekil, kilo ve bunun kontrolünün aşırı değerlendirilmesi olduğunu belirtmektedir. Tedavide yeme bozukluklarını sürdüren süreçler kişiselleştirilmiş bir formülasyon ile ele alınmaktadır (Fairburn, 2008).

Yeme bozukluğu tedavisinde kullanılan diğer terapiler, kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunları temel alan Kişilerarası Psikoterapi (Fairburn, Jones, Peveler, Hope ve O'Connor, 1993), hastaların duygu düzenleme güçlüklerini temel alan Diyalektik Davranış Terapisi (Bankoff, Karpel, Forbes ve Pantalone, 2012), yeme davranışının ödüllendirici rolünü ele alan ve anlık duygulara odaklanan Bütüncül Bilişsel Duygusal Terapi (Wonderlich, Peterson ve Smith, 2015) olarak sıralanabilmektedir.

1.1.4.2.3.2. Yeme Bozukluklarında Aile Terapileri

AN 1970'lerden önce psikosomatik bir hastalık olarak görülmekte ve tedavi stratejileri bireyi odağa alarak oluşturulmaktadır. AN üzerine erken dönem teorik açıklamalar, ailenin hastalığa yol açtığı, hastalığı şiddetlendirdiği ve tedavinin gidişatını olumsuz etkilediği gibi nedenlerden ötürü aileyi tedaviden uzak tutmak gerektiğini öne sürmektedir (Akdemir, 2013).

AN'de aile terapisi ile ilgili çalışmalar Minuchin'in (1970) Yapısal Aile Terapisi ile başlamıştır. Yine aynı dönemde Selvini-Palazzoli (1974) AN'ye ailenin etkisi üzerine çalışmalar yapmıştır. Bahsi geçen terapistler AN'nin aile sistemindeki işlev bozukluklarını yansıttığını öne sürmüşlerdir. Bu çalışmalarla birlikte AN'yi

anlama yönünde önemli yenilikler meydana gelmiş daha önceki açıklamaların aksine AN bireysel ruhsal bir hastalık olarak ele alınmamıştır (aktaran Akdemir, 2013).

Minuchin'in yapısal modelinde AN hastasının yemeyi reddetmesi kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunların yansıması olarak ele alınmış ve 'psikosomatik aile' kavramını oluşturmuştur. Ergenin yemeyi reddetmesi ise karşı koyma olarak formüle edilmiştir. Minuchin psikosomatik ailede, iç içe geçme (enmeshment), aşırı koruyuculuk, aşırı katılık, çatışmalara çözüm bulamama ve çatışmadan kaçınma, aile sorunlarına çocuğun belirtilerinin karıştırılması olmak üzere beş yaygın iletişim şeklinin görüldüğünü gözlemiştir. Minuchin ailede görülen bu sorunların çocuklarda belirti şeklinde ortaya çıktığını söylemektedir. Bu tanımlamadan sonra 54 ergeni yaklaşık 8 ay boyunca ailenin de dahil olduğu bu yöntem ile tedavi etmiş ve %86 oranında iyileşme gözlemiştir (Minuchin ve ark., 1978). AN'de aile terapisinin etkinliğine yönelik yapılan bu çalışma ailenin tedavideki rolüne ilişkin önem taşımakla beraber çalışmada kontrol grubunun kullanılmaması ve takip çalışmasının olmaması kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir.

Selvini-Palazzoli sistemik modelinde ailenin işlev bozukluğunu sürdüren süreçlerin ele alınması gerektiğini öne sürmüş ve hastanın aileyi durgunlaştırıcı rolüne vurgu yapmıştır. AN hastası ile yaşayan ailelerde evlilikte işlev bozuklukları, iletişim problemleri, çatışmadan kaçınma, ev içi gruplaşmaların oluşu ve ailede katı tutumun belirgin olduğu öne sürülmektedir (Palazzoli, Boscolo, Cecchin ve Prata, 1974).

Bu teorik açıklamalar yeme bozukluğu tedavisinin ailelerden bağımsız olmaması gerektiğini ve tedavinin aile etkileşimlerini iyileştirmeye odaklanmasının öneminin altını çizmektedir. Bunu destekler şekilde sonraki çalışmalar da yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürmesinde bakım verenlerin rolünün etkili olduğunu göstermekte ve bakım verenlerin sürecin bir parçası olması gerektiğini önermektedir (Crowther ve ark., 2015; Di Paola ve ark., 2010).

Özellikle AN üzerine yapılan bu çalışmaların ardından 1985 yılında ise Aile Temelli Terapi (Family Based Therapy) Maudsley Hastanesinde ayaktan tedavi gören AN hastalarına yönelik Christopher Dare ve Ivan Eisler tarafından

geliştirilmiştir (Le Grange ve ark., 2010). Tedavi, problemlerin ele alınabilmesi için aile sistemini merkeze yerleştirmektedir. Tedavide aile doğrudan hastalığın nedeni olarak ele alınmamakta, aile tedavide aktif ve pozitif bir rol oynamaktadır (Keel ve Haedt, 2008). Aileyi suçlu duruma sokmadan, tedaviye katkılarının öneminin altı çizilerek ailenin tedavi için gücü vurgulanmaktadır. Tedavide hastanın normal kilo aralığına ve gelişimsel olarak beklenen fiziksel olgunluğa ulaşabilmesi, tıkınırcasına yeme ataklarını kontrol edebilmesi hedeflenmektedir. Bu doğrultuda tedavi 12 aylık süre boyunca 15-20 seansı içeren üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada ailelerin de desteği alınarak hastaların yeniden beslenmelerini, fiziksel aktivitelerini belli bir seviyede tutmalarını sağlamak amaçlanmaktadır. Bunu yaparken hastalığın hastaların kontrolünde olmadığı vurgulanmakta, hastalığın dışsallaştırılması ve ebeveynlerin suçluluk duygularının azaltılması hedeflenmektedir. Hastalığın getirebileceği fiziksel ve psikolojik etkilere ilişkin psikoeğitim verilmekte, ailenin beslenme alışkanlıkları, aile içi iletişim de bu aşamada ele alınmaktadır. Ailenin beslenme alışkanlıkları değerlendirilirken gerekli görülürse aile, terapistin olduğu bir ortamda yemek yemektedir. Bu aşama yaklaşık 10 hafta sürmektedir. İkinci aşamada, hastanın yeme düzeni konusunda daha fazla bağımsızlık kazanması, yeme belirtileri ve günlük hayat işlevsellikleri arasında denge kurulması amaçlanmaktadır. Ayrıca, yeme bozukluğu belirtilerini etkileyen aile sorunları ele alınmaktadır. Bu aşama ise yaklaşık sekiz hafta sürmektedir. Üçüncü aşama diğer iki aşamanın üzerine inşa edilmekte ve hastanın sağlıklı kilo sınırlarına yaklaştığı, sosyal olarak işlevselliğinin arttığı zaman başlamaktadır. Bu aşamanın temel hedefi ise hastanın özerkliğini kazanabilmesi, sağlıklı bir kimlik oluşturabilmesidir. Bu aşamanın bitimine doğru ise süreç sonlandıktan sonrasına ilişkin planlama yapılmaktadır (Smith ve Cook-Cottone, 2011).

Aile temelli terapinin özellikle ergen AN'ler için etkin olduğu gösterilmekle birlikte diğer yeme bozukluğu tanıları için de umut vaat edici sonuçlar ortaya koymaktadır (Chen ve ark., 2010). Aile temelli terapi sonucunda genel olarak hastaların yarısının veya üçte ikisinin sağlıklı kiloya ulaştıkları görülmüştür, neredeyse tamamının adet döngüleri yeniden başlamıştır. Takip seanslarında %60-90 oranında tam remisyon görülmekle birlikte %10-15'inin belirtileri devam etmiştir

(Eisler, 2005; Lock, 2011; Loeb ve ark., 2007). Aileler ise hastalığa ilişkin bilgilerinin ve bu süreci yönetmeye yönelik öz etkinlik inançlarının arttığını, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık gibi duyguların azaldığını bildirmişlerdir (Spettigue ve ark., 2015). Ayrıca tedaviye ailenin katılımı ile ailede duygu dışavurumu belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma ve aile içi pozitif yönde iletişimde artış gözlenmiştir (Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki ve Someya, 2001).

Sunulan bilgilerde aktarıldığı üzere aile temelli terapiler, birlikte (conjoint) aile terapisi ve ayrı (separated) aile terapisi olarak ayrılmaktadır. Birlikte aile terapisinde hasta ve yakınları birlikte aynı seans içinde değerlendirilirken; ayrı aile terapisinde hasta ve ailesi ayrı seanslarda değerlendirilmektedir (Eisler, 2005). Yüksek duygu dışavurumu gösteren AN ve BN ailelerinde ayrı aile terapisi daha olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır (Treasure ve ark., 2007).

Sonuç olarak, aile temelli terapiler yeme bozuklukları tedavi sürecinde ailenin rolünün önemine dikkat çekmekte ve aileyi tedavinin bir parçası olarak ele almanın önemini ortaya koymaktadır. Tedavi sürecinde hastalığın aile üzerindeki etkilerini, bakım verme yüklerini anlamanın, hastalık sürecine uyum ve kolaylaştırıcı davranışları ele almanın tedavi sürecine katkıda bulunacağına yönelik kanıtlar sunmaktadır.

1.2. Yeme Bozukluğu Hastalık Sürecinde ve Tedavide Ailenin/Bakım Verenlerin Rolü ve Önemi: Aile Uyumu ve Bakım Verme Yükü

Bireysel terapilerde önemine değinilen, aile terapileri ile merkeze alınan aile yapısı ve süreçleri yeme bozukluklarında aile ve bakım verenlerin rolüne dikkat çekmektedir. Yeme bozukluğu süreci ile yeme bozukluğu belirtileri ailenin merkezi haline gelmekte ve aile hastalık etrafında yeniden organize olmaktadır. Genel itibariyle aile ilişkilerinde kilo ve yemek daha fazla alan kaplamaktadır. Yakınlar hastalık sürecinde ne yapmaları gerektiğine yönelik kafa karışıklığı yaşamaktadır. Bilgi eksikliği ve hastalıkla ilgili yanlış atıflar duygu dışavurumunun bileşenleri olan aşırı korumacılığa ve eleştirelliğe neden olabilmekte ve bakım verenlerde yoğun bir stres oluşturmaktadır (Treasure ve ark., 2007; Whitney ve ark., 2005). Ailede duygu dışavurumunun yüksek olması yeme bozukluklarının oluşumuna, sürmesine ve

tedavi sürecine etki etmektedir. Yüksek düzeyde duygu dışavurumu olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmaktadır (Butzlaff ve Hooley, 1998; van Furth ve ark., 1996; Uehara ve ark., 2001).

Duygu dışavurumunda yüksek düzeyde sorunları da kapsayan yaklaşımlarında Schmidt ve Treasure (2006) AN belirtilerini sürdüren, tedavi sonuçlarına etki eden dört faktörlü bir teorik model önermektedir. İlk iki faktör hastalık öncesinden gelen yatkınlaştırıcı faktörlerdir. Bunlardan ilki kompulsif özellikler, katılık ve mükemmeliyetçilik; ikincisi yüksek düzeyde kaygı ve kaçınma ile karakterizedir. Diğer iki faktör ise şiddetli açlığın sonucunda ortaya çıkan kişilerarası ilişkilerin yüksek düzeyde duygu dışavurumu içermesini ve birey için olumlu algılanan açlık yanlısı inanışları (psikolojik ve biyolojik değişimlerin olumlu algılanması) kapsamaktadır. Birtakım duygular, düşünceler ve davranışsal faktörler ise üyelerinde yeme bozukluğu olan ailelerde görülen kişilerarası tepkileri şekillendirmektedir. Ailede görülen katılık, kompulsif davranışlar ve detaylarla fazla meşguliyet, duygu dışavurumunda yüksek düzeyde sorunlar, suçluluk ve utanç, yeme bozukluğu ile ilgili yanlış anlamalar ve yorumlamalar etkili problem çözme becerilerini kesintiye uğratmakta ve ailenin hastalık sürecine uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır. Yine aile üyeleri hastalık sürecinde çeşitli uzlaşmacı ve kolaylaştırıcı davranışlarla yeme bozukluğu belirtilerini sürdürücü etki gösterebilmektedir (Treasure ve Todd, 2016).

Bakım verenlerin hastalık sürecine etkisi göz önünde bulundurulduğunda Treasure ve arkadaşları (2007) yeme bozukluğu olan hastalarla çalışırken ailelere bilgi verilmesinin ve tedaviye ailenin dahil edilmesinin öneminin altını çizmektedir. Yazarlar tedavi için oluşturulan ajandada tedavi hedeflerinin, hastalığın doğasının ve ailenin katılımının ne derece olacağının konuşulmasının ve aileye etkin başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesinin yer alması gerektiğini söylemektedir. Bunları yaparken sağlık davranışı modellerinden yararlanmaktadırlar. Özellikle Transteorik Model ve bu modelde yer verilen değişim evreleri yaklaşımı (DiClemente ve Prochaska, 1982) hastaların belirtilerini kesmeye hazır olmadığını yakınlarının anlamasına yardımcı olmaktadır. Değişim evreleri tasarım öncesi, tasarım, hazırlık, eylem ve sürdürme olmak üzere beş evreden oluşmaktadır. Tedavi sürecinde yeme bozukluğu olan

hastanın hangi aşamada olabileceği ve tedaviye hazır oluş kavramı yakınlara anlatılmaktadır. Burada amaç hastanın ve yakınlarının ortak kanıta dayalı bir anlayışı paylaşması ve sürece aynı perspektiften bakabilmelerini sağlamak olarak belirtilmektedir (Treasure, Gavan, Todd ve Schmidt, 2003). Bakım verenlere ayrıca motivasyonel görüşmenin temel prensipleri anlatılmaktadır. Bunun amacı, tasarım öncesi evrede olan hastaların değişime dirençli ve düşmanca tavırlarının yakınlar tarafından anlaşılmasıdır. Böylelikle aile içinde çatışma ve yanlış anlaşılmaların azalması muhtemel olacaktır (Treasure, Whitaker, Whitney ve Schmidt, 2005). Tedavi içeriğinde aile eğitimi yer almakta ve hastalığı sürdürücü işlev gören kişilerarası ilişkilerde eleştirelliği, suçluluğu azaltmak, bakım verenlerin desteğini artırmak hedeflenmektedir (Treasure ve ark., 2003; Schmidt ve Treasure, 2006).

Anılan bu nedenlerle hastalık süreciyle karşılıklı etkileşimde olan aile ilişkilerinin daha iyi anlaşılmasının yeme bozukluklarını daha iyi kavramsallaştırıp tedaviyi daha etkili düzenlemek bakımından faydalı olacağı düşünülmektedir. Yeme bozukluğu hastalarının tedavi başlangıcı ve sürecinde ailenin işlevselliğini, aile uyumunu değerlendirmek ailenin hastalık üzerinde ve hastalığın aile üzerinde nasıl etkileri olduğunu anlamak adına önem taşımaktadır. Tedavi için oluşturulan yol haritası bu bilgilerden bağımsız olmamalıdır. Hastalığın aile yaşamına kattığı zorlukları ve bu durum karşısında ailenin kaynaklarını anlayabilmek gerekmektedir (Eisler, 2005). Böylelikle tedavide hasta ve aile arasındaki çatışmanın azaltılması, hasta ve ailenin hastalık sürecinde birlikte yol alması mümkün olacaktır. Bu süreçte üzerinde dikkatle durulması gereken iki önemli nokta aile uyumu ile bakım verme ve yükü olarak dikkat çekmektedir.

1.2.1. Yeme Bozukluklarında Aile Uyumu (Family Accomodation)

Aile uyumu, aile üyelerinin psikolojik bozukluğu olan yakınlarına yardım edebilmek, hastalıkla baş edebilmek, bozuklukla ilgili sıkıntıyı hafifletmek ve aile içi çatışmayı azaltabilmek amacıyla kendi davranışlarında yaptıkları değişiklikleri tanımlamaktadır (Lebowitz, Panza, Su ve Bloch, 2012). Aile uyumu, yakını için aile rutinin değiştirilmesini, bozukluğun getirdiği belirtilere dahil olmayı ve yakının

bozuklukla ilgili kaçınma davranışlarını kolaylaştırmayı içermektedir (Wu ve ark., 2016).

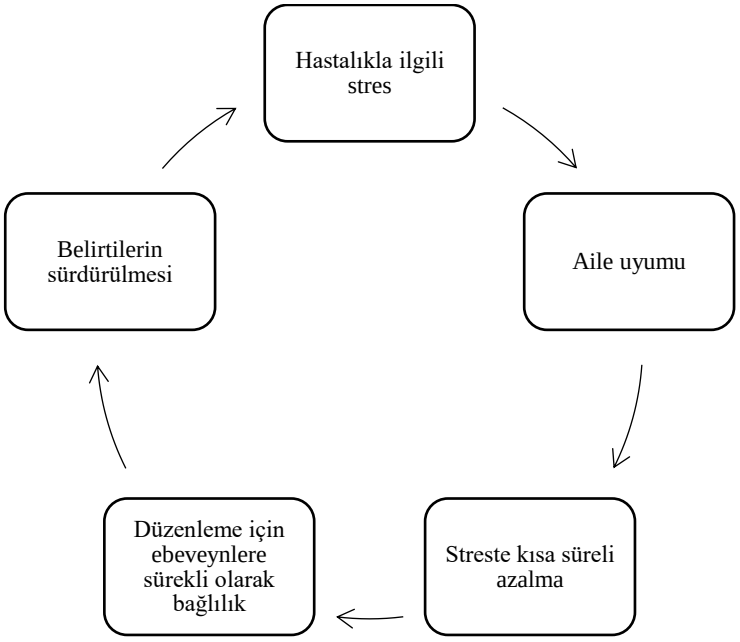
Aile uyumu üzerine ilk çalışmalar OKB üzerine yapılmıştır. OKB hastalarının yakınlarının uyum davranışları hastalığın tetikleyicilerinden kaçınmayı kolaylaştırmayı, aile rutinin değişmesini ve sıkıntıyı azaltabilmek için hastanın kompulsif davranışlarına katılımı içermektedir. Bu sürece örnek olarak hastanın stresini azaltmaya yardımcı olabilmek için aşırı el yıkamak, kilitleri doğru kontrol ettiklerini onaylayarak hastanın güven duymasını sağlamak verilebilir. OKB hastaları ile yapılan çalışmalarda ailede uyum davranışları aile işlevselliğinde zayıflama ve artan aile içi stres ile ilişkili bulunmuştur (Albert ve ark., 2010; Calvocoressi ve ark., 1995; Cherian, Pandian, Math, Kandavel ve Reddy, 2014; Strauss, Hale ve Stobie, 2015; Storch ve ark., 2007). Aile uyumu üzerine yapılan sonraki çalışmalar anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, tik bozukluğu ve yeme bozukluğu üzerine yoğunlaşmaktadır (Shimshoni, Shrinivasa, Cherian ve Lebowitz, 2019).

Yeme bozukluğu olan ailelerle aile uyumu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde bakım verenlerin çatışmadan kaçınmak, aile içinde oluşabilecek gerginliği azaltmak ve hastanın stresini azaltmak amacıyla hastaya uyum ve hastalık belirtilerini kolaylaştırıcı davranışlar gösterdiği görülmektedir. Ailenin gösterdiği uyum davranışlarına örnek olarak, yeme bozukluğu hastası evde bazı yiyeceklerden rahatsızlık duyduğu için bu yiyeceklerin satın alınmasından kaçınılması, yemek zamanı veya yemek hazırlama ritüellerine katı bir şekilde bağlı kalınması, hastanın kilosu veya görünüşü ile ilgili sürekli güvence sağlanması gösterilebilir (Sepulveda, Kyriacou ve Treasure, 2009). Yeme bozukluklarında her iki ebeveyn yüksek uyum davranışları gösterdiğinde hastaların tedavi süreçleri ve sonuçları daha olumsuz etkilenmektedir (Salerno ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda ailenin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarının yeme bozukluğu belirtilerini sürdürücü işlev gösterdiği görülmektedir (Anderson, Smith, Nuñez ve Farrell, 2021). Schmidt ve Tresure tarafından geliştirilen AN'nin bilişsel-kişilerarası sürdürücü modelinde de bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu,

hastalık karşısındaki endişeli ve aşırı duygusal olan işlevsiz tepkileri, ailenin uyum davranışları kişilerarası sürdürücü faktörler olarak belirtilmektedir (Treasure ve Schmidt, 2013). Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan ailelerde aile uyumu ailede işlevselliğin zayıflaması ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu olan hastanın tedavi gidişatının da olumsuz etkilendiği görülmüştür (Anastasiadou, Medina-Pradas ve ark., 2014; Anderson ve ark., 2021). Ailede uyum davranışı arttıkça hastalar bağımsız baş etme stratejileri geliştirememekte ve bu durum belirtilerin sürmesine, tedavi gidişatının olumsuz etkilenmesine hizmet etmektedir (Albert, Baffa ve Maina, 2017).

Anılan çalışmalarda değinilen aile uyumunun yol açtığı olumsuz pekiştirme döngüsü Şekil 1.1.'de görülmektedir. Aile uyumu üzerine yapılan çalışmalarda aile uyumu ile hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi, artan bakım yükü, işlevsellikte bozulma, yaşam kalitesinde azalma ve tedavi sonuçlarının zayıflaması arasında ilişki bulunmaktadır. Tedavide etkinliği artırmak için aile uyumunun azaltılması amaçlanmaktadır (Lee ve ark., 2015; Shimshoni ve ark., 2019; Torres, Hoff, Padovani ve Ramos-Cerqueira, 2012).



Şekil 1.1. Aile uyumunun yol açtığı olumsuz pekiştirme döngüsü

Shimshoni, Shrinivasa, Cherian ve Lebowitz'dan (2019) uyarlanmıştır.

Sunulan bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, yeme bozukluğu tedavisinde yakınların uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarının tespit edilmesi, değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde bu davranışların azaltılmasının hedeflenmesi tedaviye olumlu yönde katkı sunacağı düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda yakınların uyum davranışları bakım verme yükü ile ilişkili bulunduğundan bu süreçte yeme bozukluğu hastalarının yakınlarının yaşadığı zorlanmaları anlayabilmek adına bu kavramın incelenmesi önem arz etmektedir. Takip eden bölümde hastalığın yakınlar üzerindeki etkisi bakım verme yükü açısından ele alınacaktır.

1.2.2. Yeme Bozukluklarında Bakım Verme ve Bakım Yükü

Bakım yükü, hastanın yakınlarının veya onun için önemli olan diğerlerinin hastalık sürecinde yaşadığı zorlanmalar ve problemler olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükü objektif ve sübjektif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Objektif bakım yükü hastalığın getirdiği nesnel sorunlarla ilgiliyken, sübjektif bakım yükü bakım verenler tarafından algılanan öznel deneyimlerden oluşmaktadır (Platt, 1985). Yeme bozukluğu ile ilgili objektif bakım yükü yemek desteği sağlamak, bakımla ilgili süreçlere zaman ayırmak, temas süresi gibi deneyimleri kapsamaktadır. Sübjektif bakım yükü ise hastalık nedeniyle damgalanma, bakım verme rolünün oluşturduğu gerginlik, gerekli bilgiye erişememe gibi karşılanmayan ihtiyaçların ve benzeri faktörlerin getirdiği psikolojik sıkıntıları içermektedir (Rhind ve ark., 2016). Hastalığın getirdiği psikolojik, fiziksel ve sosyal zorluklar bakım verme yükünü arttırmaktadır. Yeme bozukluğu hastalarının yakınlarında bakım yükünün incelendiği bir çalışmada hem AN hem de BN'lerin bakım verenlerinde sübjektif bakım yükü objektif bakım yüküne göre daha fazla gözlenmektedir. Ek olarak sübjektif bakım yükünün ise BN bakım verenlerine göre AN'lerin bakım verenlerinde daha yoğun olduğu görülmektedir (Santonastaso, Saccon ve Favaro, 1997).

Yeme bozukluğu hastalarının bakım verenleri bu süreçte genel olarak çaresizlik, korku, suçluluk, kafa karışıklığı, yalnızlık, şaşkınlık ve inkâr gibi pek çok duygu deneyimlediklerini bildirmişlerdir (De La Rie ve ark., 2005; Gilbert ve ark., 2000). Bakım verenlerin hastalık süreci deneyimlerine dair niteliksel bir çalışmada bakım verenler bu süreci anlatırken "zorlu yolculuk, cehennem, kâbus, karanlık bir

zaman" tanımlamalarını kullanmışlardır (Svensson, Nilsson, Levi ve Suarez, 2013, s. 400). Yeme bozukluğu bakım verenlerinde bakım yükünün incelendiği sistematik çalışmalarda bakım verenlerde, bakım verme yükünün, psikolojik stresin ve duygu dışavurumunun yüksek, yaşam kalitesinin ise düşük olduğu görülmektedir (Goddard ve ark., 2011; Zabala, Macdonald ve Treasure, 2009). Ek olarak bazı bakım verenlerin klinik olarak anlamlı depresyon ve anksiyete belirtileri bulunmaktadır (Anastasiadou ve ark., 2014; Zabala ve ark., 2009).

Yeme bozukluğu hastalarının bakım verenleri ile kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarda yeme bozukluğu yakınlarının yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir (De LA Rie ve ark., 2005). Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin düşüklüğü artan bakım yükü ile ilişkili bulunmaktadır. Ayrıca hastalık süreci ile özellikle aile ilişkilerinin değiştiği ve aile içindeki çatışmanın arttığı bildirilmektedir. Aileler bu süreçte yeme alışkanlıklarının, boş zamanlarda yaptıkları aktivitelerin hastalık sürecinden etkilendiğini belirtmektedirler. Yeme bozukluğu hasta yakınları bu süreçte duygusal olarak yıprandıklarını, kendilerine ayırdıkları zamanın azaldığını, kendi iyi oluşlarını yakınlarının iyi oluşları üzerinden tanımladıklarını ifade etmektedir (De LA Rie ve ark., 2005; Svensson, Nilsson, Levi ve Suarez, 2013). Bakım verenler hastalığın getirdiği bakım sorumluluklarını ve hastalık üzerindeki kontrolü hastalardan çok kendilerine atfetmişlerdir (Whitney, Haigh, Weinman ve Treasure, 2007).

Yeme bozukluğu sürecinin yakınlar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların yanı sıra yakınların rolleri açısından karşılaştırmalar yapan çalışmalar da bulunmaktadır. Yeme bozukluğu yakınlarının rolleri açısından bakım verme yüklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ebeveynler arasında bir farklılık görülmemiştir (Santonastaso ve ark., 1997). Bir başka çalışmada ise AN'lerin anneleri babalarına göre daha fazla objektif bakım yükü bildirmişlerdir. Hastalığa uyum sağlayıcı davranışların özellikle anneler için objektif ve sübjektif bakım yükünü arttırabildiği görülmektedir (Rhind ve ark., 2016). Ayrıca, yeme bozukluğu hastalık sürecinde genel olarak annelerin sürece daha fazla dahil oldukları, hasta ile daha fazla temas kurdukları görülmektedir. Ancak çalışma sonuçlarına göre iki

ebeveyn de bakım verme sürecine dahil olduğunda hastaların tedavi süreçleri ve sonuçları daha olumlu etkilenmektedir (Treasure, Rhind, Macdonald ve Todd, 2015).

Hastalık sürecinde bakım verenlerin bakım verme yükleri ve yaşadıkları zorlanmalar göz önünde bulundurulduğunda bakım verenlerin ihtiyaçlarının tespit edilmesi önemli görülmektedir. Bu amaçla yapılan çalışmalar sonucunda bakım verenler hastalık sürecinde yalnız kaldıklarını ve bakım verme konusunda yetkin hissetmediklerini belirtmektedir (Rhind ve ark., 2016). Bakım verenlerle yapılan niteliksel çalışmalarda bakım verenlerin hastalık ve tedavi süreci hakkında daha fazla bilgiye, duygusal desteğe, pratikte kullanabilecekleri yöntemlere, rehberliğe ve benzer deneyimleri yaşayan yakınlarla konuşmaya ihtiyaç duydukları görülmektedir (De La Rie ve ark., 2005; Winn, Perkins, Murray, Murphy ve Schmidt, 2004). Yeme bozukluğu hakkında bilgi eksikliği, hastalığın çevre tarafından anlamlandırılamaması ve damgalanma hem hastaların hem de bakım verenlerin sosyal destek almasına olumsuz katkı sunmaktadır (Kyriacou, Treasure ve Schmidt, 2008). Yapılan çalışmalarda yakınlara sağlanan sosyal desteğin artan bakım yükünün negatif etkisine karşı koruyucu olduğu görülmektedir (Kyriacou ve ark., 2008).

Yakınlar yaşadıkları duygusal zorlanmalar ve özellikle bilgi eksikliği olmak üzere karşılanmayan ihtiyaçları nedeniyle hastalık sürecinde ne yapacakları konusunda sıklıkla kafa karışıklığı yaşamaktadırlar (Treasure ve ark., 2003). Bu durumda aile ortamı iyileşmeyi teşvik edemediği gibi iyileşme önünde engelleyici de olabilmektedir. Örneğin ailede aşırı eleştirel, düşmanca veya aşırı korumacı gibi yüksek duygu dışavurumu ve işlevsellikte bozulma yeme bozukluğu hastalarının belirtilerinin şiddetini arttırmakta ve tedavi gidişatlarını olumsuz etkilemektedir (Treasure ve Todd, 2016; Wisotsky ve ark., 2003). Ayrıca bakım verenlerin eleştirel tepkileri yeme bozukluğu belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (Goddard ve ark., 2013).

Bakım verenlerin yaşadığı deneyimler ve hastalık üzerindeki bu etkileri değerlendirildiğinde bakım verenlerin tedaviye dahil edilmesi ve müdahale programlarının tasarlanması önemli görülmektedir (Treasure ve ark., 2007). Bakım verenlerle yapılan bir müdahale programının sonucunda bakım verenlerin stres

düzeyinde, bakım yüklerinde ve duygu dışavurumu belirtilerinde anlamlı derecede azalma gözlenmiştir. Bakım verenler üzerinde gözlenen bu olumlu değişim takip ölçümlerinde de sürmüştür (Sepulveda, Lopez, Macdonald ve Treasure, 2008; Sepulveda, Lopez, Todd, Whitaker ve Treasure, 2008a). Bir başka çalışmada bakım verenler bu süreçte yeterli yardım aldıklarında psikolojik iyi oluşlarında önemli gelişmeler görülmüştür (Goddard ve ark., 2011; Gísladóttir ve Svavarsdóttir, 2011). Yakınlar müdahale içeriğinde yer alan psikoeğitim sonucunda kendilerini hastalık süreci ile ilgili daha yetkin hissettiklerini, öz etkinlik inançlarının arttığını, suçluluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının azaldığını bildirmişlerdir (Spettigue ve ark., 2015). Ayrıca müdahale programında yer alan grup oturumları ile yakınlar algıladıkları sosyal desteğin arttığını bildirmişler ve bu durumun hastalık ile baş etme konusundaki öz-etkinlik inançlarına olumlu yönde katkıda bulduklarını ifade etmişlerdir (Zucker, Ferriter, Best ve Brantley, 2005).

Yapılan bir çalışmada ise aileler bakım yüklerinin azalması ile kendi öz bakımlarına daha fazla vakit ayırabildiklerini bildirmişlerdir (Zucker, Marcus ve Bulik, 2006). Bakım verenler üzerine yapılan müdahale programı sonucunda hastaların tedavi gidişatlarında da olumlu etkiler gözlenmiştir (Gísladóttir ve Svavarsdóttir, 2011; Rhodes, Baillie, Brown ve Madden, 2005). Özellikle yakınların duygu dışavurumu belirtilerinin hastaların semptomlarını artırıcı rolü düşünüldüğünde yakınlara uygulanan müdahalelerin kritik bir etkisi bulunmaktadır.

Yeme bozukluğu süreci ile hastalar bu süreci izole olarak tanımlamakta ve yalnızlık duygularının arttığını ifade etmektedir. Aile ve arkadaşlardan alınacak sosyal destek hastaların izolasyonlarının azalmasını sağlayabilecek ve tedaviye olumlu katkı sunacaktır (Haigh ve Treasure, 2003). Yapılan çalışmalar, olumlu tedavi sonuçlarının öncülleri olarak destekleyici aile ve arkadaşlara sahip olmayı ve bu süreçteki yeme bozukluğuna bağlı belirtileri eleştirmeyen bir çevrenin varlığının önemini ortaya koymaktadır (Treasure ve ark., 2007). Sonuç olarak bakım verenlerin bakım yüklerinin ve uyum davranışlarının tespiti ve hastalık sürecinde bu doğrultuda destek almaları kendi psikolojik iyi oluşlarına, hastalık sürecini yönetme becerilerine katkı sunarken aynı zamanda hastaların tedavi gidişatına da olumlu yönde etki etmektedir.

1.2.3. Yeme Bozukluklarında Aile Uyumu ve Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Yeme bozukluklarında aile uyumu ve bakım verme hastalık süreci üzerinde etki sahibi olarak değerlendirilmektedir (Goddard ve ark., 2011; Kyriacou ve ark., 2008). Bakım verenler hastalık sürecinde hasta olan yakınları ile daha fazla temas kurmakta ve bu durumun ise uyum davranışlarını artırdığı görülmektedir. Hastalık süreci ile aile rutininde meydana gelen değişiklikler, yeme düzeni ile ilgili yeni kurallar ve hastanın duygu durumundaki değişiklikler aile içinde çatışmalara zemin hazırlamaktadır. Çatışmaların artması ile hasta ve yakınlar arasında iletişim güçlükleri meydana gelmektedir. Hastalık süreci ile nasıl baş edeceklerini ve hasta olan yakınlarına nasıl destek sunacaklarını bilemeyen bakım verenler özellikle çatışmadan kaçınmak için hastalığa uyum ve semptomları kolaylaştırıcı davranışlar sergileyebilmektedir. Bakım verenlerin hastalığa uyum sağlamak için davranışlarını ayarlama eğilimleri ve hastalıkla baş ederken kullandıkları uygunsuz başa çıkma stratejileri bakım verme yüklerini arttırmaktadır (Haigh ve Treasure, 2003). Bu durum hem aile üyelerinin psikososyal yaşantıları üzerinde zorluklar oluştururken hem de hastanın hastalık sürecine olumsuz katkı sunmaktadır. Aynı zamanda hasta ve yakınların iş birliği içinde süreci yönetmelerini zorlaştırmaktadır (Zabala ve ark., 2009).

Sonuç olarak bu süreçte ailenin hastalığa uyum ve semptomları kolaylaştırıcı davranışlarını, bakım yüklerini birlikte değerlendirmek hem yakınlar hem hastalar için önem taşımaktadır (Sepulveda ve ark., 2009). Bu bakış açısı söz konusu kavramların ölçülmesinin önemi gündeme gelmektedir. Alan yazın incelendiğinde bu kavramları ölçmek üzere geliştirilmiş iki ölçek bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)) (Sepulveda ve ark., 2009), yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalık sürecindeki uyum davranışlarını ve bu süreçte hastaların belirtilerini gerçekleştirebilmelerini kolaylaştırıcı davranışlarını ölçmeyi hedeflemektedir. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin deneyimlerini anlamaya yönelik bilgiler

ortaya koymaktadır (Anderson ve ark., 2021; Salerno ve ark., 2016; Stefanini ve ark., 2019; Stillar ve ark., 2016). Bu çalışmalar bakım verenlerin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarının yeme bozukluğu tedavisine olumsuz etki yaptığına yönelik ortak bulgular sunmaktadır. Ayrıca ailenin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarının yeme bozukluğu tedavi sürecinde rutin olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Anderson ve ark., 2021). İkinci ölçek, Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (Eating Disorders Symptom Impact Scale) (Sepulveda ve ark., 2008b), yeme bozukluğu hastalık sürecinin bakım verenler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği ile yapılan çalışmalar hastalık sürecinin yakınlar üzerindeki etkisine yönelik açıklayıcı bilgiler ortaya koymaktadır. Bu ölçek bakım verenlerin bu süreçte hangi alanlarda zorlanmalar yaşadıklarına ve ihtiyaçlarının ne olduğuna ışık tutmaktadır (Coomber ve King, 2013; Sepulveda ve ark., 2012; Sepulveda ve ark., 2008a).

Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda yeme bozuklukları bakım verenlerine yönelik geliştirilmiş Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği ile Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini Türkçeye uyarlamanın ülkemizde bahsedilen değerlendirmeler için pratik bir yol sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu bölümde bahsedilen iki ölçeğin geliştirilme aşamalarına kısaca değinilecektir.

1.2.3.1.Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)

Yeme bozukluğu hastalarının yakınları hastalığın getirdiği belirtiler nedeni ile ev içi düzenlerinde, yakınlarıyla ilişkilerinde ve sosyal yaşamlarında önemli ölçüde değişiklik olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların yemeye ilişkin katı ve ritüelistik kuralları, bedenleri ve yediklerine yönelik sürekli güvence arayışında olmaları gibi belirtileri nedeniyle yakınlar bu yeni düzen karşısında ne yapabilecekleri konusunda zorlanmaktadır. Yakınlar çatışmadan kaçınmak, ev içi stresi hafifletmek ve yakınlarının hastalıkla daha rahat başa çıkabilmesini sağlamak amacıyla yeme bozukluğunu ile gelen belirtilere ortak olmaya, uyum göstermeye başlamaktadır (Treasure ve ark., 2003). Alan yazın incelendiğinde yeme bozukluğu yakınlarının uyum davranışlarını ölçmeye yönelik herhangi bir ölçüm aracı bulunmaması

nedeniyle Sepulveda ve arkadaşları (2009) Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek maddeleri oluşturulurken obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin hastalığa uyum davranışlarını ölçmeyi hedefleyen Aile Uyumu Ölçeğinin (Family Accomodation Questionnaire) (Calvocoressi, Lewis ve Harris, 1995) maddelerinden yararlanmışlardır. Bu maddeler yeme bozukluğu ile ilişkili olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Yeni maddeler ise yeme bozukluğu bakım verenleriyle yapılan görüşmeler ve pilot çalışma sonucunda yazılmıştır. Bu doğrultuda toplamda 41 madde elde edilmiştir.

Çalışmada geçerlik analizlerinde kullanılmak üzere yakınsak geçerlikte anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Snaith, 2003); psikiyatrik hastalığı olan hasta yakınlarının stres, hastalıkla başa çıkma ve hastalıkla ilgili değerlendirmelerini ölçmeyi hedefleyen Bakım Verme Deneyimi Envanterinin (The Experience of Caregiving Inventory) (Szmukler ve ark., 1996) negatif alt ölçekleri; duygu dışavurumunu ölçmeyi hedefleyen Aile Ölçeği (The Family Questionnaire) (Wiedemann, Rayki, Feinstein ve Hahlweg, 2002) kullanılmıştır. Iraksak geçerlik için ise Bakım Verme Deneyimi Envanterinin pozitif alt ölçekleri kullanılmıştır.

Analizler çalışmaya katılan 193 bakım veren (166 ebeveyn, 10 eş/partner, 7 kardeş/arkadaş) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki bakım verenlerin %85.5'inin kadın olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin yeme bozukluğu olan yakınlarının demografik bilgileri incelendiğinde 193 yeme bozukluğu hastasının %98'inin kadın olduğu görülmektedir. Tanı açısından hastaların 136'sı AN ve 47'si BN'dir.

Çalışmanın istatistiksel analizleri doğrultusunda Açımlayıcı Faktör Analizinde (AFA) temel bileşenler analizi ve Varimax döndürmesi kullanılmıştır. AFA'da ölçeğin faktör yapısını belirlemek için özdeğeri 1'in üzerinde olan yapıların anlamlı bir faktör oluşturduğu kabul edilmiş ve faktör sayısı serbest bırakılmıştır. Faktör matrisinde en az .40 ile yüklenen maddeler ölçekte tutulmuştur. Çalışmada Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ise yürütülmemiştir. Sonuçlar incelendiğinde, AFA'da toplam varyansın %60.1'ini açıklayan, Kaçınma ve Rutini Değiştirme, Güvence Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Aile Kontrolü ve Görmezden Gelme olmak

üzere beş faktörlü 33 maddeli bir yapı elde edilmiştir. Görmezden Gelme faktörü dışında ölçeğin toplamı ve alt ölçekleri arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkiler incelendiğinde YBHUKSÖ ile ölçülen bakım verenlerin uyum davranışları ile depresyon, anksiyete, bakım yükü ve duygu dışavurumu belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Yakınsak ve ıraksak geçerlik doğrultusunda genel olarak beklenen ilişkiler gözlenmiştir. Ölçeğin güvenirliği doğrultusunda ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları ölçeğin toplamı için .92, Kaçınma ve Rutini Değiştirme için .90, Güvence Arayışı için .86, Yemek Ortamı Ritüeli için .86, Aile Kontrolü için .85 ve Görmezden Gelme için .77 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada genel olarak beklendik sonuçlar görülmekle birlikte yazarlar ilerleyen çalışmalarda daha geniş örneklemler üzerinde analizlerin yeniden gerçekleştirilmesinin ve DFA sınamasının da yürütülmesinin önemini belirtmişlerdir.

1.2.3.2.Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ)

Yeme bozukluğu hastalarının bakım verenleri bakım verme rolleri nedeniyle yüksek düzeyde stres yaşadıklarını bildirmektedir. Hastalığın bakım verenler üzerinde nasıl etkileri olduğunu anlamak hem bakım verenlerin psikososyal sağlığına hem de hastaların tedavi gidişatlarına olumlu katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenler üzerindeki etkisini ve bakım yükünü ölçmeyi hedefleyen spesifik bir ölçüm aracı bulunmaması nedeniyle Sepulveda ve arkadaşları (2008b) Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini geliştirmiştir. Bakım verenlerle yapılan görüşmeler ve pilot çalışma sonucunda 30 madde yazılmıştır.

Çalışmada YBBEÖ'ye ek olarak yakınsak geçerlik için psikiyatrik hastalığı olan hasta yakınlarının stres, hastalıkla başa çıkma ve hastalıkla ilgili değerlendirmelerini ölçmeyi hedefleyen Bakım Verme Deneyimi Envanterinin (The Experience of Caregiving Inventory) (Szmukler ve ark., 1996) negatif alt ölçekleri; psikolojik stresi ölçmeyi hedefleyen Genel Sağlık Anketinin 12 soruluk formu (Goldberg ve Williams, 1988); bakım verenlerin hasta olan yakınlarının işlevselliğini değerlendirmesini hedefleyen Çocuk Genel Değerlendirme Ölçeği (Children Global Assessment Scale) (Endicott, Spitzer, Fleiss ve Cohen, 1976) kullanılmıştır. Iraksak

geçerlik için ise Bakım Verme Deneyimi Envanterinin pozitif alt ölçekleri kullanılmıştır.

Analizler 190 bakım veren (129 ebeveyn, 9 partner, 5 kardeş ve 1 arkadaş) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bakım verenler cinsiyet açısından incelendiğinde %73.1'inin kadın olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin yeme bozukluğu yakınlarının demografik bilgileri incelendiğinde ise 156 yeme bozukluğu hastasının %93'ünün kadın olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu tanısı açısından 67'si AN, 21'i BN'dir. Kalan 68 hastanın gönüllü veri tabanından bu bilgiye erişilemediği için tanılarının bilinmediği bildirilmiştir.

Çalışmanın istatistiksel analizleri doğrultunda AFA'da temel bileşenler analizi ve Varimax döndürmesi kullanılmıştır. AFA'da ölçeğin faktör yapısını belirlemek için özdeğeri 1'in üzerinde olan yapıların anlamlı bir faktör oluşturduğu kabul edilmiş ve faktör sayısı serbest bırakılmıştır. Faktör matrisinde en az .40 ile yüklenen maddeler ölçekte tutulmuştur. Çalışmada DFA ise yürütülmemiştir. Sonuçlar incelendiğinde, AFA'da toplam varyansın %58.4'ünü açıklayan Beslenme, Suçluluk, Düzensiz Davranış ve Sosyal İzolasyon olmak üzere dört faktörlü 24 maddeli bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Çalışmada kullanılan diğer ölçeklerle YBBEÖ arasındaki ilişkiler incelendiğinde yakınsak ve uzaksak geçerlik için genel olarak beklenen ilişkiler gözlendiği görülmüştür. Ölçeğin güvenirliği doğrultusunda ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları ölçeğin toplamı için .90, Beslenme için .89, Suçluluk için .84, Düzensiz Davranış için .82 ve Sosyal İzolasyon için .86 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada genel olarak beklenenle paralel sonuçlar gözlenmiştir. Yazarlar sonuçları değerlendirirken katılımcı sayısının eksikliğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini, analizlerin daha geniş örneklemlerde yürütülmesinin daha güvenilir sonuçlar için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ilerleyen çalışmalarda ölçekten elde edilen yapının doğrulanması amacıyla DFA yürütülmesini önermişlerdir.

Bu bölümde yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalığa uyum gösteren, ortak olan, hastalığı kolaylaştıran davranışlarının ve hastalık belirtilerinin

bakım verenler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine yönelik bilgiler sunulmuştur. Bu kavramları ölçmeyi hedefleyen ve mevcut tez çalışmasında Türkçeye uyarlamaları amaçlanan iki ölçeğin orijinallerinin geliştirilme aşamalarına ve çalışma sonuçlarına kısaca değinilmiştir. İlerleyen bölümde mevcut çalışmanın amaçları ve hipotezleri sunulacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

AMAÇ VE HİPOTEZ

2.1. Amaç ve Hipotez

Yeme bozukluğu hastalarına bakım verenler bakım verme rolleri nedeni ile depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik belirtiler göstermektedir (De La Rie ve ark., 2005; Gilbert ve ark., 2000; Zabala ve ark., 2009). Aile ortamı hastalık semptomlarını sürdürücü bir işlev görebilmekle birlikte aynı zamanda değişimi teşvik de edebilmektedir. Hastalara bakım veren yakınları bu süreçte yardım etmeye istekli olmakla birlikte nasıl yardım edeceklerini bilmediklerinden yalnız, çaresiz hissetmekte ve aşırı eleştirel veya korumacı bir tutum sergileyebilmektedir. Bu süreç, yeme bozukluğu hastalarının tedavi sonuçlarının da kötüye gitmesine neden olabilmektedir (Goddard ve ark., 2011). Tedavinin bir parçası olarak bakım verenleri ele almanın, onların bu sürece uyumlarını ve bakım verme yüklerini anlamanın yeme bozukluğu hastalarının da tedavi sürecine katkı sunduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Lee ve ark., 2015; Shimshoni ve ark., 2019). Ancak, ülkemizde yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin deneyimlerine yönelik herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı bakım verenlerin bu sürece uyumunu değerlendirmek, hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisini anlamak amacıyla Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (Sepulveda ve ark., 2009) ile Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini (Sepulveda ve ark., 2008b) Türkçeye uyarlamaktır. Multidisipliner ekibin gerekli olduğu yeme bozuklukları tedavisinde, bu ekibin bir parçası olarak bakım verenleri ele almak hem bakım verenler hem hastalar için olumlu sonuçlar oluşturacaktır (Torres ve ark., 2012; Sepulveda ve ark., 2009). Bu ölçekler, bakım verenlerin hangi alanlarda zorlanmalar yaşadığını belirlemek, yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenler üzerindeki etkisini tespit etmek ve yardıma ihtiyaç duyulan alanları belirlemede pratik bir yol sağlayacaktır.

2.1.1. Genel Hipotezler

Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ) Türkçe formu yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalığa uyumlarını ve hastalığı kolaylaştırıcı davranışlarını değerlendiren geçerli ve güvenir bir ölçek olacaktır.

Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ) Türkçe formu yeme bozukluğunun bakım verenler üzerindeki olumsuz etkisini ölçen geçerli ve güvenir bir ölçek olacaktır.

2.1.2. İşlemsel Hipotezler

2.1.2.1.Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirliği İçin Hipotezler

Hipotez 1. Orijinal ölçek içeriği ile uyumlu olarak (Sepulveda ve ark., 2009), YBHUKSÖ'nün madde analizi sınamasında, ölçekte yer alan bütün maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .20 ve üstünde olacaktır.

Hipotez 2. Yapı geçerliliği doğrultusunda ölçek orijinalinde olduğu gibi (Sepulveda ve ark., 2009) YBHUKSÖ beş faktörlü bir yapı gösterecektir.

Hipotez 3. Orijinal ölçek faktör yapısı dikkate alınarak (Sepulveda ve ark., 2009), madde Analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen faktör yapısı, Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda beklenen model ile karşılaştırıldığında kabul edilebilir uyum istatistiği değerlerine sahip olacaktır.

Hipotez 4. Orijinal ölçek yapı geçerliği ile tutarlı olarak (Sepulveda ve ark., 2009), YBHUKSÖ'nün güvenirliği bağlamında ölçeğin toplam ve her bir alt faktörün iç tutarlık katsayısı en az .70 olacaktır.

Hipotez 5. Yapı geçerliliğinden yakınsak geçerliği doğrultusunda YBHUKSÖ benzer yapıyı ölçen ölçeklerin puanlarıyla anlamlı ilişki gösterecektir. Bu noktada, yeme bozukluğu bakım verenlerinde bakım verme yükünün yüksek olduğu (Goddard ve ark., 2011; Zabala ve ark., 2009), depresyon ve anksiyete belirtilerinin gözlendiği (Anastasiadou ve ark., 2014; Zabala ve ark., 2009) ve duygu dışavurumunun yüksek olduğu (Goddard ve ark., 2011; Zabala ve ark., 2009) göz önünde bulundurularak;

Hipotez 5.a. YBHUKSÖ ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 5.b. YBHUKSÖ ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 5.c. YBHUKSÖ ile Duygu Dışavurumu Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 6. Yapı geçerliliğinden ıraksak geçerliği doğrultusunda YBHUKSÖ ilgili yapıları ölçmeyen ölçek puanları anlamsız ilişki gösterecektir. Bu amaçla, ailenin tüm üyelerinin kapsandığı ve aile içindeki genel sorun alanlarını tespit etmeyi hedefleyen Aile Değerlendirme Ölçeği ile bireylerin kendini sunma eğilimi ile ilgili olarak sosyal istenirliğinin incelendiği Sosyal İstenirlik Ölçeği kullanılacaktır. Bu doğrultuda;

Hipotez 6.a. YBHUKSÖ ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçek puanları arasında anlamsız ilişki görülecektir.

Hipotez 6.b. YBHUKSÖ ile Sosyal İstenirlik Ölçeği puanları arasında anlamsız ilişki görülecektir.

Hipotez 7. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik analizleri doğrultusunda ölçek puanları analizde kullanılan ilgili değişkenlerin gruplarına göre farklılaşacaktır. Bu doğrultuda bakım verme deneyiminin daha fazla kadınlara özellikle annelere atfedildiği bilgisi dikkate alınarak (Sharma, Chakrabarti ve Grover, 2016) yakınlıkları açısından anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç grup karşılaştırılmıştır. Hastalık sürecinin bakım verenlerin psikososyal sağlığı üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak (De La Rie ve ark., 2005) bakım verenlerin psikiyatrik öz geçmişi olan ve olmayanlar; güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayanlar olmak üzere gruplara ayrılmıştır. Bakım verenlerin yeme bozukluğu hakkında bilgi eksikliği yaşamaları bu süreçte nasıl davranacaklarını bilememelerine, hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlar sergilemelerine neden olduğu bilgisi (Anastasiadou ve ark., 2014) göz önünde bulundurularak ise yeme bozukluğu hakkında bilgilerini yeterli

olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenler arasında ayırt edici geçerlik analizi yürütülmüştür. Bu doğrultuda ayırt edici geçerlik analizi hipotezleri;

Hipotez 7.a. Bakım verenlerin yakınlık durumlarına göre annelerin YBHUKSÖ puan ortalamaları diğerlerinden yüksek olacaktır.

Hipotez 7.b. Psikiyatrik özgeçmişi olan bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 7.c. Güncel psikiyatrik tanısı olan bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 7.d. Yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendirmeyen bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamaları yeterli olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olacaktır.

2.1.2.2.Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği İçin Hipotezler

Hipotez 8. Orijinal ölçek içeriği ile uyumlu olarak (Sepulveda ve ark., 2008b), YBBEÖ'nün madde analizi sınamasında, ölçekte yer alan bütün maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .20 ve üstünde olacaktır.

Hipotez 9. Yapı geçerliliği doğrultusunda ölçeğin orijinalinde olduğu gibi (Sepulveda ve ark., 2008b) YBBEÖ dört faktörlü bir yapı gösterecektir.

Hipotez 10. Orijinal ölçek faktör yapısı dikkate alınarak (Sepulveda ve ark., 2008b), madde Analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen faktör yapısı, Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda beklenen model ile karşılaştırıldığında kabul edilebilir uyum istatistiği değerlerine sahip olacaktır.

Hipotez 11. Orijinal ölçek yapı geçerliği ile tutarlı olarak (Sepulveda ve ark., 2008b), YBBEÖ'nün güvenirliği bağlamında ölçeğin toplam ve her bir alt faktörün iç tutarlık katsayısı en az .70 olacaktır.

Hipotez 12. Yapı geçerliliğinden yakınsak geçerliği doğrultusunda YBBEÖ benzer yapıyı ölçen ölçeklerin puanlarıyla anlamlı ilişki gösterecektir. Bu noktada yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verme yükü üzerindeki etkileri (Santonastaso ve ark.,

1997); hastalık belirtilerinin bakım verenlerin sağlığını olumsuz etkilediği (Goddard ve ark., 2011; Zabala ve ark., 2009); hastaların işlevselliği kötüleştikçe bakım verenlerin belirti etkisini daha yoğun yaşadığı (Goddard ve ark., 2013) göz önünde bulundurularak;

Hipotez 12.a. YBBEÖ ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 12.b. YBBEÖ ile Genel Sağlık Anketi-12 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 12.c. YBBEÖ ile Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülecektir.

Hipotez 13. Yapı geçerliliğinden ıraksak geçerliği doğrultusunda YBBEÖ ilgili yapıları ölçmeyen ölçe puanlarıyla anlamsız ilişki gösterecektir. Bu amaçla, YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerlik analizinde olduğu gibi ailenin tüm üyelerinin kapsandığı ve aile içindeki genel sorun alanlarını tespit etmeyi hedefleyen Aile Değerlendirme Ölçeği ile bireylerin kendini sunma eğilimi ile ilgili olarak sosyal istenirliğinin incelendiği Sosyal İstenirlik Ölçeği kullanılacaktır. Bu doğrultuda;

Hipotez 13.a. YBBEÖ ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçe puanları arasında anlamsız ilişki görülecektir.

Hipotez 13.b. YBBEÖ ile Sosyal İstenirlik Ölçeği puanları arasında anlamsız ilişki görülecektir.

Hipotez 14. YBBEÖ'nün ayırt edici geçerlik analizleri doğrultusunda, ölçek puanları analizde kullanılan ilgili değişkenlerin gruplarına göre farklılaşacaktır. Bu doğrultuda, bakım verme deneyiminin daha fazla kadınlara özellikle annelere atfedildiği bilgisi dikkate alınarak (Sharma ve ark., 2016) yakınlıkları açısından anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Hastalık sürecinin bakım verenlerin psikososyal sağlığı üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak (De La Rie ve ark., 2005) bakım verenlerin psikiyatrik öz geçmişi olan ve olmayanlar; güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayanlar olarak gruplandırılmıştır. Bakım verenlerin yeme bozukluğu hakkında bilgi eksikliği yaşamaları bu süreçte nasıl

davranacaklarını bilememelerine, hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlar sergilemelerine neden olduğu bilgisi (Anastasiadou ve ark., 2014) göz önünde bulundurularak ise yeme bozukluğu hakkında bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenler olarak iki grup oluşturulmuştur. Bu doğrultuda ayırt edici geçerlik analizi hipotezleri;

Hipotez 14.a. Bakım verenlerin yakınlık durumlarına göre annelerin YBBEÖ puan ortalamaları diğerlerinden yüksek olacaktır.

Hipotez 14.b. Psikiyatrik özgeçmişi olan bakım verenlerin YBBEÖ puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 14.c. Güncel psikiyatrik tanısı olan bakım verenlerin YBBEÖ puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 14.d. Yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendirmeyen bakım verenlerin YBBEÖ puan ortalamaları yeterli olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olacaktır.

2.2. Araştırmanın Katkıları

Yeme bozuklukları hastalar üzerinde olduğu kadar bakım verenlerinin psikososyal yaşantılarında da önemli etkiler oluşturmaktadır. Yakınlar bu süreçte neler yapacağını bilemediği için hastalığa uyum ve hastalığı kolaylaştırıcı davranışlar sergilemektedir (Treasure ve ark., 2007). Bu davranışlar yakınların psikososyal yaşantısını olumsuz yönde etkilerken aynı zamanda hastalık semptomlarını da sürdürücü bir işlev görmektedir (Whitney ve ark., 2005). Bu davranışlar aynı zamanda bakım verenlerin bakım verme yüklerini arttırmaktadır (Goddard ve ark., 2011). Bu nedenle hastalık sürecinde yakınların da ihtiyaçlarının tespit edilmesi, tedavi ekibine dahil edilmesi hem yakınların sağlıkları üzerinde olumlu etki oluşturacağı hem de hastaların tedavi gidişatına olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Treasure ve Todd, 2016). Ülkemizde yeme bozukluğu yakınları üzerine yapılan çalışmalar kapsamında tıpkı uluslararası çalışmalar kapsamında olduğu gibi bakım verenlerin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını, hastalığın bakım verenler üzerindeki etkilerini incelemek önemli olacaktır. Bununla beraber ülkemiz

alan yazınında bakım verenlerin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını, hastalığın bakım verenler üzerindeki etkilerini inceleyen pratik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu amaçla bu çalışmada YBHUKSÖ ve YBBEÖ'nün Türkçe uyarlamalarının yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarının yeme bozuklukları tedavi sürecinde yakınların ihtiyaçlarının tespitine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sayede yakınlara ihtiyaçları yönünde destek sunulması, onların tedaviye daha etkin bir biçimde dahil edilmesi mümkün olacaktır. Bu durum özellikle yakınlar için anlaşılması zor bir hastalık olan ve genellikle hastanın kontrolündeymiş gibi atfedilen yeme bozukluklarının bir hastalık olarak dışsallaştırılıp yakınların ve hastanın iş birliği içinde süreci yönetebilmesine olanak sağlayabilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini İ.Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yeme Bozukluğu Polikliniği'ne başvuru yapan hastaların bakım verenleri oluşturmaktadır. Çalışmaya bakım verenler davet edilmeden önce yeme bozukluğu hastalarından bakım verenleri ile iletişime geçmek için yazılı onam alınmış ve bu konuda uygun buldukları bakım verenleri ile iletişime geçilerek veri toplanmıştır. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yeme bozukluğu hastasının bakımında rol oynamak içleme kriteri olarak belirlenmiştir.

Yeme bozukluğu hastalarının ve bakım verenlerinin Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formundan elde edilen bilgileri Tablo 3.1.'de görülmektedir. Bu tez kapsamına AN, BN, TYB ve TDBBYB tanılı hastaların 170 bakım vereni dahil edilmiştir. Çalışmaya toplamda 101 AN yakını, 53 BN yakını, 11 TDBBYB ve 5 TYB yakını katılmıştır. Çalışmaya katılan 170 bireyden, 82'si anne, 34'ü baba, 30'u kardeş, 13'ü partner, 7'si arkadaş, 1'i çocuk, 1'i hala, 1'i kuzen ve 1'i ise babaannedir. Örneklemin cinsiyet dağılımına bakıldığında bakım verenlerin %70.6'sı kadındır. Örneklemin neredeyse yarısını (%48.2) anneler oluşturmaktadır. Bakım verenlerin çoğu evli (%67.6) ve üniversite mezunudur (%39.4). Bakım verenlerin %73.5'i yakının hastalığından önce yeme bozukluğunu hiç duymadığını, %55,3'ü şu anda yeme bozukluğu hakkında yeterli bilgileri olmadığını bildirmiştir. Bakım verenlerin %66.5'si yeme bozukluğu süreci ile hasta olan yakınları ile ilişkilerinin daha yakın olduğunu aktarmıştır.

Tablo 3.1. Yeme bozukluğu hastalarının ve bakım verenlerinin demografik bilgileri

		N	%	Ortalama
Bakım verenler		170		
Yaş		-	-	44
Cinsiyet	Kadın	120	70.6	
	Erkek	50	29.4	
Medeni durum	Bekar	37	21.8	
	Evli	115	67.6	

	Boşanmış	10	5.9	
	Dul	8	4.7	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	0.6	
	Okuryazar	1	0.6	
	İlkokul	31	18.2	
	Ortaokul	7	4.1	
	Lise	46	27.1	
	Yüksekokul	4	2.4	
	Üniversite	67	39.4	
	Yüksek lisans	7	4.1	
	Doktora	6	3.5	
Yakınlık durumu	Anne	82	48.2	
	Baba	34	20	
	Kardeş	30	17.6	
	Eş/partner	13	7.6	
	Çocuk	1	0.6	
	Hala	1	0.6	
	Kuzen	1	0.6	
	Babaanne	1	0.6	
	Arkadaş	7	4.1	
Çalışma durumu	Çalışan	87	51.2	
	Çalışmayan	83	48.8	
Psikolojik özgeçmiş	Evet	48	28.2	
	Hayır	122	71.8	
Güncel psikolojik tanı	Evet	21	12.4	
	Hayır	149	87.6	
Önceden psikolojik ilaç kullanımı	Evet	45	26.5	
	Hayır	125	73.5	
Güncel psikolojik ilaç	Evet	27	15.9	
	Hayır	143	84.1	
Alkol kullanımı	Evet	32	18.8	
	Hayır	138	81.2	
Madde	Hayır	170	100	
Sigara	Evet	63	37.1	
	Hayır	107	62.9	
Yakının hastalığından önce yeme bozukluğu hakkında bilgi	Evet	45	26.5	
	Hayır	125	73.5	
Şu anda yeme bozukluğu hakkında bilgi	Evet	76	44.7	
	Hayır	94	55.3	
Hastalık sürecinde hasta ile daha yakın bir ilişkinin olması	Evet	113	66.5	
	Hayır	57	33.5	
Hastalar		107		
Yaş				24.85
Cinsiyet	Kadın	101	94.4	
	Erkek	6	5.6	
Yeme bozukluğu tanısı	AN	65	60.7	
	BN	33	30.8	
	TYB	3	2.8	
	TDBBYB	6	5.6	
Hastalık süresi (ay olarak)				47.7
Remisyon durumu	Aktif hasta	82	76.6	
	Kısmi	25	23.4	

Bakım verenlerin %28.2'si geçmişte psikolojik rahatsızlık geçirdiklerini bildirmişlerdir. Bakım verenlerin psikolojik öz geçmişlerine bakıldığında depresyon, anksiyete bozukluğu ve panik atak öne çıkmaktadır. Bakım verenlerin %12.4'ünde ise güncel psikolojik rahatsızlık bulunmaktadır.

Çalışmada bir yeme bozukluğu hastasının birden fazla yakınından veri toplanmıştır (Örneğin, bir yeme bozukluğu hastasının hem annesinden hem kardeşinden veri toplanmıştır.). Bu doğrultuda araştırmada toplamda 107 yeme bozukluğundan yakınlarından veri toplamak üzere izin alınmıştır. Hasta örnekleminin %94'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Tanı açısından bakıldığında %60.7'si AN, %30.8'i BN, %5.6'sı TDBBYB ve %2.8'i TYB'dir. Hastaların hastalık süresi ay cinsinden ortalama 47.7 olup, %76.6'sı aktif hastalık dönemindedir. Yeme bozukluğu hastalarının yaşları 14-56 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 24'tür. Yaş dağılımına bakıldığında hastaların %85'i 18 yaş ve üstündedir.

3.2. Araştırma Materyalleri

3.2.1. Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formu

Araştırma kapsamında oluşturulan bu formda bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi gibi demografik bilgileri, hastalık ve psikiyatrik özgeçmişleri gibi kişisel ve klinik bilgileri sorgulanmaktadır. Ayrıca bakım verilen hastanın tanı ve tedavi sürecine ilişkin sorular da yer almaktadır. Formun tamamı Ek-1'de görülebilir.

3.2.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği (YBBEÖ)

Sepulveda ve arkadaşları (2008b) tarafından yeme bozukluğu yaşayan bir yakına bakmanın olumsuz yönlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yirmi dört madde olan ölçek, Sosyal İzolasyon, Suçluluk, Düzensiz Davranış, Beslenme olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipi ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar belirtilerle ilgili negatif değerlendirmelerin daha fazla olduğunu göstermektedir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı .84 ve .90 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmaları ve psikometrik sınamaları bu tez kapsamında yapılacaktır. Formun tamamı Ek-2'de görülebilir.

3.2.3. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ)

Sepulveda, Kyriacou ve Treasure (2009) tarafından yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalığa uyumlarını ve hastalığı kolaylaştırıcı davranışlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Otuz üç madde olan ölçek Aile Kontrolü, Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Görmezden Gelme, Kaçınma ve Rutini Değiştirme olmak üzere beş faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin otuz iki maddesi beşli likert tipi değerlendirilmekte olup yalnızca bir madde (24. Madde) 0-10 arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bakım verenlerin hastalığa uyumlarının ve kolaylaştırıcı davranışlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı .77 ve .92 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmaları ve psikometrik sınamaları bu tez kapsamında yapılacaktır. Formun tamamı Ek-3'te görülebilir.

3.2.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

ADÖ, Amerika Birleşik Devletleri Brown Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Buttler Hastanesi iş birliği ile aile işlevlerinin genel değerlendirmesini yapmak ve sorun alanlarını belirlemek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri ise Epstein ve arkadaşları (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçek altmış maddeden oluşmaktadır ve maddelerin bazıları sağlıklı işlevlere bazıları ise sağlıksız işlevlere işaret etmektedir. ADÖ; Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterebilme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler olmak üzere yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan altı tanesi ayrı sorun alanlarını ele almakta bir tanesi genel işlevlere (genel işlevler alt boyutu) odaklanmaktadır. Ölçek dörtlü likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Her alt boyutun puan ortalaması 1-4 arasında değişmektedir ve 2 üzerindeki puanlar sağlıksız aile işlevlerine işaret etmektedir. ADÖ'nün Cronbach alfa katsayıları .72 ile .92 arasında değişmektedir. Ölçek Türkçeye Bulut (1990) tarafından uyarlanmıştır. Bulut'un çalışmasın ölçeğin Türkçe Formunun Cronbach alfa katsayıları .62 ve .90 arasında hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise ADÖ'nün Cronbach alfa katsayıları Problem Çözme alt ölçeği için .80, İletişim alt ölçeği için .73, Roller alt ölçeği için .47, Duygusal Tepki

Verebilme alt ölçeği için .75, Gereken İlgiyi Gösterebilme alt ölçeği için .05, Davranış Kontrolü alt ölçeği için .25, Genel İşlevler alt ölçeği için .84 olarak bulunmuştur. ADÖ'nün toplamı ve tüm alt testlerinin puan ortalamaları mevcut çalışmada hem YBHUKSÖ hem de YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik analizi yürütülürken kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-4'te görülebilir.

3.2.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)

Ölçeğin orijinali Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında bakıma gereksinim duyan bireylere ve yaşlılara bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Zarit ve Zarit, 1990). Ölçek yirmi iki maddeden oluşmaktadır ve tek faktörlü bir yapı sunmaktadır. Ölçek 0-4 arasında 5'li likert tipi olarak puanlanmakta olup alınabilecek puanlar 0-88 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşanan sıkıntının daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Cronbach alfa katsayısı ise .95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun iç tutarlık katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada BVYÖ'nün Cronbach alfa katsayısı .90 olarak bulunmuştur. BVYÖ'nün toplam puan ortalaması mevcut çalışmada hem YBHUKSÖ hem de YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizi yürütülürken kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-5'te görülebilir.

3.2.6. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)

Berksun tarafından (1992) duygu dışavurumu kuram ve kavramcılarından yola çıkarak hazırlanan bu ölçek hasta yakınlarının hastalarını ve kendilerini algılayışlarına dayanmaktadır. Ölçeğin tamamı kırk bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler doğru-yanlış şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçek Düşmancıl ve Eleştirel Oluş ve de Aşırı İlgi, Koruyuculuk, Kollayıcılık, Müdahalecilik olmak üzere iki faktör yapısı sunmaktadır. Düşmancıl ve Eleştirel Oluş için ölçekte yirmi dokuz madde bulunmakta ve alınabilecek puanlar 0-29 arasında değişmektedir. Aşırı İlgi, Koruyuculuk, Kollayıcılık, Müdahalecilik için ise on iki madde bulunmakta olup alınabilecek puanlar 0-12 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar ise 0-41 arasında seyretmektedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi duygu dışavurumunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. İç tutarlık Kuder-Richardson-20

formülü ile araştırılmış olup ölçeğin toplamı için .89 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise DDÖ'nün iç tutarlık için Kuder-Richardson-20 katsayısı ölçeğin toplamı için .75 olarak hesaplanmıştır. DDÖ'nün toplam puan ortalaması mevcut çalışmada YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-6'da görülebilir.

3.2.7. Genel Sağlık Anketi (GSA-12)

GSA'nın on iki soruluk formu 1988 yılında Goldberg ve Williams tarafından oluşturulmuştur. Ölçek on iki maddeden oluşmakta olup anksiyete, depresyon, uyku problemleri ve sosyal işlevsellik alanlarında sorular içermektedir. Ölçek dörtlü likert tipi puanlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .78 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun Cronbach alfa katsayısı .78 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada GSA-12'nin Cronbach alfa katsayısı .62 olarak hesaplanmıştır. GSA-12'nin toplam puan ortalaması mevcut çalışmada YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-7'de görülebilir.

3.2.8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Ölçeğin orijinali Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin amacı bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak ve risk grubu belirlemektir. Ölçek yedi maddesi Anksiyete ve yedi maddesi Depresyon olmak üzere on dört maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü likert biçimde ölçülmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için on ve depresyon alt ölçeği için yedi olarak tespit edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için .85, depresyon alt ölçeği için .78 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Türkçe formun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı Anksiyete alt ölçeği için .85, Depresyon alt ölçeği için .78 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise HADÖ'nün Cronbach alfa katsayısı Anksiyete alt ölçeği için .80, Depresyon alt ölçeği için .73 olarak bulunmuştur. HADÖ'nün hem depresyon alt ölçeği hem de anksiyete alt testi puan

ortalamaları YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-8'de görülebilir.

3.2.9. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Ölçeğin orijinali bipolar bozuklukta işlevselliğin seri bir biçimde değerlendirmesini yapmak amacıyla Rosa ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. KİDÖ, yirmi dört madde içermekte olup Otonomi, Mesleki İşlevsellik, Bilişsel İşlevsellik, Mali Konular, Kişilerarası İlişkiler ve Boş Zaman Etkinlikleri olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır ve dörtlü likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kötü işlevselliği göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Türkçe formun Cronbach alfa katsayısı .96 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada KİDÖ'nün Cronbach alfa katsayısı .88 olarak bulunmuştur. KİDÖ'nün toplam puan ortalaması mevcut çalışmada YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-9'da görülebilir.

3.2.10. İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği (SİÖ)

İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği, çalışmada bakım verenlerde sosyal istenirliği kontrol etmek üzere kullanılacaktır. SİÖ, Akın tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçek Öz-Aldatma (13 madde) ve İzlenim Yönetimi (16 madde) olmak üzere iki faktör yapısı sunmakta ve yirmi dokuz maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar beşli likert biçimde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin sosyal istenirlik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayıları izlenim yönetimi için .96, öz-aldatma için .95 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada SİÖ'nün Cronbach alfa katsayısı .87 olarak bulunmuştur. SİÖ'nün toplam puan ortalaması hem YBHUKSÖ hem de YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik analizinde kullanılmıştır. Formun tamamı Ek-10'da görülebilir.

3.3. İşlem

Çalışmanın amacı olan YBHUKÖ ve YBBEÖ'yü Türkçeye uyarlamak için öncelikle sorumlu yazar olan Ana Rosa Sepulveda'dan izin alınmıştır. Yazarın izninin ardından dil uyarlama basamakları doğrultusunda iki dil uzmanı ölçekleri orijinal dili olan İngilizceden Türkçeye çevirmiştir. Bu çeviriler iki alan uzmanı tarafından incelenerek tek formda birleştirilmiştir. Bu formun Türk diline uygunlukları iki Türk Dili uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Türk Dili uzmanlarının görüşleri dikkate alınarak alan uzmanları tarafından ölçekler düzenlenmiş ve cümle anlaşılırlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yeme bozukluğu hastalarının bakım verenleri ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin demografik bilgileri Tablo 3.2.'de görülmektedir. Yapılan pilot çalışma sonucunda ölçeklerin anlaşılır bulunduğu görülmüştür. Ölçekler geri çeviri için iki farklı dil uzmanına daha gönderilmiş ve bu formlar alan uzmanları tarafından incelenip tek forma indirilmiştir. Ölçeklerin İngilizce ve Türkçe formları sorumlu yazara gönderilip kullanılmak üzere onay alınmıştır.

Tablo 3.2. Pilot çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin demografik bilgileri

Numara	Yakınlık	Yaş	Eğitim
1	Anne	51	İlkokul
2	Anne	56	Üniversite
3	Anne	53	Yüksek okul
4	Baba	57	Yüksek okul
5	Baba	57	Üniversite
6	Kız kardeş	28	Üniversite
7	Erkek kardeş	19	Lise
8	Partner (Erkek)	25	Üniversite

Çalışmanın etik onayı İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 2021/28 numaralı kararıyla alınmış olup ilgili belge Ek 11'de sunulmuştur. Veriler İstanbul Tıp Fakültesi Yeme Bozuklukları biriminde toplanmıştır. Klinik çalışmalarda hasta dışında yakınlarla görüşme yapıldığında tedavideki iş birliğinin zedelenmemesi açısından hastaların bilgisinin olması ve onayının alınması gerektiği düşünüldüğünden öncelikle yeme bozukluğu hastalarından yakınlarının çalışmaya dahil edilmeleri ile ilgili yazılı onam alınmıştır. Hastalar için hazırlanan onam formu Ek 12'de görülmektedir. Ardından araştırma

için gönüllü olan yakınlardan katılımcı onam formu imzalamaları istenilmiştir. Bakım verenler için hazırlanan onam formu ise Ek 13'te sunulmuştur. Araştırmada yeme bozukluğu yaşayan hastalarının bakımında birinci derecede bulunan bireyler çalışmaya davet edilmiştir. Aynı yeme bozukluğu hastasına birden fazla bakım veren aile bireyi (örn. hem kardeşler hem ebeveynler) söz konusu ise hepsinin deneyimi önemli olduğundan birden fazla bakım veren dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında hazırlanan Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formu, YBBEÖ, YBHUKSÖ, ADÖ, BVYÖ, DDÖ, GSA-12, HADÖ, KİDÖ, SİÖ kullanılmıştır. Ölçekler seçilirken orijinal çalışmada kullanılan ek ölçeklerin ölçtüğü yapılar dikkate alınmıştır. Bu ölçeklerden HADÖ, BVYÖ ve DDÖ, YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerliğini; GSA-12, KİDÖ ve BVYÖ, YBBEÖ'nün yakınsak geçerliğini incelemek için kullanılmıştır. Ölçeklerin ıraksak geçerliğini incelemek için ise ölçeklerle benzer yapıları ölçmeyen ADÖ ve SİÖ kullanılmıştır. Ayırt edici geçerlik için ölçeklerin puanlarının Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formundan elde edilen yakınlık durumları, bakım verenlerin psikiyatrik özgeçmişinin olup olmaması, bakım verenlerin güncel psikiyatrik tanılarının olup olmaması ve yeme bozukluğu hakkında bilgilerinin olup olmamasına göre farklılaşıp farklılaşmadığı açısından sınanmıştır. Bu doğrultuda kullanılması planlanan tüm ölçekler için yazarlarından gerekli izinler alınmıştır. Çalışmada veri toplama süreci pandemi dönemine denk gelmiş olup 2021 Mart - 2022 Ağustos ayları arasında tamamlanmıştır. Her bir bakım verenle veri toplama yaklaşık 50 dakika sürmüştür. Çalışmada 107 yeme bozukluğu hastasından bakım verenleri ile görüşülmesi konusunda izin alınmış olup, bir hastanın birden çok bakım vereniyle görüşülmesi ile toplamda 170 bakım verenden veri toplanmıştır.

3.4. Veri Analizi

Bu çalışmada toplamda 170 bakım verende Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği ve Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik sınamalarının yapılması hedeflenmiştir. İlk olarak bakım verenlerin ve hastaların demografik bilgileri betimsel istatistiki yöntemlerle incelenmiştir. Verilerin analizinde yapı geçerliliğini sınamak için Madde Analizi, Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında yakınsak (convergent) geçerlik, ıraksak (divergent)

geçerlik ve ayırt edici (discriminant) geçerlik, gerçekleştirilmiş, güvenirliği sınamak için ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ayırt edici geçerliğin incelenmesinde Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formu ile ölçülen değişkenlerden de yararlanılmıştır.

YBBEÖ ve YBHUKSÖ'nün yapı geçerliliği kapsamında ilk olarak her iki ölçek için de ölçüm aracı ile uyum göstermeyen maddeleri belirlemek amacıyla madde analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda her bir maddenin toplam puanla olan ilişkisinin en az .20 olması beklenmiş, bu ilişkinin altında kalan maddeler çıkarılmıştır (Ebel ve Frisbie, 1991). Madde analizinin ardından AFA yürütülmüştür. Her iki ölçek de toplam puan alınabilen bir endeks ölçeği olduğu için, temel eksen boyutlandırması ve oblik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Örneklemdeki katılımcı sayısının çalışma için yeterli olup olmadığı ise Keiser Meyer Olkin (KMO) Testi ile incelenmiş olup bu değerin en az .60 olması beklenmiştir. Örneklemdeki puanların dağılımının AFA için uygunluğu ise Bartlett'ın Küresellik Testi ile incelenmiş ve testte X^2 değerinin anlamlılığının çok yüksek olması ($p < .001$) beklenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2014). AFA'da ölçeğin faktör yapısını belirlemek için özdeğeri 1.5'in üzerinde olan yapıların anlamlı bir faktör oluşturduğu kabul edilmiş (Henson ve Roberts, 2006) ve faktör sayısı serbest bırakılmıştır. Ayrıca saçılım grafiği (scree plot) ve faktör yükleri incelenmiştir. Her bir maddenin ortak varyans değerinin en az .30 olması beklenmiştir. Döndürme öncesi faktör matrisinde birinci faktöre .30'un altında yüklenen maddeler ölçekten çıkarılmıştır (Kline, 1994). Her bir maddenin gerçekte hangi faktöre yüklendiği ise döndürme sonrası faktör matrisinde incelenmiştir. Bunun için en az .30 faktör yükü ile yalnızca tek bir faktöre yüklenen maddeler ölçekte tutulmuş, çift yüklenen maddelerde aradaki farkın en az .10 olması koşulu aranmıştır (Büyüköztürk, 2002). Bahsedilen tüm koşullar sağlanana kadar, koşulları sağlamayan maddeler ölçekten çıkarılmış ve analizler yeniden yapılmıştır.

Madde analizi ve AFA'nın ardından ölçeğin iyi uyum gösterip göstermediğini incelemek amacıyla DFA gerçekleştirilmiştir. DFA için Yapısal Eşitlik Modeli kullanılmıştır. DFA öncesi gerçekleştirilen analizlerde belirtilen koşulları sağlamayan maddeler ölçekten çıkarılmış ve DFA'ya dahil edilmemiştir. DFA

öncesinde her bir maddenin Çarpıklık (skewness) ve Basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Basıklık değerinin ± 7, Çarpıklık değerinin ± 2 aralığında olması beklenmiştir (West ve ark., 1995). Bu koşulun sağlanmasının ardından DFA gerçekleştirilmiştir. DFA'da her bir örtük değişken arasındaki korelasyonun, örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisinin ve modelin sunduğu uyum iyiliğini artıracak öneriler değerlendirilmiştir. Şimşek'e göre (2007) DFA'da oluşturulan modelin yeterliliğini belirlemek için karşılanması gereken uyum istatistiklerine ilişkin aralıklara Tablo 3.3.'de yer verilmiştir.

Tablo 3.3. Yapısal eşitlik modeli araştırmalarında kullanılan uyum istatistiklerine ilişkin bazı iyi ve kabul edilebilir uyum ölçütleri

Uyum Endeksleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi 2$ / df	$0 \leq \chi 2 / sd \leq 2$	$2 \leq \chi 2 / sd \leq 5$
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
sRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$05 \leq SRMR \leq .08$
GFI	$95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq 95$
AGFI	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$

Notlar: AGFI: Düzeltilmiş Uygunluk indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index); CFI: Karşılaştırmalı Uygunluk İndeksi (Comparative Fit Index); GFI: Uygunluk indeksi (Goodness of fit index); RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation); sRMR: Standartlaştırılmış Ortalama hataların karekökü (Standardized Root Mean Square Residual); χ^2 / *df*: Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı

DFA sonrasında ölçeklerin güvenirliği için hem ölçeğin tamamında hem de her bir faktör için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Bu katsayıların en az .70 olması beklenmiştir (Bernardi, 1994). Ayrıca madde toplam puan korelasyonlarının da en az .20 olması şartı aranmıştır.

YBHUKSÖ'nün ölçüt bağıntılı geçerliği kapsamında yakınsak geçerliği için HADÖ, BVYÖ ve DDÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkisi; YBBEÖ'nün yakınsak geçerliği için GSA-12, KİDÖ ve BVYÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkisi incelenmiştir. YBHUKSÖ ve YBBEÖ'nün ıraksak geçerliği için ADÖ'nün tüm alt testleri ve SİÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkileri incelenmiştir. Bu analizlerde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. YBHUKSÖ ve YBBBEÖ'nün ayırt edici geçerlik analizi için Sosyodemografik, Kişisel ve Klinik Bilgi Formundan elde edilen yakınlık durumları, bakım verenlerin psikiyatrik özgeçmişinin olup olmaması, bakım verenlerin güncel psikiyatrik tanılarının olup

olmaması ve yeme bozukluğu hakkında bilgilerinin olup olmamasına göre farklılaşıp farklılaşmadığı açısından sınanmıştır. Yakınlık durumlarında anne, baba ve diğerleri (kardeş, eş/partner, çocuk, hala, kuzen, babaanne, arkadaş) arasındaki karşılaştırma ANOVA ile; diğer başlıklar ise İki Bağımsız Örneklemler Ortalamaların Farkı *t* Testi ile analiz edilmiştir.

Madde analizi, Açımlayıcı Faktör Analizi, korelasyonel analizler ve fark analizleri SPSS 22.0, Doğrulayıcı Faktör Analizi LISREL (8.51) programında yürütülmüştür. Anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde YBBEÖ'nün ve YBHUKSÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizi bulguları sunulacaktır.

4.1.Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğinin (YBHUKSÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

4.1.1.YBHUKSÖ'nün Madde Analizi Bulguları

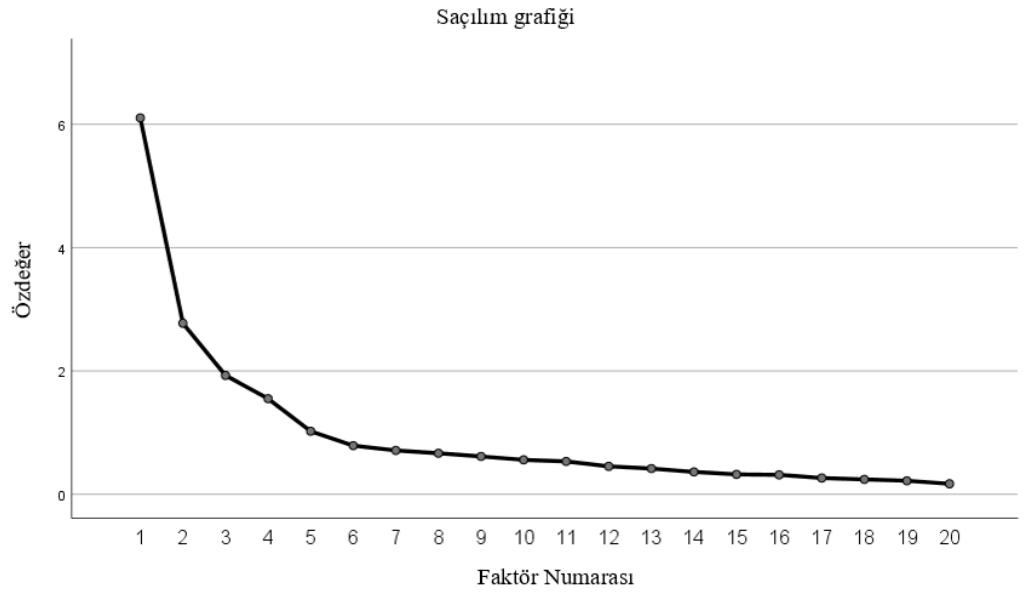
Hipotez 1 doğrultusunda YBHUKSÖ için yürütülen madde analizi sonucunda 21. maddenin ("*Paranın ortadan kaybolmasını"*) madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında (.14) çıkmıştır. Böylece Hipotez 1 desteklenmemiştir. 21. madde elendikten sonra kalan 32 maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20 (20. madde) ile .60 (28. madde) arasında değişmektedir. Faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 olarak bulunmuştur.

4.1.2.YBHUKSÖ'nün Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Hipotez 2 doğrultusunda YBHUKSÖ için AFA sınamaları gerçekleştirilmiştir. YBHUKSÖ'nün AFA aşamasında örneklem yeterliliği için incelenen KMO katsayısı ve örneklemdeki puanların dağılımının faktör analizi için uygunluğu için incelenen Bartlett'in Küresellik testinin AFA için uygun olduğu görülmüştür (KMO = .83; Barlett $X^2_{(496)}$ = 2514.07, p < .001). AFA'da faktör sayısı serbest bırakılarak temel eksen boyutlandırması ve oblik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Her bir maddenin birbirleriyle olan varyansının (Communalities) ortalaması incelendiğinde birbirleriyle .30'un altında ilişki gösteren 10. madde ("*Kendine zarar verme hakkında*") (.28), 20. madde ("*Yiyeceklerin ortadan kaybolmasını*") (.22), 24. madde ("*Genel olarak, yeme bozukluğu olan yakınınızın, aile yaşamını ve faaliyetlerini ne derecede kontrol ettiğini söylersiniz?*") (.22), 25. madde (*"Yakınınızın zorlanmaları ile ilgili davranışlarına (örn. koşu ya da karın egzersizi süresini tutmak, yemek hazırlamasına yardım etmek, kalori hesaplamak) ne sıklıkla dahil oldunuz?"*) (.21), 31. madde ("*Yakınınıza yukarıda belirtilen şekillerde*

yardım etmek sizi rahatsız etti mi?") (.23) ve 33. madde (*"Kendisine destek olmadığınızda yakınınız sinirlendi/kötü davrandı mı?"*) (.27) ölçekten elenmiştir. Analiz tekrarlandığında 22. madde ("*Mutfağın dağınık bırakılmasını*") (.28), 23. madde ("*Banyonun/Tuvaletin pis bırakılmasını*") (.29), 26. madde (*"Onu daha fazla endişelendirecek şeylerden kaçınması için yakınınıza ne sıklıkla yardım ettiniz?"*) (.29), 32. madde (*"Kendisine destek olmadığınızda, yeme bozukluğu olan yakınınız sıkıntılı / endişeli oldu mu?"*) (.27) .30'un altında ilişki gösterdiğinden elenmiştir. Döndürme sonrası faktör yükleri incelendiğinde 6. madde (*"Belirli bir yiyeceği yemenin güvenli veya kabul edilebilir olup olmadığı hakkında"*) iki faktöre de yüklendiğinden ölçekten elenmiş ve analiz tekrarlanmıştır. Bu aşamada 13. madde (*"Ne zaman yemek yendiğine"*) herhangi bir faktöre yüklenmediği için ölçekten elenmiştir.

Özdeğerler, saçılım grafiği (scree plot) ve faktör yükleri incelendiğinde 20 maddeli ölçeğin dört faktör yapısı sunduğu görülmektedir. Sonuçta ölçeğin orijinalinde olduğu gibi beş faktörden oluşacağı beklenmiş ancak Görmezden Gelme faktörüne ait tüm maddeler elenmiş ve dört faktör yapısı elde edilmiştir. Bu nedenle Hipotez 2 desteklenmemiştir. Analiz sonuçlarına göre özdeğeri 1.5'in üstünde olan dört faktör yapısı toplamda yaklaşık %62'lik bir varyans açıklamaktadır. Saçılım grafiği dört faktörlü yapıyı doğrulamıştır (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. YBHUKSÖ'nün saçılım grafiği.

YBHUKSÖ'nün maddelerinin faktör yapılarına ve madde-toplam korelasyonlarına ilişkin bulgular Tablo 4.1.'de görülmektedir.

Tablo 4.1. Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğinin faktör yükü, madde-toplam korelasyon ve ortak varyanslarına ilişkin bulgular

	Faktörler isimleri ve maddeler	FY	OV	MTK
Güven arayışı (6 madde). Özdeğer:6.1 Varyans: %30.52				
5	Kendisinin şişmanlayıp şişmanlamayacağına dair güvence isteyerek	.73	.46	.47
7	Belirli kıyafetlerde şişman görünüp görünmediği konusunda güvence isteyerek	.78	.47	.40
8	Yiyeceklerin içerikleri ve miktarları ile bu içeriklerin yerine kullanılabilecek olası malzemeler hakkında	.43	.48	.50
9	Olumsuz düşünceler ve duygular hakkında	.66	.50	.48
17	Yeme bozukluğu olan yakının egzersiz rutinine	.38	.39	.59
18	Yakınınızın kendi vücut şeklini veya kilosunu kontrol ediyor olmasına	.47	.41	.55
Yemek ortamı ritüeli (6 madde). Özdeğer:2.77 Varyans: %13.87				
11	Hangi yemek takımının kullanıldığına	-.39	.31	.47
12	Yemek takımının nasıl temizlendiğine	-.69	.49	.41
14	Nerede yemek yendiğine	-.52	.43	.51
15	Mutfağın nasıl temizlendiğine	-.94	.80	.34
16	Yiyeceklerin nasıl muhafaza edildiğine	-.87	.71	.46
19	Evin nasıl temizlendiğine ve düzenlendiğine	-.80	.64	.41
Kaçınma ve Rutini değiştirme (4 madde). Özdeğer:1.92 Varyans: %9.63				
27	Yakınınızın hastalığı nedeniyle bir şeyler yapmaktan, bir yerlere gitmekten veya insanlarla olmaktan kaçındınız mı?	.68	.48	.47
28	Yakınınızın belirtileri nedeniyle aile rutininizi değiştirdiniz mi?	.83	.71	.60
29	Yakınınızın ihtiyaçları nedeniyle çalışma programınızı değiştirdiniz mi?	.74	.53	.52
30	Yakınınızın ihtiyaçları nedeniyle boş vakitlerinizde yaptığınız aktiviteleri değiştirdiniz mi?	.80	.65	.50
Aile kontrolü (4 madde). Özdeğer: 1.55 Varyans: %7.75				
1	…satın aldığınız yiyecek seçimlerini kontrol eder mi?	-.81	.58	.48
2	…diğer aile üyelerinin mutfakta ne kadar süreyle ne yapacağını kontrol eder mi?	-.75	.59	.50
3	…yemek yapışınızı ve kullandığınız malzemeleri kontrol eder mi?	-.67	.49	.49
4	…diğer aile üyelerinin ne yediğini kontrol eder mi?	-.62	.48	.50

Notlar: FY: Faktör yükü; MTK: Madde-toplam korelasyonu; OV: Ortak varyans

Tablo 4.1.'de de görüldüğü gibi 1. faktöre (Güven Arayışı) toplamda altı madde (5., 7., 8., 9., 17. ve 18. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %31), 2. faktöre (Yemek Ortamı Ritüeli) toplamda altı madde (11., 12., 14., 15., 16 ve 19. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %14), 3. faktöre (Kaçınma ve Rutini Değiştirme) toplamda dört madde (27., 28., 29. ve 30. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %10), 4. faktöre (Aile Kontrolü) toplamda dört madde (1., 2., 3. ve 4. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %8) yüklenmiştir. YBHUKSÖ'nün

dört faktörlü ve 20 maddeden oluşan son haline ait ortalama, standart sapma Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise Tablo 4.2.'de görülmektedir.

Tablo 4.2. YBHUKSÖ ve faktörlerinin tanımlayıcı istatistikleri ile güvenirlik katsayıları

	Ortalama	Standart Sapma	İç Tutarlılık
Toplam	35.15	14.57	.88
Güven arayışı	13.47	5.37	.80
Yemek ortamı ritüeli	7.23	6.22	.87
Kaçınma ve Rutini değiştirme	5.98	4.56	.85
Aile kontrolü	8.45	4.27	.81

YBHUKSÖ'nün yapılar arası korelasyon ilişkileri ise Tablo 4.3.'te görülmektedir. YBHUKSÖ'nün yapılar arası korelasyonlarına bakıldığında YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve tüm alt ölçeklerinin puanlarının birbiriyle anlamlı ilişki gösterdiği görülmektedir ($p < .05$).

Tablo 4.3. YBHUKSÖ'nün yapılar arası korelasyonları

	YBHUKSÖ-T	YBHUKSÖ-AK	YBHUKSÖ-GA	YBHUKSÖ-YOR	YBHUKSÖ-KRD
YBHUKSÖ-T	-	.72**	.77**	.72**	.63**
YBHUKSÖ-AK		-	.46**	.35**	.33**
YBHUKSÖ-GA			-	.34**	.38**
YBHUKSÖ-YOR				-	.20**
YBHUKSÖ-KRD					

*$p < .05$, **$p < .01$

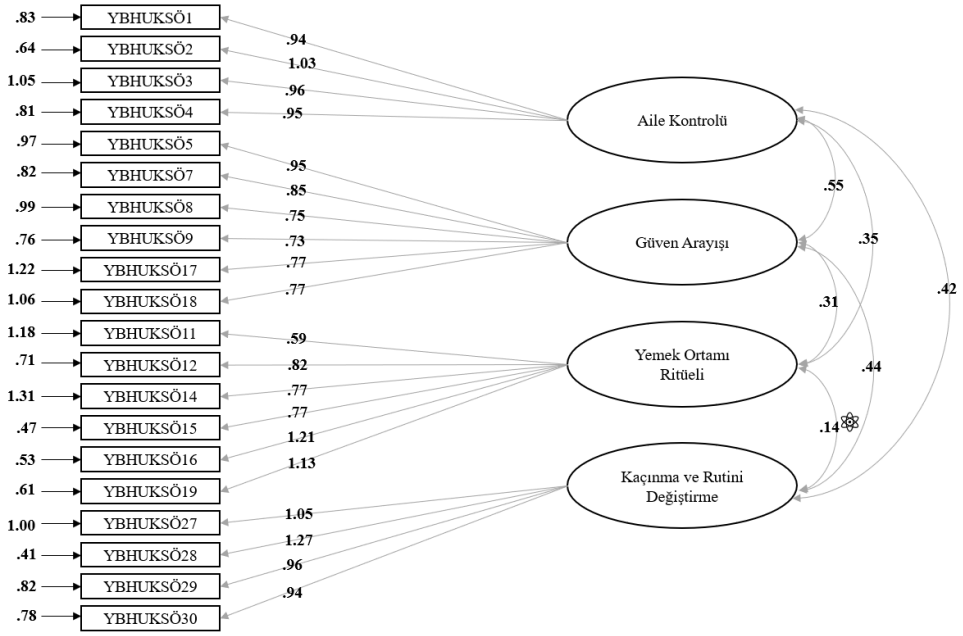
Notlar: YBHUKSÖ-AK: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Aile Kontrolü alt testi, YBHUKSÖ-GA: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Güven Arayışı alt testi, YBHUKSÖ-KRD: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Kaçınma ve Rutini Değiştirme alt testi, YBHUKSÖ-T: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği toplam puan, YBHUKSÖ-YOR: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Yemek Ortamı Ritüeli alt testi

YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve faktörlerinin Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde tüm katsayıların .70 ve üstünde olduğu görülmüş ve Hipotez 4 desteklenmiştir. Özetle AFA, toplam varyansın %62'sini açıklayan Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Kaçınma ve Rutini Değiştirme, Aile Kontrolü olarak

adlandırılan dört faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Sonuçlar YBHUKSÖ'nün 20 madde ve dört faktörlü bir yapıda olduğuna ve yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalığa uyumlarını ve hastalığı kolaylaştırıcı davranışlarını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğine ilişkin kanıtlar sunmuş olup ölçeğin bu dört faktörlü son halinin uyum iyiliği değerleri aynı zamanda DFA ile sınanmıştır.

4.1.3.YBHUKSÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Bir önceki bölümde AFA sonuçlarına yer verilen YBHUKSÖ'nün bu bölümde Hipotez 3 doğrultusunda DFA sınaması gerçekleştirilmiştir. DFA'da öncelikle normallik dağılımı incelenmiş, Çarpıklık ve Basıklık değerlerinin beklenen aralıklarda olduğu görülmüştür (Çarpıklık = -0.63 (1. madde) -1.27 (11. madde); Basıklık = -1.43 (28. madde) – 0.48 (11. madde)). DFA'da örtük ve gözlenen değişkenler arasında anlamlı düzeyde yordayıcılık ilişkisi gözlenmiştir. Örtük değişkenler arası korelasyonel ilişkiler de Yemek Ortamı Ritüeli ve Kaçınma ve Rutini Değiştirme puanları arasındaki ilişki (r = .14, p > .05) dışında anlamlıdır. Söz konusu ilişkiler Şekil 4.2'de görülmektedir.



⚛ p > .05

Şekil 4.2. YBHUKSÖ'nün ölçüm modeli.

YBHUKSÖ'nün Güven Arayışı örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %73 ile %95 arasında, Yemek Ortamı Ritüeli örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %59 ile %121 arasında, Kaçınma ve Rutini Değiştirme örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %96 ile %127 arasında, Aile Kontrolü örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %94 ile %103 arasında yordadığı görülmektedir. Örtük değişkenlerin aralarındaki ilişki Tablo 4.4.'te görülmektedir.

Tablo 4.4. YBHUKSÖ'nün örtük değişkenler arasındaki ilişki

	Güven arayışı	Yemek ortamı ritüeli	Kaçınma ve Rutini Değiştirme	Aile Kontrolü
Güven arayışı	-	.31	.44	.55
Yemek ortamı ritüeli		-	.14	.35
Kaçınma ve Rutini Değiştirme			-	.42
Aile Kontrolü				-

Ölçüm modeli için $\chi 2/df = 1.93$, RMSEA = 0.074 (%90 güven aralığı = 0.062 - 0.087), sRMR = 0.083, GFI = 0.84, AGFI = 0.80 ve CFI = 0.90 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca modelin yorumlanabilmesi için gerekli olan RMSEA %90 güven aralığının .10 birimden geniş olmaması uyum istatistiklerinin yorumlanabileceğini göstermiştir. Modelin düzeltme önerileri incelendiğinde koşullara uygun bir öneri sunmadığı görülmüştür. Modelin uyum istatistikleri Tablo 4.5.'te görülmektedir.

Tablo 4.5. YBHUKSÖ'nün uyum iyiliği istatistikleri

Uyum Endeksleri	Değerler
$\chi 2$ / df	317.19 / 164 =1.93
RMSEA	0.074
%90 CI for RMSEA	0.062- 0.087
sRMR	0.083
GFI	0.84
AGFI	0.80
CFI	0.90

Notlar: AGFI: Düzeltilmiş Uygunluk indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index); CFI: Karşılaştırmalı Uygunluk İndeksi (Comparative Fit Index); GFI: Uygunluk indeksi (Goodness of fit index); RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation); sRMR: Standartlaştırılmış Ortalama hataların karekökü (Standardized Root Mean Square Residual); χ^2/df: Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı

Bu sonuçlar incelendiğinde $\chi 2/df$ oranının iyi uyum aralığında, RMSEA ve CFI değerinin kabul edilebilir uyum aralığında olduğu görülmektedir. sRMR, GFI ve AGFI değerleri ise kabul edilebilir aralığa yaklaşmaktadır. Bu sonuçlar Hipotez 3'ün kısmen desteklendiğini göstermektedir. Özetle AFA'dan elde edilen son faktör yapısı, Yapısal Eşitlik Modeli'nde DFA ile de incelenmiş ve sonuçlar 20 maddeli 4 faktörlü YBHUKSÖ'nün uygulandığı örnekleme kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiğine ilişkin kanıtlar sunmuştur.

4.1.4.YBHUKSÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Bulguları

Hipotez 5 doğrultusunda YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerliğini sınamak amacıyla BVYÖ, HADÖ, DDÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkilerini tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları ise Tablo 4.6.'da görülmektedir.

Tablo 4.6. YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları

	HADÖ-A	HADÖ-D	BVYÖ	DDÖ
YBHUKSÖ-T	.34**	.22**	.39**	.33**
YBHUKSÖ-AK	.10	.09	.22**	.21**
YBHUKSÖ-GA	.38**	.17*	.30**	.27**
YBHUKSÖ-YOR	.18*	.16*	.10	.18*
YBHUKSÖ-KRD	.32**	.22**	.55**	.29**
HADÖ-A	-	.68**	.46**	.37**
HADÖ-D		-	.41**	.40**
BVYÖ			-	.54**

*$p < .05$, **$p < .01$

Notlar: BVYÖ: Bakım Verme Yükü Ölçeği, DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeği, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Ölçeği, YBHUKSÖ-AK: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Aile Kontrolü alt testi, YBHUKSÖ-GA: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Güven Arayışı alt testi, YBHUKSÖ-KRD: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Kaçınma ve Rutini Değiştirme alt testi, YBHUKSÖ-T: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği toplam puan, YBHUKSÖ-YOR: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Yemek Ortamı Ritüeli alt testi

YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik analizi doğrultusunda Hipotez 5.a. için YBHUKSÖ ile BVYÖ puanları incelendiğinde Yemek Ortamı Ritüeli faktörü BVYÖ puanı ile anlamlı ilişki göstermemiş olup ($r = .10$, $p > .05$) bunun dışında kalan

faktörler ve ölçeğin toplam puanı BVYÖ puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir ($p < .05$). Böylece Hipotez 5.a. kısmen desteklenmiştir.

Hipotez 5.b. için YBHUKSÖ'nün HADÖ puanları ile ilişkileri incelendiğinde Aile Kontrolü alt faktörünün HADÖ'nün hem anksiyete hem de depresyon puanı ile anlamlı ilişki göstermediği görülmüştür ($r = .10$, $p > .05$; $r = .09$, $p > .05$). Bunun dışında kalan faktörlerin ve ölçeğin toplam puanı HADÖ ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir ($p < .05$). Hipotez 5.b.'nin kısmen desteklendiği görülmektedir. Son olarak, YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve tüm faktörlerinin DDÖ puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p < .05$) ve Hipotez 5.c. desteklenmiştir.

Hipotez 6 doğrultusunda YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerliğini sınamak amacıyla ADÖ'nün tüm alt testleri ve SİÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkilerini tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları Tablo 4.7.'de görülmektedir.

Tablo 4.7. YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları

	ADÖ-P	ADÖ-İ	ADÖ-R	ADÖ-DTV	ADÖ-GİG	ADÖ-DK	ADÖ-G	SİÖ
YBHUKSÖ-T	-.05	.04	.13	.10	.09	.00	.14	.03
YBHUKSÖ-AK	.00	-.07	-.02	.05	.09	-.04	.10	.04
YBHUKSÖ-GA	.05	.05	.17*	.06	.12	.07	.14	-.09
YBHUKSÖ-YOR	-.12	.01	.06	.19*	.08	.00	.09	.06
YBHUKSÖ-KRD	-.04	.01	.13	-.05	-.06	-.03	.06	.07

*$p < .05$, **$p < .01$

Notlar: ADÖ-DK: Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü alt testi, ADÖ-DTV: Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme alt testi, ADÖ-G: Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler alt testi, ADÖ-GİG: Aile Değerlendirme Ölçeği Gereken İlgiyi Gösterme alt testi, ADÖ-İ: Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim alt testi, ADÖ-P: Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme alt testi, ADÖ-R: Aile Değerlendirme Ölçeği Roller alt testi, YBHUKSÖ-AK: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Aile Kontrolü alt testi, YBHUKSÖ-GA: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Güven Arayışı alt testi, YBHUKSÖ-KRD: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Kaçınma ve Rutini Değiştirme alt testi, YBHUKSÖ-T: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği toplam puan, YBHUKSÖ-YOR: Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Yemek Ortamı Ritüeli alt testi, SİÖ: Sosyal İstenirlik Ölçeği

Hipotez 6.a. doğrultusunda YBHUKSÖ ve ADÖ'nün alt ölçekleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde Güven Arayışı alt ölçeği puanı ADÖ'nün Roller alt ölçeği puanı ile anlamlı ilişki göstermiştir (r = .17, p < .05). Yemek Ortamı Ritüeli faktörü puanı ise ADÖ'nün Duygusal Tepki Verebilme alt ölçeği puanı ile anlamlı ilişki göstermiştir (r = .17, p < .05). Bunun dışında kalan faktörler ve ölçeğin toplam puanı ADÖ'nün alt ölçekleri puanları ile anlamsız ilişki göstermiş olup (p > .05) Hipotez 6.a. kısmen desteklenmiştir. Hipotez 6.b. için YBHUKSÖ ile SİÖ puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve tüm ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür (p > .05). Böylelikle Hipotez 6.b. desteklenmiştir.

Hipotez 7 doğrultusunda YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerliği için bakım verenlerin yakınlık durumlarına, psikiyatrik özgeçmişlerine, güncel psikiyatrik tanılarına ve yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendirip değerlendirmemelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları Tablo 4.8.'de görülmektedir.

Tablo 4.8. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları

	N	Ortalama	Standart Sapma
Yakınlık durumlarına göre			
Anne	82	36.69	16.11
Baba	34	33.82	11.42
Diğerleri	54	33,64	13.87
Psikiyatrik özgeçmişe göre			
Psikiyatrik özgeçmişi olanlar	48	35.58	14.81
Psikiyatrik özgeçmişi olmayanlar	122	34.98	14.54
Güncel psikiyatrik tanıya göre			
Psikiyatrik tanısı olanlar	21	43.90*	18.15
Psikiyatrik tanısı olmayanlar	149	33.91*	13.63
Yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini değerlendirmelerine göre			
Yeterli olarak değerlendirmeyenler	76	38.06*	14.74
Yeterli olarak değerlendirenler	94	32.79*	14.08

*p < .05

Hipotez 7.a için yürütülen ayırt edici geçerlik analizinde bakım verenler anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç gruba ayrılmış ve üç grubun YBHUKSÖ puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür (p > .05). Böylece Hipotez 7.a desteklenmemiştir. Hipotez 7.b için psikiyatrik özgeçmişi olan ve olmayan bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve fark olmadığı

görülmüştür ($p > .05$). Hipotez 7.b de desteklenmemiştir. Güncel psikiyatrik tanısı olan bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda Hipotez 7.c desteklenmiştir ($p < .05$). Son olarak şu anda yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren bakım verenlerin yeterli olarak değerlendirmeyenlere göre YBHUKSÖ puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Böylece Hipotez 7.d. desteklenmiştir ($p < .05$).

4.2. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin (YBBEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

4.2.1.YBBEÖ'nün Madde Analizi Bulguları

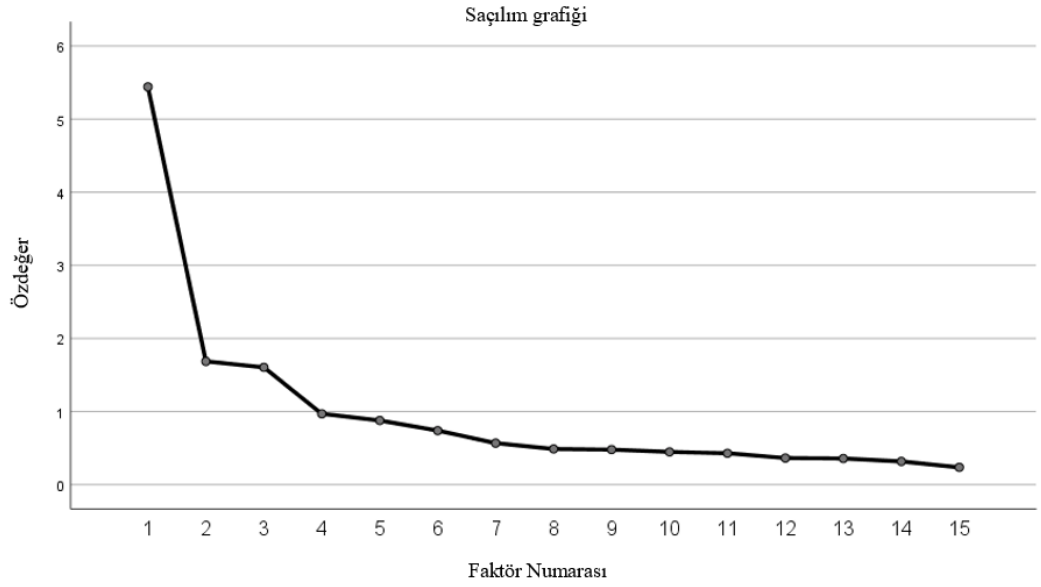
Hipotez 8 doğrultusunda YBBEÖ için yürütülen madde analizi sonucunda hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20'nin altında çıkmamıştır ve bu hipotez desteklenmiştir. Toplamda 24 madde içeren bu ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları .25 (19. madde) ile .58 (13. madde) arasında değişmektedir. Faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .89 olarak bulunmuştur.

4.2.2. YBBEÖ'nün Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Hipotez 9 doğrultusunda YBBEÖ için AFA sınamaları gerçekleştirilmiştir. YBBEÖ'nün AFA aşamasında örneklem yeterliliği için incelenen KMO katsayısı ve örneklemdeki puanların dağılımının faktör analizi için uygunluğu için incelenen Bartlett'in Küresellik testinin AFA için uygun olduğu görülmüştür (KMO = .828; Barlett $X^2(276) = 1542.98$, $p < .001$). AFA'da faktör sayısı serbest bırakılarak temel eksen boyutlandırması ve oblik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Her bir maddenin birbirleriyle olan varyansının ortalaması (Communalities) incelendiğinde 8. Madde (*"Belki de yeteri kadar katı olmadığım düşüncesini"*) (.21), 12. madde (*"Yalan söylediğini / hırsızlık yaptığını"*) (.19), 19. madde (*"...gider tıkanıklığı, su tesisatı ile ilgili sorunlarınız oldu?"*) (.23), 21. madde (*"...yakınınız üşüdüğünden dolayı sıcaklığı arttırmak zorunda kaldınız?"*) (.17), 22. madde (*"...iyi olduğundan emin olmak için onu kontrol ettiniz?"*) (.26), 24. madde (*"...hastalığın onu zihinsel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz?"*) (.26) .30'un altında ilişki göstermiştir. Analiz tekrarlandığında 17. madde (*"...yiyecekler dolaplardan*

kayboldu?") (.203), 20. madde (*"...tuvalette/banyoda kötü kokular ve temizlik sorunu oldu?"*) (.21) ve 23. madde (*"...hastalığın onu fiziksel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz (örneğin, düştüğünü, bayıldığını, merdivenlerden çıkarken zorlandığını görmek)?"*) (.23) .30'un altında ilişki gösterdiğinden ölçekten elenmiştir.

Özdeğerler, saçılım grafiği (scree plot) ve faktör yükleri incelenmiş olup 15 maddeli ölçeğin üç faktörlü bir yapı sunduğu görülmektedir. Sonuçta ölçeğin orijinalinde olduğu gibi dört faktörden oluşacağı beklenmiş ancak Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörüne ait maddeler birleşmiş ve tek faktör oluşturmuştur. Böylece üç faktör yapısı elde edilmiş ve Hipotez 9 desteklenmemiştir. Analiz sonuçlarına göre özdeğeri 1,5'in üstünde olan üç faktör yapısı toplamda yaklaşık %58'lik bir varyans açıklamaktadır. Saçılım grafiği de üç faktörlü yapıyı doğrulamıştır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. YBBEÖ'nün saçılım grafiği.

YBBEÖ'nün maddelerinin faktör yapılarına ve madde-toplam korelasyonlarına ilişkin bulgular ise Tablo 4.9.'da görülmektedir.

Tablo 4.9. Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğinin faktör yükü, madde-toplam korelasyon ve ortak varyanslarına ilişkin bulgular

Faktörler isimleri ve maddeler		FY	OV	MTK
Düzensiz davranış ve Beslenme (7 madde). Özdeğer: 5.44 Varyans: %36				
10	Yakınınızın fiziksel ve / veya sözlü olarak saldırgan davrandığını	.60	.40	.56
11	Yakınınızın kontrol edici / manipülatif (yönlendirici) davrandığını	.58	.38	.56
13	Kontrol edilemez öfkesini	.67	.42	.57
14	…yemek hazırlarken zorluk yaşadınız (yani aile üyeleri için ayrı öğünler hazırlamak, doğru malzemeleri kullanmamak)?	.68	.40	.57
15	…diğer aile üyeleriyle yemek saatinin nasıl ayarlanacağına dair tartışmalar oldu?	.71	.37	.54
16	…yemek sırasında tartışmalar veya gerginlik oldu?	.67	.39	.57
18	…yiyecek için alışveriş yaparken uzun zaman harcadınız?	.52	.39	.53
Suçluluk (4 madde). Özdeğer: 1.69 Varyans: %11				
5	Bu kadar kötüleşmeden önce farkına varmam gerektiği hissini	.86	.56	.35
6	Onu hayal kırıklığına uğrattığım hissini	.47	.32	.46
7	Yapmam gereken bir şey olabileceği hissini	.60	.45	.45
9	Nerede yanlış yaptım düşüncesini	.59	.48	.49
Sosyal izolasyon (4 madde). Özdeğer: 1.6 Varyans: %11				
1	Arkadaşlarınızın / yakınlarınızın sizi ziyaret etmeyi nasıl bıraktığını	.70	.52	.49
2	Arkadaşlarınızı kaybetmeyi	.66	.43	.47
3	Akşamları, hafta sonları dışarı çıkamama, tatile gidememe hissini	.78	.45	.45
4	Arkadaşları veya yakınları görme planlarını iptal etmeyi veya reddetmeyi	.77	.59	.57

Notlar: FY: Faktör yükü; MTK: Madde-toplam puan korelasyonu; OV: Ortak varyans

Tablo 4.9.'da da görüldüğü gibi 1. faktöre (Düzensiz Davranış ve Beslenme) toplamda yedi madde (10., 11., 13., 14., 15., 16. ve 18. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %36), 2. faktöre (Suçluluk) toplamda dört madde (5., 6., 7., ve 9. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %11), 3. faktöre (Sosyal İzolasyon) toplamda dört madde (1., 2, 3., ve 4. maddeler ve açıkladıkları varyans yaklaşık %11) yüklenmiştir. YBBEÖ'nün 3 faktörlü ve 15 maddeden oluşan son haline ait ortalama, standart sapma Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise Tablo 4.10.'da görülmektedir.

Tablo 4.10. YBBEÖ ve faktörlerinin tanımlayıcı istatistikleri ile güvenirlik katsayıları

	Ortalama	Standart Sapma	İç Tutarlılık
Toplam	23.77	10.68	.87
Düzensiz davranış ve Beslenme	10.76	6.02	.84
Suçluluk	9.07	3.79	.76
Sosyal izolasyon	3.93	3.63	.83

YBBEÖ'nin toplam puanı ve alt ölçekleri puanlarının arasındaki ilişkiler incelenmiş ve anlamlı düzeyde ilişki gözlenmiştir ($p < .01$). Bu ilişkiler Tablo 4.11.'de görülmektedir.

Tablo 4.11. YBBEÖ'nün yapılar arası korelasyonu

	YBBE-T	YBBEÖ-Sİ	YBBEÖ-S	YBBEÖ-DDB
YBBEÖ-T	-	.73**	.71**	.88**
YBBEÖ-Sİ		-	.33**	.49**
YBBEÖ-S			-	.42**

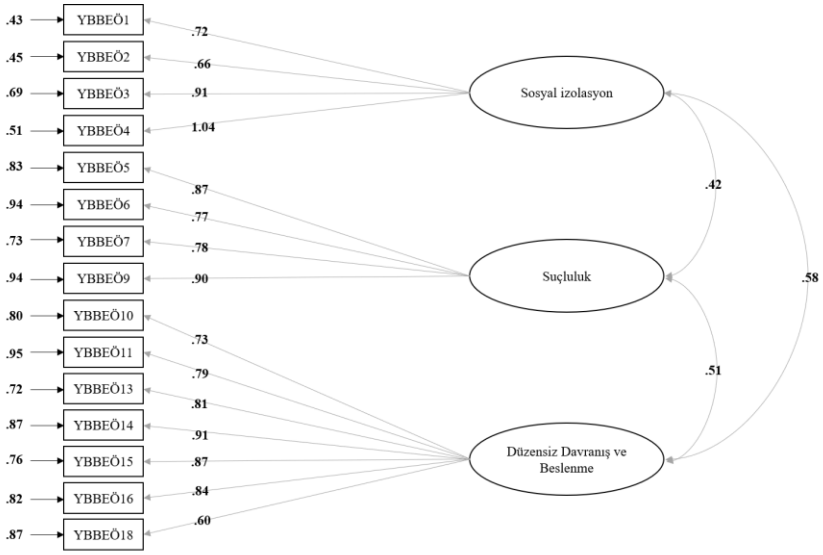
*$p < .05$, **$p < .01$

Notlar: YBBEÖ-DDB: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Düzensiz Davranış ve Beslenme alt testi, YBBEÖ-Sİ: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Sosyal İzolasyon alt testi, YBBEÖ-S: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Suçluluk alt testi, YBBEÖ-T: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği toplam puan

YBBEÖ'nün toplam puanı ve faktörlerinin Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde tüm katsayıların .70 ve üstünde olduğu görülmüş ve Hipotez 11 desteklenmiştir. Özetle AFA, toplam varyansın %58'ini açıklayan Düzensiz Davranış ve Beslenme, Suçluluk ve Sosyal İzolasyon olarak adlandırılan üç faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Sonuçlar YBBEÖ'nün 15 madde ile üç faktörlü bir yapıda olduğuna ve yeme bozukluğu yaşayan bir yakına bakmanın olumsuz yönlerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğine ilişkin kanıtlar sunmuş olup ölçeğin bu üç faktörlü son halinin uyum iyiliği değerleri aynı zamanda DFA ile sınanmıştır.

4.2.3.YBBEÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Bir önceki bölümde AFA sonuçlarına yer verilen YBBEÖ'nün bu bölümde Hipotez 10 doğrultusunda DFA sınaması gerçekleştirilecektir. DFA'da öncelikle normallik dağılımı incelenmiş, Çarpıklık ve Basıklık değerlerinin beklenen aralıklarda olduğu görülmüştür (Çarpıklık = -0.90 (7. madde) -1.36 (2. madde); Basıklık = -1.08 (11. madde) – 1.24 (2. madde)). DFA'da örtük ve gözlenen değişkenler arasında anlamlı düzeyde yordayıcılık ilişkisi gözlenmiştir. Örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki ilişki Şekil 4.4'te görülmektedir.



Şekil 4.4. YBBEÖ'nün ölçüm modeli.

YBBEÖ'nün Düzensiz Davranış ve Beslenme örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %60 ile %91 arasında, Suçluluk örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %77 ile %90 arasında, Sosyal İzolasyon örtük değişkeninin gözlenen değişkenlerini %66 ile %104 arasında yordadığı görülmüştür. Örtük değişkenler arasındaki tüm korelasyonel ilişkilerin de anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .05$). Söz konusu ilişkiler Şekil 4.4'te görülmektedir.

Örtük değişkenlerin aralarındaki korelasyonel ilişkiler Tablo 4.12.'de görülmektedir.

Tablo 4.12. YBBEÖ'nün örtük değişkenler arasındaki ilişki

	Düzensiz Davranış ve Beslenme	Suçluluk	Sosyal İzolasyon
Düzensiz Davranış ve Beslenme	-	.51	.58
Suçluluk		-	.42
Sosyal İzolasyon			-

Modelin uyum iyiliği değerleri χ2/df = 2.05, RMSEA=0.08 (%90 güven aralığı =0.063-0.096), sRMR = 0.063, GFI = 0.88, AGFI = 0.83 ve CFI = 0.91 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca modelin yorumlanabilmesi için gerekli olan RMSEA %90 güven aralığının .10 birimden geniş olmaması uyum istatistiklerinin yorumlanabileceğini göstermiştir. Modelin düzeltme önerileri incelendiğinde koşullara uygun bir öneri sunmadığı görülmüştür. YBBEÖ'nün uyum iyiliği istatistikleri Tablo 4.13.'te görülmektedir.

Tablo 4.13. YBBEÖ'nün uyum iyiliği istatistikleri

Uyum Endeksleri	Değerler
χ2 / df	178.89 / 87 = 2.05
RMSEA	0.08
%90 CI for RMSEA	0.06 - 0.09
sRMR	0.063
GFI	0.88
AGFI	0.83
CFI	0.91

Notlar: AGFI: Düzeltilmiş Uygunluk indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index); CFI: Karşılaştırmalı Uygunluk İndeksi (Comparative Fit Index); GFI: Uygunluk indeksi (Goodness of fit index); RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation); sRMR: Standartlaştırılmış Ortalama hataların karekökü (Standardized Root Mean Square Residual); χ^2/df: Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı

Modelin uyum iyiliği değerlerinden χ2/df oranı, RMSEA, sRMR ve CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralığında; GFI ve AGFI değerlerinin ise kabul edilebilir uyum sınırına çok yakın olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar incelendiğinde Hipotez 10'un kısmen desteklendiği görülmektedir. Özetle AFA'dan elde edilen son faktör yapısı, Yapısal Eşitlik Modeli'nde DFA ile de incelenmiş ve sonuçlar 15 maddeli 3 faktörlü YBBEÖ'nün uygulandığı örnekleme kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiğine ilişkin kanıtlar sunmuştur.

4.2.4.YBBEÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Bulguları

Hipotez 12 doğrultusunda YBBEÖ'nün yakınsak geçerliğini sınamak amacıyla BVYÖ, GSA-12, KİDÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkilerini tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları Tablo 4.14.'te görülmektedir.

Tablo 4.14. YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik bulguları

	GSA-12	KİDÖ	BVYÖ
YBBEÖ-T	.19*	.33**	.65**
YBBEÖ-Sİ	.19*	.30**	.59**
YBBEÖ-S	.19*	.10	.32**
YBBEÖ-DDB	.10	.34**	.59**

*$p < .05$, **$p < .01$

Notlar: BVYÖ: Bakım Verme Yükü Ölçeği, GSA-12: Genel Sağlık Anketi 12 soruluk formu, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, YBBEÖ-DDB: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Düzensiz Davranış ve Beslenme alt testi, YBBEÖ-Sİ: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Sosyal İzolasyon alt testi, YBBEÖ-S: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Suçluluk alt testi, YBBEÖ-T: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği toplam puan

YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizi için YBBEÖ'nün toplam puanı ve tüm faktörlerinin puanları BVYÖ puanı ile anlamlı ilişki göstermiş ($p < .05$) ve Hipotez 12.a. desteklenmiştir. Hipotez 12.b. için YBBEÖ puanları ile GSA-12 puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. YBBEÖ'nün Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü ile GSA-12 puanları arasında anlamsız ilişki gözlenmiş olup ($r = .11$, $p > .05$) bunun dışındaki faktörler ve ölçeğin toplam puanlarıyla anlamlı ilişki göstermiştir ($p < .05$). Hiptez 12.b. kısmen desteklenmiştir.

Hipotez 12.c. için yürütülen analizde YBBEÖ'nün Suçluluk faktörü ile KİDÖ puanları arasında anlamsız ilişki gözlenmiş olup ($r = .10$, $p > .05$) bunun dışındaki ölçek puanlarıyla anlamlı ilişki görülmüştür ($p < .05$). Böylece hipotez 12.c. de kısmen desteklenmiştir.

Hipotez 13 doğrultusunda YBBEÖ'nün ıraksak geçerliğini sınamak amacıyla ADÖ'nün tüm alt testleri ve SİÖ'nün toplam puanlarıyla ilişkilerini tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları Tablo 4.15.'te görülmektedir.

Tablo 4.15. YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik bulguları

	ADÖ-P	ADÖ-İ	ADÖ-R	ADÖ-DTV	ADÖ-GİG	ADÖ-DK	ADÖ-G	SİÖ
YBBEÖ-T	.13	.08	.16*	.03	.05	.07	.26**	-.05
YBBEÖ-Sİ	.08	.08	.17*	.02	.10	-.01	.18*	-.03
YBBEÖ-S	.05	.01	.02	-.05	-.07	.01	.09	.02
YBBEÖ-DDB	.15	.09	.16*	.08	.08	.12	.29**	-.08

*p < .05, **p < .01

ADÖ-DK: Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü alt testi, ADÖ-DTV: Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme alt testi, ADÖ-G: Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler alt testi, ADÖ-GİG: Aile Değerlendirme Ölçeği Gereken İlgiyi Gösterme alt testi, ADÖ-İ: Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim alt testi, ADÖ-P: Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme alt testi, ADÖ-R: Aile Değerlendirme Ölçeği Roller alt testi, YBBEÖ-DDB: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Düzensiz Davranış ve Beslenme alt testi, YBBEÖ-Sİ: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Sosyal İzolasyon alt testi, YBBEÖ-S: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Suçluluk alt testi, YBBEÖ-T: Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği toplam puan,

YBBEÖ'nün ıraksak geçerlik analizinde Hipotez 13.a için YBBEÖ ve ADÖ'nün alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. YBBEÖ'nün toplam puanı ile ADÖ'nün Roller alt ölçeği ve Genel İşlevler alt ölçeği puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür (r = .16, p < .05 ; r = .26, p < .01). Sosyal İzolasyon faktörü puanı ile ADÖ'nün Roller alt ölçeği ve Genel İşlevler alt ölçeği puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür (r = .17, p < .05 ; r = .18, p < .05). Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü puanı ile ADÖ'nün Roller alt ölçeği ve Genel İşlevler alt ölçeği puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür (r = .16, p < .05 ; r = .29, p < .01). Bu sonuçlar incelendiğinde Hipotez 13.a'nın kısmen desteklendiği görülmektedir. Hipotez 13.b. için YBBEÖ ile SİÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve bütün ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür (p > .05). Böylece Hipotez 13.b. desteklenmiştir.

Hipotez 14 doğrultusunda YBBEÖ'nün ayırt edici geçerliği için bakım verenlerin yakınlık durumlarına, psikiyatrik özgeçmişlerine, güncel psikiyatrik tanılarına ve yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendirip değerlendirmemelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları Tablo 4.16.'da görülmektedir.

Tablo 4.16. YBBEÖ'nün ayırt edici geçerlik bulguları

	N	Ortalama	Standart Sapma
Yakınlık durumlarına göre			
Anne	82	25.07	11.54
Baba	34	22.47	9.22
Diğerleri	54	22.61	10.09
Psikiyatrik özgeçmişe göre			
Psikiyatrik özgeçmişi olanlar	122	23.76	10.65
Psikiyatrik özgeçmişi olmayanlar	48	23.79	10.85
Güncel psikiyatrik tanıya göre			
Psikiyatrik tanısı olanlar	21	27.28	13.62
Psikiyatrik tanısı olmayanlar	149	23.27	10.15
Yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini değerlendirmelerine göre			
Yeterli olarak değerlendirmeyenler	76	25.09	10.94
Yeterli olarak değerlendirenler	94	22.70	10.39

*$p < .05$, **$p < .01$

Hipotez 14.a için yürütülen ayırt edici geçerlik analizinde bakım verenler anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç gruba ayrılmış ve üç grubun YBBBEÖ puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür ($p > .05$). Böylece Hipotez 14.a desteklenmemiştir. Hipotez 14.b için psikiyatrik özgeçmişi olan ve olmayan bakım verenlerin YBHUKSÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve fark olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Hipotez 14.b de desteklenmemiştir. Güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayan ebeveynlerin YBBEÖ puanları farklılaşmamış olup Hipotez 14.c desteklenmemiştir ($p > .05$). Son olarak şu anda yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenlerin de YBBEÖ puanlarının farklılaşmadığı görülmüş ve Hipotez 14.d de desteklenmemiştir ($p > .05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında yeme bozukluğu hastalarına bakım verenlerin hastalık sürecine uyumunu değerlendirmek ve hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisini incelemek için Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği (YBHUKSÖ) ile Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini (YBBEÖ) uyarlamak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yeme Bozukluğu Polikliniği'ne başvuran 107 yeme bozukluğu hastasının toplamda 170 bakım verenine ulaşılmıştır. Toplanan 170 veri üzerinde YBHUKSÖ ve YBBEÖ için geçerlik ve güvenirlik analizleri yürütülmüştür. Hipotez 1 ve 2 doğrultusunda yürütülen YBHUKSÖ'nün madde analizi ve AFA sonucunda 20 maddeli ve Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Kaçınma ve Rutini Değiştirme ve Aile Kontrolü olmak üzere dört faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Hipotez 3 için AFA'da elde edilen yapının DFA sınaması gerçekleştirilmiş ve modelin genel olarak kabul edilebilir uyum istatistiklerine sahip olduğu görülmüştür. Hipotez 4 için YBHUKSÖ'nün güvenirlik analizi doğrultusunda hesaplanan Cronbach alfa katsayıları ölçeğin toplamı için .88, Güven Arayışı faktörü için .80, Yemek Ortamı Ritüeli için .87, Kaçınma ve Rutini Değiştirme için .85, Aile Kontrolü için .81 olarak bulunmuştur. Ayrıca, YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve faktörleri arasındaki tüm ilişkilerin anlamlı olduğu görülmüştür. Hipotez 5 için yürütülen YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde Hipotez 5.a için BVYÖ; Hipotez 5.b için HADÖ; Hipotez 5.c için DDÖ puanları ile ilişkiler incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ile yakınsak geçerlik için kullanılan BVYÖ, HADÖ ve DDÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. YHBUKSÖ'nün faktörlerinin puanları ile yakınsak geçerlik için kullanılan ölçeklerin puanları arasındaki ilişki incelendiğinde beklenenden farklı olarak Aile Kontrolü faktörü ile HADÖ puanları arasında ve Yemek Ortamı Ritüeli faktörü ile BVYÖ puanları arasında anlamsız ilişki görülmüştür. Bu faktörler dışındaki faktörler ile yakınsak analiz için kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkiler anlamlıdır. Hipotez 6 için yürütülen YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerlik

analizinde Hipotez 6.a için ADÖ; Hipotez 6.b için SİÖ puanı ile ilişkileri incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ile ıraksak geçerlik için kullanılan ADÖ ve SİÖ puanları arasında anlamsız ilişki gözlenmiştir. YBHUKSÖ'nün faktörleri ile ıraksak geçerlik için kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkilerde beklenenden farklı olarak Güven Arayışı faktörü ile Aile Değerlendirme Ölçeği Roller Testi, Yemek Ortamı Ritüeli ile Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme Testi puanları arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bu ilişkiler dışındaki tüm ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Hipotez 7 doğrultusunda yürütülen YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerlik analizinde Hipotez 7.a için anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç grup arasında; Hipotez 7.b için psikiyatrik öz geçmiş olan ve olmayan bakım verenler arasında; Hipotez 7.c için güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayan bakım verenler arasında; Hipotez 7.d için yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenler arasında YBHUKSÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda YBHUKSÖ'nün toplam puanı güncel psikiyatrik tanı alan ve almayan bakım verenlere göre ve yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenlerin puanlarına göre farklılaşmıştır. YBHUKSÖ puanları bakım verenlerin yakınlık durumlarına ve psikiyatrik öz geçmişi olup olmamasına göre ise farklılaşmamıştır.

Hipotez 8 ve 9 doğrultusunda yürütülen YBBEÖ'nün madde analizi ve AFA sonucunda 15 maddeli ve Düzensiz Davranış ve Beslenme, Suçluluk ve Sosyal İzolasyon olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Hipotez 10 için AFA'da elde edilen yapının DFA sınaması gerçekleştirilmiş ve modelin genel olarak kabul edilebilir uyum istatistiklerine sahip olduğu görülmüştür. Hipotez 11 için YBBEÖ'nün güvenirlik analizi doğrultusunda hesaplanan Cronbach alfa katsayıları ölçeğin toplamı için .87, Düzensiz Davranış ve Beslenme için .84, Suçluluk için .76 ve Sosyal İzolasyon için .83 olarak bulunmuştur. Ayrıca, YBBEÖ'nün toplam puanı ve faktörleri arasındaki tüm ilişkilerin anlamlı olduğu görülmüştür. Hipotez 12 doğrultusunda yürütülen YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde Hipotez 12.a için BVYÖ; Hipotez 12.b için GSA-12; Hipotez 12.c için KİDÖ puanı ile ilişkileri incelenmiştir. YBBEÖ'nün toplam puanı ile yakınsak geçerlik için kullanılan

BVYÖ, GSA-12 ve KİDÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. YBBEÖ'nün faktörlerinin puanları ile yakınsak geçerlik için kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde beklenenden farklı olarak Suçluluk faktörünün puanı ile KİDÖ puanı arasında, Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü puanı ile GSA-12 puanı arasında anlamsız ilişki görülmüştür. Bu ilişkiler dışında kalan tüm ilişkilerin anlamlı olduğu görülmüştür. Hipotez 13 için yürütülen YBBEÖ'nün ıraksak geçerliği analizinde Hipotez 13.a için ADÖ; Hipotez 13.b için SİÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Beklenenden farklı olarak YBBEÖ'nün toplam puanı, Sosyal İzolasyon faktörü ve Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü ADÖ'nün Roller Testi ve ADÖ'nün Genel İşlevler testi puanları ile anlamlı ilişki göstermiştir. Bunun dışında kalan tüm ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Hipotez 14 kapsamında sınanan YBBEÖ'nün ayırt edici geçerlik analizinde Hipotez 14.a için anne, baba ve diğerleri olmak üzere üç grup arasında; Hipotez 14.b için psikiyatrik öz geçmiş olan ve olmayan bakım verenler arasında; Hipotez 14.c için güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayan bakım verenler arasında; Hipotez 14.d için yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenler arasında YBBEÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. YBBEÖ puanının ayırt edici geçerlik için kullanılan değişkenlere göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda yürütülen YBHUKSÖ ve YBBEÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizi bulguları özetlenmiştir. Devam eden bölümlerde öncelikle bakım verenlerin ve hastaların özellikleri değerlendirilecektir. Ardından bu bölümde özetlenen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır. Son olarak araştırmanın kısıtlılıklarına ve önerilere yer verilecektir.

5.1.Katılımcıların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Araştırmaya DSM-5 Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı kategorisine göre AN, BN, TYB ve TDBBYB tanısı almış 107 hastanın 170 bakım vereni dahil edilmiştir. Araştırmadaki 170 bakım verenin 120'si kadın (%70.6) ve 50'si erkek (%29.4) ve yaş ortalamaları 44'tür. Bakım verme rolleri açısından ise 82'si anne (%48.2), 34'ü baba (%20), 30'u kardeş (17.6), 13'ü eş/partner (%7.6), 1'i çocuk (%0.6), 1'i hala (%0.6), 1'i kuzen (%0.6), 1'i babaanne (%0.6), 7'si ise arkadaştan (%4.1)

oluşmaktadır. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasına 193 bakım veren katılmış olup bakım verenlerin yaş ortalamaları 50'dir. Cinsiyet açısından örneklemin %85.5'ini kadınlar ve bakım verme rolleri açısından ise %91'ini ebeyevnler oluşturmaktadır (Sepulveda ve ark., 2009). YBBEÖ'nün orijinal çalışmasına 190 bakım veren katılmış olup bakım verenlerin yaş ortalamaları 51'dir. Cinsiyet açısından bakım verenlerin %73.1'i kadındır ve bakım verme rolleri açısından %89.6'sını ebeveynler oluşturmaktadır (Sepulveda ve ark., 2008b).

Ölçeklerin farklı ülkelerdeki uyarlama çalışmaları incelendiğinde YBBEÖ'nün Avustralya ve İspanya; YBHUKSÖ'nün ise İspanya örnekleminde uyarlama çalışması bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmalardaki katılımcıların demografik bilgilerine bakıldığında YBBEÖ'nün Avustralya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasına 154 bakım veren (133 ebeveyn, 15 partner, 3 kardeş ve 3 arkadaş) veren dahil edilmiştir (Coomber ve King, 2013a). Bakım verenlerin 100'ü kadın, 54'ü erkek ve yaş ortalamaları 47.38'dir. İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasına 187 bakım veren (185 ebeveyn 2 partner) dahil edilmiştir (Carral-Fernández, Sepulveda, Del Barrio, Graell ve Treasure, 2013). Bakım verenlerin 116'sı kadın, 71'i erkek ve yaş ortalamaları 48.1'dir. YBHUKSÖ için ise İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasına 90 bakım veren (52 anne, 29 baba, 3 partner, 4 kardeş, 2 diğer) dahil edilmiştir (Quiles, Quiles, Pamies, Sepulveda ve Treasure, 2016). Bakım verenlerin 55'si kadın, 35'ü erkek ve yaş ortalamaları 47.8 olduğu görülmektedir. Literatürde bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında bakım verme rolünün daha fazla kadınlara, aile içinde ise özellikle annelere atfedildiği görülmektedir (Sharma ve ark., 2016). Yine yeme bozukluğu bakım verenleri ile yapılan çalışmalarda da kadınların bakım verme rolünü daha fazla üstlendiği göze çarpmaktadır (Whitney ve ark., 2005). Hem bu çalışmada hem de diğer uyarlama çalışmalarında kadın katılımcıların daha fazla olması mevcut çalışmayla tutarlılık göstermektedir.

Çalışmadaki 107 hastanın yaş ortalaması 24 olup yaş dağılımlarına bakıldığında %85'inin 18 yaş üstünde olduğu görülmektedir. 107 hastanın 65'i AN (%60.7), 33'ü BN (%30.8), 6'sı TDBBYB (1 Eşik Altı TYB, 4 Çıkarma Bozukluğu, 1 Gece Yeme Sendromu) (%5.6), 3'ü TYB (%2.8) tanısı almıştır. Hastaların 101'i

kadın (%94.4) ve 6'sı erkektir (%5.6). Örneklemdeki hastaların hastalık süresi yaklaşık olarak 48 aydır ve hastaların yaklaşık %77'si aktif hastalık döneminde olup kalanı kısmi remisyondadır. Orijinal çalışmalardaki hastaların demografik bilgilerine bakıldığında YBHUKSÖ için çalışmaya dahil edilen 193 hastanın %98'ü kadın olup yaş ortalamaları 21'dir. Hastaların %70.5'i AN tanısı almıştır (Sepulveda ve ark., 2009). YBBEÖ için çalışmaya dahil edilen 156 hastanın %93'ü kadın olup yaş ortalamaları 24'tür. Hastaların %76'sı AN tanısı almıştır (Sepulveda ve ark., 2008b). Orijinal çalışmadaki hastaların demografik bilgileri incelendiğinde mevcut çalışmayla benzer olduğu görülmektedir. Literatürde yeme bozukluğu yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar, yeme bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğünü, özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde pik yaptığını ortaya koymaktadır (Currin ark., 2005; Striegel-Moore ve ark., 2000). Yeme bozukluğu tanılarının yaygınlığı arasında büyük farklılıklar bulunmamasına rağmen (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016; Vardar ve Erzengin, 2011) AN hastalarının daha fazla tedavi başvurusu bulunduğu görülmektedir. Literatürdeki bu bulgular mevcut çalışma ve diğer uyarlama çalışmalarındaki hastaların demografik bilgileri ile tutarlılık göstermektedir.

5.2.YBHUKSÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularına Yönelik Tartışma

5.2.1.YBHUKSÖ'nün Madde Analizi, AFA ve DFA Bulguları Tartışması

YBHUKSÖ'nün madde analizi sonucunda 21.madde madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalmış ve ölçekten elenmiştir. Böylece Hipotez 1 desteklenmemiştir. 21.madde ölçekten çıkarılıp analiz yeniden yürütüldüğünde tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonu .20'nin üstünde çıkmıştır ve AFA aşamasına geçilmiştir. AFA sonucunda Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Kaçınma ve Rutini Değiştirme ve Aile Kontrolü olmak üzere dört faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu doğrultuda Hipotez 2 desteklenmemiştir. Ölçeğin orijinalinde Güven Arayışı, Yemek Ortamı Ritüeli, Kaçınma ve Rutini Değiştirme, Aile Kontrolü ve Görmezden Gelme olmak üzere beş faktör yapısı bulunmaktadır (Sepulveda ve ark., 2009). Çalışmada orijinalinden farklı olarak Görmezden Gelme faktörü elenmiştir. Orijinal çalışmada Görmezden Gelme faktöründe dört madde (20., 21., 22. ve 23. maddeler) bulunmaktadır. 21. madde, madde analizi aşamasında madde

toplam-puan korelasyonu .20'nin altında kaldığı (.14) için elenmiştir. Faktördeki kalan üç madde ise AFA'da ortak varyansları .30'un altında kaldığı için (20. madde (.22), 22. madde (.28), 23. madde (.29)) elenmiştir. Görmezden Gelme faktöründen çıkan maddelerin içeriklerine bakıldığında 20. madde ("Yiyeceklerin ortadan kaybolmasını"), 21. madde ("Paranın ortadan kaybolmasını"), 22. madde ("Mutfağın dağınık bırakılmasını") ve 23. maddenin ("Banyonun/Tuvaletin pis bırakılmasını") daha çok BN ve TYB'de görülen tıkınırcasına yeme ve BN'de görülen çıkarma davranışları ile ilişkilendirilebileceği görülmektedir. BN ve TYB hastalarının tıkınırcasına yeme atakları sırasında çoğu kişinin yiyebileceği miktarda yiyeceği kısa bir zaman içinde tüketmesi evdeki yiyeceklerin hızla tükenmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda hastaların yiyecek alabilmek için paraya ihtiyaç duymaları nedeniyle çalma davranışları olabildiği görülmektedir (Vandereycken ve Van Houdenhove, 1996). BN hastalarında gözlenen çıkarma davranışları (kusma, bağırsak söktürücü, idrar söktürücü) banyo veya tuvalette temizlik sorunlarına yol açabilmektedir (Sepulveda ve ark., 2009). Örneklemdeki BN ve TYB hastalarının sayıca az olmasının maddelerin tutunamamasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle ölçeğin BN ve TYB bakım verenlerinin daha fazla olduğu daha geniş bir örneklemde sınamalarının yapılması önem taşımaktadır. Ayrıca 22. ve 23. maddelerin içerikleri temizlik ile ilişkilidir. Kültürel etkiler bağlamında Türk toplumunda temizliğe verilen anlamın önemi göz önünde bulundurulduğunda bu maddelerin ilgili örneklemde tutunamaması anlaşılır olmaktadır. Örneğin, Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada özellikle Türk kadın hastalarda temizlikle ilgili yıkama kompulsiyonları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tezcan, Millet ve Kuloğlu, 1998). Benzer şekilde ülkemizde obsesif kompulsif bozukluk hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada temizlikle ilgili olarak yıkama kompulsiyonları diğer türlere göre daha fazla görülmüştür (Sayar, Uğurad ve Acar, 1999). Temizlik davranışının Türk kültüründe daha yaygın olması hastaların çıkarma belirtilerinden sonra etrafı iyice temizlediklerini düşündürmektedir. Ayrıca bakım verenlerin bu davranışları gözlemleyememesinin önemli nedenlerinden biri hastaların belirtilerini gizleme eğilimi olarak değerlendirilmektedir (Pettersen, Rosenvinge ve Ytterhus, 2008). Bu açıklamalarla birlikte Görmezden Gelme faktörünün orijinal çalışma ve uyarlama

çalışmasında diğer faktörlerle ilişkilerinin de beklendiği gibi olmadığı görülmüştür. YHBUKSÖ'nün orijinal çalışmasında Görmezden Gelme faktörünün diğer faktörlerle en düşük ilişkiye sahip faktör olduğu görülmektedir (Sepulveda ve ark., 2009). Faktörler arası ilişkiler incelendiğinde Görmezden Gelme faktörü Güven Arayışı ve Yemek Ortamı Ritüeli ile anlamsız ilişki göstermiştir. YBHUKSÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında da Görmezden Gelme faktörü Aile Kontrolü ve Güven Arayışı faktörü ile anlamsız ilişki göstermiştir (Quiles ve ark., 2016). YBHUKSÖ'nün faktör yapısına ilişkin bir başka çalışma da İngiltere örneklemi üzerinde 260 bakım veren üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada madde analizi ve AFA gerçekleştirilmeden YBHUKSÖ'nün DFA'sı sınanmıştır ve ölçeğin orijinalinde olduğu gibi beş faktörlü yapısının desteklendiği görülmüştür (Hibbs ve ark., 2014). Diğer çalışmalardaki faktör yapıları ile farklılık gösteren bu bulgunun AFA yürütülmemesinden ileri geldiği düşünülebilir. Bu durum ölçek uyarlama çalışmalarında DFA öncesinde AFA yapmanın önemini ortaya koymaktadır.

YBHUKSÖ'de orijinal çalışmadaki faktör yapısından farklı bir yapı elde edilmiştir. Ölçekten BN ve TYB belirtileri ile ilgili maddelerin elenmesi hastaların tanı dağılımında BN ve TYB sayısının az olması göz önünde bulundurulduğunda anlaşılır olmaktadır. Elenen maddelerden temizlik ile ilgili maddeler ise kültürel etkiler açısından Türk kültüründe temizliğin önemi göz önünde bulundurulduğunda ilgili örneklemde tutunamamış olabileceklerini göstermektedir (Sayar, Uğurad ve Acar, 1999; Tezcan, Millet ve Kuloğlu, 1998). Faktör yapısının farklılaşmasının bir diğer nedeni ise istatistiksel yöntem açısından orijinal çalışma ve yapılan uyarlama çalışmaları ile mevcut çalışmanın farklı yöntem kullanması olabilir. Çalışmanın Veri Analizi kısmında belirtildiği gibi YBHUKSÖ toplam puan alınabilen bir endeks ölçeği olduğu için temel eksen boyutlandırması ve oblik döndürme yöntemi kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2014a). AFA'da faktör yapısını belirlemek için özdeğeri 1.5'in üzerinde olan yapıların anlamlı bir faktör oluşturduğu kabul edilmiş (Henson ve Roberts, 2006) ve faktör sayısı serbest bırakılmıştır. Her bir maddenin ortak varyans değerinin en az .30 olması beklenmiştir. Döndürme öncesi faktör matrisinde birinci faktöre .30'un altında yüklenen maddeler ölçekten çıkarılmıştır

(Kline, 1994). Her bir maddenin gerçekte hangi faktöre yüklendiği ise döndürme sonrası faktör matrisinde incelenmiştir. Bunun için en az .30 faktör yükü ile yalnızca tek bir faktöre yüklenen maddeler ölçekte tutulmuş, çift yüklenen maddelerde aradaki farkın en az .10 olması koşulu aranmıştır (Büyüköztürk, 2002). Bu koşulları sağlamayan maddeler doğrudan ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeklerin orijinal çalışmalarına ve uyarlama çalışmalarında temel bileşenler analizi (principal component analiz) ve varimax döndürmesinin kullanıldığı, özdeğeri 1'in üzerindekileri faktör olacak şekilde seçtikleri ve maddelerin .40 yükü üzerin olanların faktörlere yüklenmesini bekledikleri görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında kullanılan yöntemlerin farklı olmasının benzer sonuçların ortaya konmamasına yönelik bir açıklama taşıdığı söylenebilmektedir.

YBHUKSÖ'nün madde analizinde elenen 21. maddenin ardından yapılan AFA sınamasında her bir maddenin birbirleriyle olan varyansının (Communalities) ortalaması incelendiğinde birbirleriyle .30'un altında ilişki gösteren 10. madde (.28), 20. madde (.22), 22. madde (.29), 24. madde (.22), 25. madde (.21), 26. madde (.27), 31. madde (.23) ve 33. madde (.27) ölçekten elenmiştir. Döndürme sonrası faktör yükleri incelendiğinde 6. madde iki faktöre de yüklendiğinden ve 13. madde herhangi bir faktöre yüklenmediği için ölçekten elenmiştir.

Ölçeğin orijinal halinde olduğu gibi Güven Arayışı faktöründe yer alan altı madde (5., 7., 8., 9., 17. ve 18. maddeler) korunmuş olup 6. madde ve 10. madde ölçekten elenmiştir. Yemek Ortamı Ritüeli faktöründe altı madde (11., 12., 14., 15., 16. ve 19. maddeler) korunmuş olup 13. madde ölçekten elenmiştir. Kaçınma ve Rutini Değiştirme faktöründe dört madde (27., 28., 29. ve 30. maddeler) korunmuş olup 24. madde, 25. madde, 26. madde, 31. madde, 32. madde ve 33. madde ölçekten elenmiştir. Aile kontrolünde bulunan dört madde (1., 2., 3. ve 4. maddeler) ise olduğu gibi korunmuştur.

Ölçekten elenen maddelerin içeriklerine bakıldığında Güven Arayışı faktöründen elenen 6. madde ("Belirli bir yiyeceği yemenin güvenli veya kabul edilebilir olup olmadığı hakkında") ve 10. maddenin ("Kendine zarar verme hakkında") bakım verenlerin deneyimledikleri süreçler olmayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda

bakım verenlerin hastalık belirtileri ile ilgili bilgi eksiklikleri bu maddeleri hastalık belirtileriyle ilişkilendirememiş olabileceklerini akla getirmektedir. Benzer şekilde 10. maddenin YBHUKSÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında herhangi bir faktöre yüklenmediği görülmüştür (Quiles ve ark., 2016).

Örneklemimizdeki yeme bozukluğu hastalarının %85'i 18 yaş ve üstündedir. Bu nedenle üniversite ve iş hayatı gibi nedenlerden ötürü sürekli olarak bakım verenleriyle yaşamadıkları görülmüştür. Yemek Ortamı Ritüeli faktöründen 13. maddenin ("Ne zaman yemek yendiğine") elenmesi hastaların genellikle 18 yaş üstünde olması nedeniyle devamlı olarak bakım verenleri ile yaşamamasından kaynaklı olabilir. Klinik gözlemler neticesinde hastaların hastalık semptomlarını yakınları ile konuşmaktan kaçındıkları görülmektedir. Veri toplama sürecinde yakınlar zaman zaman bu maddelerin yaşadıkları deneyimler ile tutarlı olduğunu ama bunların yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceğini çalışma esnasında düşünmeye başladıklarını iletmişlerdir.

Kaçınma ve Rutini Değiştirme faktöründen elenen 24. maddenin ("Genel olarak, yeme bozukluğu olan yakınınızın, aile yaşamını ve faaliyetlerini ne derecede kontrol ettiğini söylersiniz?") madde sıklık dağılımlarına bakıldığında maddenin puan ortalamasının 6.9 olduğu, 145 kişinin 5 ve üzeri; 102 kişinin ise 7 ve üzeri puan verdiği görülmüştür. Buradan hareketle bakım verenlerin yeme bozukluğu nedeniyle aile yaşamlarının ve faaliyetlerinin etkilendiği görülmektedir. Katılımcı sayısı arttığında maddenin ölçekte tutunabileceği düşünülmektedir. Aynı faktörden elenen 25. madde ("Yakınınızın zorlanmaları ile ilgili davranışlarına (örn. koşu ya da karın egzersizi süresini tutmak, yemek hazırlamasına yardım etmek, kalori hesaplamak) ne sıklıkla dahil oldunuz?"), 26. madde ("Onu daha fazla endişelendirecek şeylerden kaçınması için yakınınıza ne sıklıkla yardım ettiniz?"), 31. madde ("Yakınınıza yukarıda belirtilen şekillerde yardım etmek sizi rahatsız etti mi?"), 32. madde ("Kendisine destek olmadığınızda, yeme bozukluğu olan yakınınız sıkıntılı / endişeli oldu mu?") ve 33. madde ("Kendisine destek olmadığınızda yakınınız sinirlendi/kötü davrandı mı?") yine yukarıda belirtildiği gibi hastaların yaşlarının yüksekliği, hastaların deneyimlerini aileleri ile paylaşmaması veya ailelerin bu deneyimleri hastalık semptomları ile ilişkilendirememesi nedenleriyle açıklanabilir.

Son olarak, Aile Kontrolü faktöründe tüm maddeler hem orijinal çalışmada (Sepulveda ve ark., 2009) hem de uyarlama çalışmasında (Quiles ve ark., 2016) olduğu gibi mevcut çalışmada da tutunmuştur.

Madde analizi ve AFA aşamasının ardından 20 maddelik dört faktörlü yapıda DFA sınaması gerçekleştirilmiştir. DFA sonucunda hem örtük değişkenler arasında hem de örtük değişkenler ile ilgili gözlenen değişkenler arasında anlamlı düzeyde yordayıcılık ilişkisi görülmüştür. Burada beklenmedik tek bulgu Kaçınma ve Rutini Değiştirme ve Yemek Ortamı Ritüeli arasındaki t değerinin (t = 1.69, p > .05) anlamsız çıkmasıdır. Bu değerin katılımcı sayısı arttığında anlamlı olacağı düşünülmektedir. Modelin uyum iyiliği değerlerinden $\chi 2$ / df değerinin iyi uyum aralığında; RMSEA ve CFI değerinin kabul edilebilir uyum aralığında; sRMR, GFI ve AGFI değerinin kabul edilebilir uyum aralığına yakın olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar Hipotez 3'ün kısmen desteklendiğini ve mevcut çalışmanın elde edilen dört faktörlü yapıyı doğrulamaya yönelik önemli bulgular ortaya koyduğunu göstermektedir. Uyarlama çalışmaları incelendiğinde YBHUKSÖ'nün İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasında DFA yapılmadığı görülmüştür (Quiles ve ark., 2016). İngiltere örneklemi üzerinde 260 bakım veren üzerinde YBHUKSÖ'nün DFA'sının yürütüldüğü çalışmada modelin uyum iyiliği değerlerinin ise $\chi 2$ / df ve RMSEA değerinin kabul edilebilir uyum aralığında; CFI değerinin ise kabul edilebilir uyuma yakın olduğu görülmektedir (Hibbs ve ark., 2014).

5.2.2.YBHUKSÖ'nün Güvenirlik Analizi Bulguları Tartışması

Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları Güven Arayışı için .80, Yemek Ortamı Ritüeli için .87, Kaçınma ve Rutini Değiştirme için .85, Aile Kontrolü için .81 ve ölçeğin toplamı için .88 olarak hesaplanmıştır. Faktörlerin iç tutarlık katsayılarının ise yeterli düzeyde olduğu ve Hipotez 4'ün desteklendiği görülmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasındaki Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları Güven Arayışı için .86, Yemek Ortamı Ritüeli için .86, Kaçınma ve Rutini Değiştirme için .90, Aile Kontrolü için .85, Görmezden Gelme için .77 ve ölçeğin toplamı için .92 olarak hesaplanmıştır (Sepulveda ve ark., 2009).

YBHUKSÖ'nün İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasında iç tutarlık katsayıları Yemek Ortamı Ritüeli için .89, Aile Kontrolü için .79, Güven Arayışı için .85, Görmezden Gelme için .83 ve Kaçınma ve Rutini Değiştirme için .85 olarak hesaplanmıştır (Quiles ve ark., 2016). Orijinal çalışmada ve uyarlama çalışmasında da iç tutarlık katsayılarının yeterli düzeyde olduğu görülmektedir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve faktörlerinin puanları arasındaki ilişkilerin yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuç ölçeğin kendi içinde tutarlı ilişkiler sunduğunu göstermektedir.

5.2.3.YBHUKSÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Analizi Bulguları Tartışması

YBHUKSÖ'nün yakınsak geçerliği için YBHUKSÖ ile BVYÖ, HADÖ ve DDÖ'nün puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ile BVYÖ, HADÖ ve DDÖ'nün puanları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. YBHUKSÖ, yeme bozukluğu hastalarına bakım verenlerin hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını değerlendirmektedir. Literatürde bakım verenlerin hastalığa uyum gösteren ve hastalığı kolaylaştıran davranışlarının anksiyete ve depresyon belirtilerini ve bakım verme yüklerini artırdığına yönelik bulgular ortaya konmuştur (Anastasiadou ve ark., 2014; De LA Rie ve ark., 2005). Yine yapılan çalışmalar bakım verenlerde yüksek duygu dışavurumu ile hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlar arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (Butzlaff ve Hooley, 1998; Treasure ve Schmidt, 2013; van Furth ve ark., 1996; Uehara ve ark., 2001). Literatürdeki bu bilgiler YBHUKSÖ'nün toplam puanı ile yakınsak geçerlik için ölçeklerin puanları arasındaki anlamlı ilişkileri desteklemektedir. YBHUKSÖ'nün faktörleri ile yakınsak geçerlik için kullanılan ölçek puanları arasında da anlamlı ilişkiler beklenmiştir. Burada beklenenden farklı olarak Yemek Ortamı Ritüeli faktörü puanı BVYÖ puanı ile anlamsız ilişki göstermiştir. Yine beklenenden farklı olarak Aile Kontrolü faktörü puanı, HADÖ'nün hem depresyon hem de anksiyete ölçeği puanı ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Aktarılan anlamsız ilişkilerin dışında kalan faktörlerin puanları ile HADÖ ve BVYÖ arasındaki ilişki anlamlıdır. Böylece Hipotez 5.a ve 5.b kısmen desteklenmiştir. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında da Yemek Ortamı Ritüeli faktörü ile HADÖ'nün aksiyete ölçeği arasındaki ilişkinin

anlamsız olduğu görülmektedir. Bu anlamsız ilişkilerin seçilen ölçek ile katılımcı grubunun eşleşmemesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. HADÖ daha çok bedensel fiziksel hastalığı olan gruplara uygulanan bir ölçek olarak kullanılmaktadır (Aydemir, 1997). Sonraki çalışmalarda daha farklı bir depresyon ve anksiyete ölçümü alarak analizleri tekrar etmenin faydalı olacağı düşünülmektedir. Yakınsak geçerlik için yapılan son analizde YBHUKSÖ ile DDÖ puanı ile arasındaki tüm ilişkilerin anlamlı olduğu görülmüş ve Hipotez 5.c desteklenmiştir.

YBHUKSÖ'nün ıraksak geçerliği için ADÖ'nün alt testleri ve SİÖ arasındaki ilişkiler incelenmiş ve bu ilişkilerin anlamsız olması beklenmiştir. Beklenenden farklı olarak YBHUKSÖ'nün Güven Arayışı faktörü puanı ADÖ'nün Roller alt ölçeği puanı ile; Yemek Ortamı Ritüeli faktörü puanı ADÖ'nün Duygusal Tepki Verebilme alt ölçeği puanı ile düşük düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir. Bunun dışında kalan tüm ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Dolayısıyla Hipotez 6.a kısmen desteklenmiştir. Bu ilişkinin anlamlı çıkması ise katılımcı sayısının yetersizliği ile açıklanabilmektedir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve faktörlerinin puanı ile ıraksak geçerlik analizi için kullanılan SİÖ arasındaki ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Böylece Hipotez 6.b desteklenmiştir. Çalışmada bakım verenlerin sosyal istenirlik puan ortalamaları ölçekten alınabilecek ortalama puanın üstündedir. Yeme bozukluğu hastalarına bakım verenler damgalanmaya maruz kalmaları nedeniyle olumsuz duygu deneyimlerini aktarmaktadırlar (Kyriacou ve ark., 2008). Bu nedenle bakım verenlerde sosyal istenirliğin düşük düzeyde aktif olması anlaşılır bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerliğinde anne, baba ve diğerleri olarak üç gruba ayrılan bakım verenlerin YBHUKSÖ puanları açısından farklılaşmadığı görülmüş ve Hipotez 7.a desteklenmemiştir. Bu noktada, bakım verenlerin yeme bozukluğu sürecindeki uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarının yakınlık durumlarının ötesinde olduğu görülmektedir. Psikiyatrik öz geçmişi olan ve olmayan bakım verenlerin YBHUKSÖ puanları ise farklılaşmamıştır ve Hipotez 7.b desteklenmemiştir. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında geçmişte yeme problemi yaşayan annelerin YBHUKSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmada bakım verenlerin geçmişte veya güncel olarak yeme

problemlerinin varlığı sorgulanmamıştır. Bakım verenlerde yemeye ilişkin problemlerinin varlığı hastalık karşısındaki tepkilerini etkileyebileceği göz önünde bulundurularak (Fairburn ve ark., 1997) ilerleyen çalışmalarda sorgulanması hedeflenmiştir. Ayırt edici geçerlik için yürütülen diğer analizde güncel psikiyatrik tanısı olan ve olmayan bakım verenler YBHUKSÖ puanları açısından farklılaşmış olup güncel psikiyatrik tanısı olan bakım verenlerin ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Böylece Hipotez 7.c desteklenmiştir. Bu durum bakım verenlerin psikiyatrik öz geçmişinden ziyade güncel psikiyatrik tanı durumlarının uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarına etki edebileceğine işaret etmektedir. Buradan hareketle tedavi başında bakım verenlerin psikiyatrik durumunun değerlendirilmesi ve gerektiği taktirde yönlendirme yapılması önemli görülmektedir. YBHUKSÖ'nün ayırt edici geçerliği için yürütülen son analizde ise yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendiren ve değerlendirmeyen bakım verenlerin YBHUKSÖ puanları açısından farklılaştığı, bilgilerini yetersiz olarak değerlendiren bakım verenlerin ölçekten daha yüksek puan aldıkları görülmüş ve Hipotez 7.d desteklenmiştir. Bu bulgu değerlendirilirken bu bilginin öz bildirime dayalı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak literatürde bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi eksikliklerinin uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını artırdığı çalışmalarla ortaya konmuştur (Anastasiadou ve ark., 2014). Bu sonuçlar çalışmadaki bulguyu destekler nitelik taşımaktadır.

5.3.YBBEÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularına Yönelik Tartışma

5.3.1.YBBEÖ'nün Madde Analizi, AFA ve DFA Bulguları Tartışması

YBBEÖ'nün madde analizinde hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalmamış ve Hipotez 8 desteklenmiştir. AFA sonucunda Düzensiz Davranış ve Beslenme, Suçluluk ve Sosyal İzolasyon olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiş olup Hipotez 9 desteklenmemiştir. Ölçeğin orijinalinde Düzensiz Davranış, Beslenme, Suçluluk ve Sosyal İzolasyon olarak dört faktör yapısı bulunmaktadır (Sepulveda ve ark., 2008b). Çalışmada orijinalinden farklı olarak Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörlerinin birleştiği görülmektedir. Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörlerinin birleşmesinin nedeni katılımcı sayısının yeterli olmaması ile açıklanabilir. Düzensiz davranış faktöründe orijinal çalışmada yedi

madde (10., 11., 12., 13., 17., 19. ve 20. maddeler) bulunmaktadır. Daha çok BN ve TYB belirtilerine işaret eden 12. ve 17. madde; temizlikle ilgili olan 19. ve 20. madde faktörden elendiğinde kalan üç maddenin (10., 11. ve 13. madde) hastaların öfke içeren davranışları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Beslenme faktöründe tutunan maddelerin içeriğinin de hastalar ve bakım verenler arasındaki çatışmaya odaklandığı göz önünde bulundurulduğunda bu faktörlerin birleşmesinin ölçek içinde tutarlılık gösterdiği söylenebilir. YBBEÖ'nün Avustralya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında da orijinalindeki dört faktör yapısından farklı bir sonuç elde edilmiş ve altı faktörlü bir yapı ortaya konmuştur (Coomber ve King, 2013a). Bu faktörler, Suçluluk, Sosyal İzolasyon, Çatışmalı Davranışlar (Confrontational Behaviours), Tıkınırcasına Yeme-Çıkarma Zorlukları (Binge–Purge Difficulties), Yemek Zamanı Zorlukları (Mealtime Difficulties), Hastalık Farkındalığı (Illnes Awareness) olarak isimlendirilmiştir. İngiltere örnekleminde 258 bakım veren üzerinde YBBEÖ için yalnızca DFA sınamasının yürütüldüğü çalışmada ise ölçeğin orijinalinde olduğu gibi dört faktör yapısının desteklendiği görülmektedir (Hibbs ve ark., 2014). Diğer çalışmalardaki faktör yapıları ile çelişen bu bulgunun çalışmada AFA kullanılmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu durum AFA ve DFA'nın birlikte kullanılmasının önemini göstermektedir.

YBBEÖ'de orijinal çalışmadan farklı bir faktör yapısı elde edilmiştir. YBHUKSÖ'de olduğu gibi BN, TYB belirtileri ve temizlikle ilgili maddelerin elenmesi ölçeklerden elenen maddelerle ilgili tutarlılığa işaret etmektedir. Yine benzer şekilde farklı faktör yapısı elde edilmesinin nedeni kullanılan istatistiksel yöntemin orijinal çalışmadakinden farklı olmasıyla açıklanabilmektedir.

YBBEÖ'nün faktör yapısı elde edilirken yürütülen madde analizinde hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalmadığından bu aşamada hiçbir madde elenmemiştir. Ölçeğin uyarlama çalışmalarında ise madde analizi yürütülmemiştir (Carral-Fernández ve ark., 2013; Coomber ve King, 2013a). AFA sonucunda ise dokuz maddenin (8.madde (.21), 12.madde (.19), 17.madde (.20), 19.madde (.24), 20.madde (.22), 21.madde (.17), 22.madde (.26), 23.madde (.24), 24.madde (.26)) ortak varyans değeri .30'un altında olduğundan ölçekten elenmiştir. Ölçeğin orijinalindeki Sosyal İzolasyon faktöründe yer alan dört madde

(1.,2.,3. ve 4. maddeler) olduğu gibi korunmuştur. Suçluluk faktöründeki beş maddeden dördü korunmuş olup (5., 6., 7. ve 9. maddeler) 8. madde elenmiştir. Beslenme faktöründe bulunan sekiz maddeden dördü korunmuş olup (14., 15., 16. ve 18. maddeler), 21. madde 22. madde, 23. madde ve 24. maddeler elenmiştir. Düzensiz Davranış faktöründe bulunan yedi maddeden ise üçü korunmuş olup (10., 11. ve 13.maddeler) 12. madde, 17. madde, 19. madde ve 20. maddeler elenmiştir.

Ölçekten elenen maddelerin içerikleri incelendiğinde Suçluluk faktöründen yalnızca bir maddenin tutunamadığı görülmüştür. Faktördeki tutunan maddelerin içeriklerinde yakınlar nerede yanlış yaptıklarını, yakınlarının bu kadar kötüleşmeden önce farkına varmaları gerektiğini, yakınlarını hayal kırıklığına uğratmış olduklarını ve yapmaları gereken bir şeyler olduğu yönündeki değerlendirmelerinin ön planda olduğu görülmektedir. Elenen 8. madde ("Belki de yeteri kadar katı olmadığım düşüncesini") ölçeğin diğer maddelerine göre daha fazla muğlaklık içermektedir. Bu muğlaklığın bakım verenler için maddenin anlaşılırlığını azalttığı düşünülmektedir.

Beslenme faktöründen elenen 21. madde ("…yakınınız üşüdüğünden dolayı sıcaklığı arttırmak zorunda kaldınız?") ve 22. maddeyi ("…iyi olduğundan emin olmak için onu kontrol ettiniz?") bakım verenlerin hastalığın neden olduğu semptomlarla ilişkilendirmekte zorlanmış olabilecekleri düşünülmektedir. Ölçeğin İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasında da (Carral-Fernández ve ark., 2013) 22.madde .40'tan daha düşük bir faktör yükü ile yüklenmiştir. Yazarlar yine de bu maddeyi ölçekte tutmuşlardır. Ayrıca bu madde ölçeğin orijinalinden farklı olarak Sosyal İzolasyon faktörüne de yüklenmiş ve yazarlar bu faktörde tutulmasına karar vermişlerdir. Beslenme faktöründen elenen 23. madde ("…hastalığın onu fiziksel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz (örneğin, düştüğünü, bayıldığını, merdivenlerden çıkarken zorlandığını görmek?")) ve 24. madde ("…hastalığın onu zihinsel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz?") ise hasta örneklemimizin çoğunlukla 18 yaş üstünde olmasından ve okula devam etme gibi nedenlerden ötürü yakınlarının yanlarında belirli sürelerde bulunmalarından kaynaklı yakınların bu etkileri yeteri kadar gözlemleyememiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Düzensiz Davranış faktöründen 12., 17., 19. ve 20. madde elenmiştir. Bu maddelerin yapılan farklı uyarlama çalışmalarında da iyi uyum göstermedikleri görülmüştür. YBBEÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasındaki (Carral-Fernández ve ark., 2013) maddelerin sıklık dağılım analizlerinde bakım verenlerin 19. maddeye sıfıra yakın puan verdikleri görülmektedir. Benzer şekilde İngiltere örnekleminde 258 bakım veren üzerinde YBBEÖ'nün DFA'sının gerçekleştirildiği çalışmada 17., 19. ve 20. maddelerin bulundukları faktöre katkısının çok olmadığı ve bu maddelerin çıkarılması ile model uyumunun iyileşeceği görülmektedir. Yazarlar yine de maddeleri ölçekte tutmaya karar vermişlerdir (Hibbs ve ark., 2014).

Düzensiz Davranış faktöründe 12. madde ("Yalan söylediğini / hırsızlık yaptığını") ve 17. maddenin ("…yiyecekler dolaplardan kayboldu?") elenmesinin nedeni araştırma örneklemindeki BN ve TYB oranının düşük olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca bu maddelerin yeniden ifadelendirilmesiyle maddelerin anlaşılırlığının artacağı düşünülmektedir. Örneğin 12.madde "Yalan söylediğini / hırsızlık yaptığını" yerine "Yemekle ilgili yalan söylediğini" şeklinde açıkça ifade etmek bakım verenlerin ifadeleri semptomlarla bağdaştırmasını kolaylaştırabilir. YBBEÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında (Carral-Fernández ve ark., 2013) yazarların işaret ettiği gibi kültürlerarası uyarlama çalışmalarındaki en önemli sorunlardan biri kullanılan dil ve kavramların kullanım farklılıklarıdır (Van Wijngaarden ve ark., 2003). Kültürlerarası uyarlama çalışmalarında maddelerin o kültürdeki bakım verenlerde karşılık bulmadığı veya yeniden ifadelendirmeye ihtiyaç duyduğu düşünülebilir. Mesela yazarlar 1.madde için "Arkadaşlarınızın / yakınlarınızın sizi ziyaret etmeyi nasıl bıraktığını" yerine çalışmada yeme bozukluğu hastalarının kızlardan oluşuyor olması nedeniyle "Kızınızın hastalığı nedeniyle arkadaşlarınızın zamanla sizden uzaklaşacağına inanıyor musunuz? (Do you believe your friends will become more distant over time because of your daughter's illness?)"; 19.madde için "…gider tıkanıklığı, su tesisatı ile ilgili sorunlarınız oldu?" yerine "Kızınızın hastalığına bağlı olarak tuvalette oluşan kötü koku veya pisliklerle uğraşmak zorunda kalmaktan rahatsız mısınız? (Are you annoyed with having to cope with bad odours or messes in the toilet that

are related to your daughter's illness?)" şeklindeki ifadelerin bakım verenler için daha anlaşılabilir olacağı şeklinde öneri getirmişlerdir.

Düzensiz Davranış faktöründeki 19. madde ("…gider tıkanıklığı, su tesisatı ile ilgili sorunlarınız oldu?") ve 20. madde ("…tuvalette/banyoda kötü kokular ve temizlik sorunu oldu?") ise yine BN ve TYB vakalarının davranışlarını daha iyi temsil ettiğinden örneklemdeki tanıların dağılımı nedeni ile ölçekten elenmiş olabilir. Ek olarak yine bu maddelerin temizlikle ilgili olması Türk kültüründe temizliğe verilen önemin anlamı düşünüldüğünde anlaşılır olmaktadır (Sayar, Uğurad ve Acar, 1999; Tezcan, Millet ve Kuloğlu, 1998).

YBBEÖ için yapılan farklı uyarlama çalışmalarında mevcut çalışmadakinden farklı maddelerin de iyi uyum göstermediği görülmüştür. Örneğin YBBEÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasındaki (Carral-Fernández ve ark., 2013) maddelerin sıklık dağılım analizlerinde de bakım verenler 1.maddeye (Arkadaşlarınızın / yakınlarınızın sizi ziyaret etmeyi nasıl bıraktığını) sıfıra yakın puan vermişlerdir. Mevcut çalışmada da benzer şekilde iyi uyum göstermeyen maddeler bulunmaktadır. Bu bulgular değerlendirilirken örneklemdeki katılımcı sayısının düşüklüğü nedeniyle sonuçların güçlü çıkarımlarda bulunmaya elvermediğinin altı çizilmelidir. Bu nedenle ölçekten elde edilen yapının daha geniş örneklemlerde incelenmeye devam edilmesi gerekmektedir.

YBBEÖ'nün madde analizi ve AFA sonrasında elde edilen üç faktörlü yapısının DFA sınamasında hem örtük değişkenler arasında hem de örtük değişkenler ile ilgili gözlenen değişkenler arasında anlamlı düzeyde yordayıcılık ilişkisi görülmüştür. Model uyum iyiliği sonuçları incelendiğinde $\chi 2$ / df, RMSEA, sRMR ve CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralığında; GFI ve AGFI değerlerinin ise kabul edilebilir uyuma çok yakın olduğu görülmektedir. Böylece Hipotez 10 kısmen desteklenmiştir. Bu sonuçlar incelendiğinde mevcut çalışmadaki uyum iyiliği değerlerinin elde edilen faktör yapısını doğrulamaya yönelik önemli bulgular ortaya koyduğu görülmektedir. YBBEÖ'nün Avustralya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında altı faktörlü yapının DFA sınaması sonucunda $\chi 2$ / df değerinin kabul edilebilir uyum aralığında; RMSEA, sRMR ve CFI değerinin kabul

edilebilir uyuma yakın olduğu görülmüştür (Coomber ve King, 2013a). İspanya örneklemi üzerindeki uyarlama çalışmasında ise DFA'nın yapılmadığı görülmektedir (Carral-Fernández ve ark., 2013). İngiltere örneklemi üzerinde YBBEÖ için yürütülen DFA analizi sonucunda dört faktörlü modelin uyum iyiliği değerlerinden $\chi 2/df$ ve RMSEA değerinin kabul edilebilir uyum aralığında; CFI değerinin ise kabul edilebilir uyuma yakın olduğu görülmektedir (Hibbs ve ark., 2014).

5.3.2.YBBEÖ'nün Güvenirlik Analizi Bulguları Tartışması

Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach alfa katsayıları Düzensiz Davranış ve Beslenme için .84, Suçluluk için .76, Sosyal İzolasyon için .83 ve ölçeğin toplamı için .87 olarak hesaplanmıştır. Faktörlerin ve ölçeğin toplam puanının Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının yeterli düzeyde olduğu görülmektedir ve Hipotez 11 desteklenmiştir. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları ise Sosyal İzolasyon için .86, Suçluluk için .84, Düzensiz Davranış için .82, Beslenme için .89 ve ölçeği toplamı için .90 olarak hesaplanmıştır. YBBEÖ'nün Avustalya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında iç tutarlık katsayıları incelendiğinde Suçluluk için .88, Sosyal İzolasyon için .87, Çatışmalı Davranışlar için .83, Tıkınırcasına Yeme-Çıkarma Zorlukları için .78, Yemek Zamanı Zorlukları için .76, Hastalık Farkındalığı için .69 ve ölçeğin toplamı için .87 olduğu görülmektedir (Coomber ve King, 2013a). İspanya örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasında ise iç tutarlık katsayıları Beslenme için .74, Suçluluk için .83, Düzensiz Davranış için .79, Sosyal İzolasyon için .74 ve ölçeğin toplamı için .88 olarak hesaplanmıştır (Carral-Fernández ve ark., 2013). Mevcut çalışmada ve orijinal çalışmada Cronbach alfa katsayılarının yeterli olduğu ve benzerlik gösterdiği görülmektedir. Yapılan uyarlama çalışmaları da benzer sonuçlar ortaya koymakla birlikte yalnızca Avustalya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında (Coomber ve King, 2013a) Hastalık Farkındalığı faktörünün iç tutarlık katsayısı beklenen .70'in hemen altında seyrettiği görülmektedir.

YBBEÖ'nün diğer ölçeklerle ilişkileri incelenmeden önce ölçeğin kendi içinde ilişkileri incelenmiştir. YBHUKSÖ'nün toplam puanı ve faktörlerinin puanları

arasındaki ilişkilerin yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuç ölçeğin kendi içinde tutarlı ilişkiler sunduğunu göstermektedir.

5.3.3.YBBEÖ'nün Yakınsak, Iraksak ve Ayırt Edici Geçerlik Analizi Bulguları Tartışması

Ölçeğin yakınsak geçerliği için YBBEÖ'nün BVYÖ, GSA-12 ve KİDÖ puanlarıyla arasındaki ilişki incelenmiştir. YBBEÖ'nün toplam puanı ile yakınsak geçerlik için kullanılan tüm ölçeklerin puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. YBBEÖ, yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenler üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında bakım verenlerin YBBEÖ puanları ile bakım verme yükünün değerlendirildiği BVYÖ puanı ile anlamlı ilişkisi literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu hastalarının belirtilerinin şiddetinin artması bakım verenlerin bu belirtilerden daha fazla etkilenmesine neden olduğu ve bu durumun da bakım verme yüklerini artırdığı görülmektedir (Lee ve ark., 2015; Shimshoni ve ark., 2019; Torres ve ark., 2012). Çalışmada YBBEÖ'nün toplamı ve faktörlerinin puanı BVYÖ ile anlamlı ilişki göstermiş olup Hipotez 12.a desteklenmiştir.

Çalışmada YBBEÖ puanı ile GSA-12 arasındaki anlamlı ilişkiler literatürdeki yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenlerin sağlığı üzerinde olumsuz etki oluşturduğuna yönelik bulgularla paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmada ayrıca tedaviye dahil edilen ve bu süreçte ihtiyaçları karşılanan bakım verenlerin genel sağlıklarında olumlu yönde ilerlemeler olduğu ortaya konduğunun altı çizilmiştir (Treasure ve Todd, 2016). Çalışmada KİDÖ ise bakım verenlerin hasta olan yakınlarının işlevselliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Hasta olan yakınlarının işlevselliği azaldıkça bakım verenler yeme bozukluğu belirti etkisini daha yoğun deneyimledikleri görülmektedir (Goddard ve ark., 2013). Bu sonuç çalışmada YBBEÖ ve KİDÖ arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Yakınsak geçerlik için YBBEÖ'nün faktörlerinin puanları ile GSA-12 ve KİDÖ arasındaki ilişkiler incelendiğinde Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü ile GSA-12 puanları anlamsız ilişki göstermiştir. Böylece Hipotez 12.b kısmen desteklenmiştir. Orijinal çalışmanın yakınsak geçerlik analizinde de Beslenme

faktörü GSA-12 ile anlamsız ilişki göstermiştir. Beslenme faktörünün GSA-12 ile ilişki göstermemesi orijinal çalışma bulgularıyla tutarlıdır. Benzer şekilde YBBEÖ'nün Avustralya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında Tıkınırcasına Yeme-Çıkarma Zorlukları faktörü GSA-12 ile anlamsız ilişki göstermiştir (Coomber ve King, 2013a). YBBEÖ'nün yakınsak geçerlik analizinde bir diğer anlamsız ilişki Suçluluk faktörü ile KİDÖ puanları arasında gözlenmiştir ve Hipotez 12.c kısmen desteklenmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında yakınsak geçerlik için kullanılan ve KİDÖ ile benzerlik taşıyan Çocuk Genel Değerlendirme Ölçeği (Children Global Assessment Scale) ile Suçluluk ve Düzensiz Davranış faktörü anlamsız ilişki göstermiştir. Bu bulgu da mevcut çalışmanın sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Genel olarak yakınsak geçerlik sonuçları incelendiğinde orijinal çalışma ve yapılan uyarlama çalışmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

YBBEÖ'nün ıraksak geçerliği için ADÖ'nün alt testleri ve SİÖ arasındaki ilişkiler incelenmiştir. YBBEÖ'nün toplam puanı, Sosyal İzolasyon faktörü, Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü ile ADÖ'nün Roller alt ölçeği arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. YBBEÖ'nün toplam puanı, Düzensiz Davranış ve Beslenme faktörü ile ADÖ'nün Genel İşlevler alt ölçeği arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Böylece Hipotez 13.a kısmen desteklenmiştir. YBBEÖ'nün İspanya örneklemi üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında ıraksak geçerlik için beklenmedik sonuçlar gözlenmiştir. Iraksak geçerlik analizinde Bakım Verme Deneyimi Envanteri (Experience of Caregiving Inventory) pozitif alt ölçekleri ile YBBEÖ'nün Beslenme faktörü arasında görülen anlamlı ilişki beklenmedik olarak değerlendirilmiştir (Carral-Fernández ve ark., 2013). Çalışmada YBBEÖ'nün ıraksak geçerliği için incelenen SİÖ puanları ile ilişkilerin beklendiği gibi anlamsız olduğu görülmüş ve Hipotez 13.b desteklenmiştir. Bu sonuçlar yorumlanırken bakım verenlerin kendilerini içten bir şekilde sunmuş oldukları düşünülmektedir.

YBBEÖ'nün ayırt edici geçerliğinde yakınlık durumları açısından anne, baba ve diğerleri olarak ayrılan bakım verenlerin YBBEÖ puanları açısından farklılaşmadığı görülmüş ve Hipotez 14.a desteklenmemiştir. Böylece bakım verenlerin belirtilerden etkilenmesinin yakınlık durumlarının ötesinde olduğu görülmektedir. Ayırt edici geçerlik için kullanılan diğer değişkenlerden bakım

verenlerin psikiyatrik özgeçmişinin olup olmamasına ve güncel psikiyatrik tanısı olup olmamasına göre YBBEÖ puanları farklılaşmamıştır. Böylece Hipotez 14.b ve 14.c desteklenmemiştir. Psikiyatrik özgeçmişin ve güncel psikiyatrik tanının varlığı bakım verenlerin yeme bozukluğu belirtilerinden etkilenmeleri açısından bir farklılık oluşturmamaktadır. Son olarak yeme bozukluğu hakkındaki bilgilerini yeterli olarak değerlendirip değerlendirmemelerine göre YBBEÖ puanlarının farklılaşmadığı görülmüş ve Hipotez 14.d desteklenmemiştir. Bakım verenlerin bilgilerini yeterli olarak değerlendirip değerlendirmemeleri yeme bozukluğu belirtilerinin bakım verenler üzerindeki etkisi açısından bir farklılık oluşturmamıştır.

Her iki ölçüm aracından elde edilen sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, kabul edilebilir yapılara ulaşıldığı ancak orijinal ölçek yapılarının tam olarak korunmadığı gözlenmektedir. Benzer şekilde, güvenirlik ve geçerlik ölçütlerinin de genel olarak beklendik sonuçlar verdiği ancak beklentilerin tümüyle karşılanmadığı görülmektedir. Mevcut uyarlama çalışmasında katılımcı sayısının eksikliği, maddelerin bakım verenler üzerinde karşılık bulmaması, maddelerin mevcut hali ile aslında işaret etmek istediği anlamın bakım verenler tarafından anlaşılamaması, yeme bozukluğu hakkındaki bilgi eksiklikleri nedeniyle bu maddeleri hastalık semptomlarının neden olduğu etkilerden ziyade davranış biçimi olarak anlayıp bu şekilde doldurmuş olmaları nedeniyle maddelerin ölçekte tutunamamış olabileceği düşünülmektedir. Yine orijinal çalışmalarla farklılaşan faktör yapılarının bulunmasının bir nedeninin de kullanılan istatistiksel yöntemin mevcut çalışmada farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tüm bunlar dikkate alınarak farklı örneklemlerde ve daha fazla katılımcı sayısı ile yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin hastalık süreci deneyimleri bakımından yol gösterici sonuçlar ortaya koyan çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışmada katılımcı sayısının düşüklüğü önemli bir kısıtlılıktır. Çalışmadaki veriler katılımcılardan online veya yüz yüze olmak üzere teker teker toplanmıştır. Zaman sınırı da söz konusu olduğu için beklenenden daha

düşük bir sayıya ulaşılabilmiştir. İlerleyen süreçte teknolojik imkanlar da daha fazla kullanılarak katılımcı sayısının artırılması hedeflenmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyet açısından dağılımına bakıldığında örneklemin %70.6'sını kadınların oluşturduğu görülmektedir. Veri toplama aşamasında katılımcıların cinsiyet dağılımının yakın olması durumu gözetilmemiştir. Benzer duruma ölçeklerin orijinal çalışmasında da rastlanmaktadır. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında (Sepulveda ve ark., 2009) bakım verenlerinin %85.5'ini; YBBEÖ'nün orijinal çalışmasında (Sepulveda ve ark., 2008b) ise %73.1'ini kadınlar oluşturmaktadır. Sonraki çalışmalarda erkek bakım verenlerin deneyimlerinin daha fazla incelenmesi önemli görülmektedir.

Bakım verenler yakınlık durumları açısından incelendiğinde mevcut çalışmadaki bakım verenler içinde ebeveynlerin oranı %68.2'dir. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında ebeveynler bakım verenlerin %91'ini; YBBEÖ'nün orijinal çalışmasında ebeveynler bakım verenlerin %89.6'sını oluşturmaktadır. Sonraki süreçte ebeveynlerin katılımına daha fazla yer vererek analizlerin yürütülmesinin bakım verme deneyimlerini yorumlarken yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada tanıları bakımından hastaların %60.7'sini AN'ler oluşturmakta olup BN, TYB ve TDBBYB hastaları sayıca daha azdır. Bu nedenle çalışmada AN hastalarına bakım verenlerin deneyimlerine daha fazla yer verilmiştir. Orijinal çalışmalarda da tanı dağılımı açısından benzerlik bulunmaktadır. YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında hastaların %70.5'i; YBBEÖ'nün orijinal çalışmasında hastaların %76'sı AN'lerden oluşmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda BN ve TYB hasta örnekleminin artırılması önerilmektedir.

Hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise hastaların %94.4'ü kadındır. Benzer şekilde YBHUKSÖ'nün orijinal çalışmasında hastaların %98'i; YBBEÖ'nün orijinal çalışmasında hastaların %93'ü kadındır. Yeme bozukluğunun kadınlarda daha yaygın olduğu göz önünde bulundurulduğunda hasta örnekleminde kadınların çoğunluğu oluşturması beklendik olarak görülebilir. Ancak sonraki çalışmalarda erkek hastaların bakım verenlerinin deneyimlerine daha fazla yer verilmesi önemli olacaktır. Çalışmada veri toplama aşamasında hastalar için herhangi bir yaş sınırı

konmamıştır. Hastaların yaşları genellikle 18 yaş üstünde olduklarından okul, iş gibi gerekçelerle sürekli olarak bakım verenleri ile yaşamamaktadır. Bu çalışmada çocuk ve ergen hastaların bakım verenlerinin deneyimlerine daha az yer verilmiştir. İleriki çalışmalarda çocuk ve ergen hastaların bakım verenlerinin katılımının artırılması önerilmektedir. Çalışmada sunulan bulgular değerlendirilirken veri sayısının düşüklüğü göz önünde bulundurulmalı sonraki süreçte veri sayısının örneklem sınırlılıkları göz önünde bulundurularak artırılması ve analizlerin yeniden yapılması hedeflenmektedir.

Son olarak, araştırmanın yöntemsel açıdan sınırlılığı ise katılımcı sayısına ulaşma zorluğu nedeniyle Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizinin aynı örneklemde yürütülmüş olmasıdır. Katılımcı sayısı arttırılarak bu analizleri farklı örneklemlerde sınamak yöntemsel olarak güçlü sonuçlar ortaya koyacaktır.

5.5.Öneriler

Önceki bölümde araştırmanın sınırlılıkları tartışılmış olup bu sınırlılıkların üstesinden gelinebilmesi için birtakım öneriler sunulmuştur. Bu bölümde bu öneriler genel hatlarıyla özetlenecektir.

Öncelikle örneklem özelliklerindeki sınırlılıklar göz önünde bulundurularak katılımcı sayısının artırılması ve analizlerin genişletilmiş örneklemde yeniden yürütülmesi önerilmektedir. Örneklem özelliklerinde cinsiyet dağılımında erkek bakım verenlerin sayısının artırılması bulguların çeşitliliği açısından önemli olacaktır. Çalışmada bakım verenler içinde ebeveyn oranının orijinal çalışmalara göre düşük olduğu görülmüştür. Çalışmadaki bakım verenlerin bakım verme rolleri açısından çeşitlilik göstermesi farklı bakım verenlerin deneyimlerinin ele alınması açısından önemlidir. İleriki çalışmalarda ebeveynlerin sayısının da artmasıyla analizlerin yeniden yürütülmesi ebeveynlerin bakım verme deneyimleri açısından daha çok bilgi verici olacaktır.

Mevcut çalışmadaki hastaların çoğunluğunun 18 yaş üstünde olması nedeniyle sonraki çalışmalarda çocuk ve ergen hastalarının katılımının artırılması önemlidir. İleriki çalışmalarda hasta örnekleminin çocuk ve ergenleri de içerecek şekilde genişletilmesi ve ebeveynlerin çalışmaya katılımının artırılması

önerilmektedir. Yine de burada altı çizilmesi gereken önemli bir konu bakım verenlerin destek ihtiyacının hastanın yaşından bağımsız olduğudur. Bu konuda yeme bozukluğu bakım verenlerinin hastalık ve tedavi sürecine katılımına ilişkin korkularının incelendiği bir çalışmada hastaların yaşından bağımsız olarak bakım verenlerin bu süreçle ilgili pek çok korku taşıdığı görülmektedir. Bakım verdikleri yakınları yetişkin olsa bile bakım verenlerin bu süreçte desteğe ihtiyaçları olduğu ortaya konmuştur (Stillar ve ark., 2022). Bu çalışmada önemli bir diğer bulgu ise bakım verenlerin korkularının hastalığa uyum ve kolaylaştırıcı davranışlarını artırdığıdır. Mevcut çalışmada veri toplama sürecinde de bakım verenler bu süreçte neler yapmaları gerektiğine ve yakınlarını kaybetmeye ilişkin korkularını sıklıkla dile getirmişlerdir. Bu noktada, tedavi sürecinde bakım verenlerin sürece ilişkin korkularının anlaşılması ve bakım verenlerin tedaviye dahil edilmesi hastaların tedavi sürecine olumlu katkı sunacaktır.

Tez veri toplama sürecinde öz bildirim ölçümü esas alınmıştır. Bununla birlikte iki buçuk senelik veri toplama sürecinde bakım verenlerin deneyimleri ile ilgili pek çok gözlem fırsatı elde edilmiştir. Hastalık sürecinin bakım verenler üzerindeki etkilerine yönelik aktardıkları deneyimler dikkat çekicidir. Örneğin bir anne, "*Hastalığın kendisi ilk başta çok mantıksız geldi, mantıklı biri bunu nasıl yapar gerçekten anlayamadım ve öfkelendim. Zamanla bunun bir hastalık olduğunu anladım. Kendi hayatımı bırakıp ona yardımcı oldum, bütün yatırımımı ona verdim. Onu kaybetmekten çok korkuyorum.*" şeklinde ifade etmiştir.

Bakım verenlerin genel olarak hastalığa ilişkin bilgi eksikliği, neler yapmaları gerektiğine ilişkin kafa karışıklığı yaşadıkları, çaresiz hissettikleri ve süreci yönetebileceklerine ilişkin öz etkinlik inançlarının ise düşük olduğu görülmüştür. Çoğu bakım veren hastalık sürecinden sonra bu konuyu araştırmıştır. Veri toplama sürecinde bakım verenlerin neredeyse tamamı bu süreçte bilgi edinme kaynakları konusunda sıkıntıya düştüğünü bildirmiştir. Örneğin, çalışmada bir anne veri toplama sürecinin sonunda "*Biz yeme bozukluğunun bir hastalık olabileceğini düşünmezdik, şimdi anlamaya başlıyoruz ama bu konuda yardıma ihtiyacımız var. Yeme bozukluğunun ne olduğu hakkında, neler yapmamız gerektiği hakkında…*", bir başka anne ise "*Bunları benim çocuğumdan başkası da yaşıyor mu? Normal mi bunlar, biz*

çaresiz hissediyoruz?" şeklinde ifade etmiştir. Yine benzer şekilde bir başka bakım veren "*Sizinle konuşmadan önce yeme bozukluğunu hiç ciddiye almıyordum, bunun yalnızca yeme içme ile ilgili olduğunu sanıyordum. Şimdi aslında ne kadar yanlış yaptığımı, çocuğumun yaşantılarını önemsemediğimi, bu durumun onun yaşantılarının şiddetlenmesine neden olabileceğini anladım. Ciddi bir farkındalık oluşturdu yalnızca soruları okumak bile, çok sorguladım bu yaşantıları."* ifadesi bu süreçte yaşanılan bilgi eksikliğine yönelik bir örnek oluşturmaktadır. Bilgi eksikliğinin bir diğer etkisi hasta bakım verenleri arasında da fikir birliğine varılamamasıdır. Örneğin bir anne deneyimini "*Bu süreçte eşim hastalığa hiç inanmadı ve hep tek başıma mücadele etmek durumunda kaldım. Hatta bazen neden hastaneye götürdüğümü soruyordu. Ebeveynlerin bilinçlenmesi lazım.*" şeklinde aktarmıştır. Bakım verme sürecinde bakım verenler arasındaki fikir ayrılığı da bakım verme deneyimini zorlaştırabilmektedir. Bu gözlemler sonucunda sonraki aşamada bakım verenlerin deneyimlerinin yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri ile derinlemesine incelenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Yine bakım verenlerin hastalığa uyum davranışları hastalık şiddetine, süresine veya hastanın bulunduğu evreye göre değişiklik gösterebileceği göz önünde bulundurulduğunda bu alanda yürütülecek boylamsal çalışmaların önemi öne çıkmaktadır. Ayrıca çalışmadaki bulgular incelenirken bakım verenlerin yaşadıkları bilgi eksikliği göz önünde bulundurulmalıdır. Bilgi eksikliği maddelerin işaret ettiği yeme bozukluğundan kaynaklı süreçleri yalnızca yeme davranışı ile sınırlandırılıp cevaplamış olabileceklerini akla getirmektedir.

Değinilmesi gereken bir nokta da dil uyarlama aşamasında Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeğinde *accomodation* kelimesi *uyum*; *enabling* kelimesi *kolaylık sağlama* olarak çevrilmiştir. Hastalığa uyum ile kastedilmek istenen bakım verenlerin hastalık belirtilerine ortak olması, belirtilere teslim olmasına işaret etmektedir. Kolaylık sağlama ile kastedilen ise belirtilerin sergilenebileceği rahat bir ortam oluşturulması, belirtilerin teşvik edilmesidir. Bu doğrultuda bu kelimeler yerine kastedilen anlamlara denk gelen alternatiflerin düşünülmesinin ve kullanılmasının mümkün olduğunun altını çizmek önemli görülmektedir.

Sonuç olarak, ülkemizde yeme bozukluğu hastalarının bakım verenlerinin deneyimlerini inceleyen herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında bakım verenlerin hastalığa uyum davranışlarının ve hastalık süreci ile değişen ilişkilerinin değerlendirilmesinin yeme bozukluklarında tedavi tasarlanırken oldukça önemli olacağı görülmektedir. Uyarlanan ölçüm araçlarının bu değişikliklerin tespit edilmesinde ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemli araçlar olacağı düşünülmektedir. Bu ölçüm araçlarının bakım verenlerin deneyimine işaret ettiğine yönelik çalışmada alınan geri bildirimler oldukça kıymetlidir. Örneğin bir bakım veren çalışma sonunda, "*Genel olarak sorular süreçte yaşadığımız her şeyi kapsayan sorular… Hatta bazen duygulandım. Demek ki bunu yaşayan başka aileler var diye düşünmemi ve fark etmemi sağladı*." şeklinde geri bildirim vermiştir. Buradan hareketle bakım verenlerin anlaşılmaya ve bu süreci benzer deneyimleri yaşayanlarla paylaşmaya olan ihtiyacı da ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmanın, yeme bozukluğu hastalarına bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenerek bunlara yönelik müdahalelerin tasarlanması, bakım verenlerin işlevsel başa çıkma stratejilerinin geliştirmeleri konusunda yardımcı olunması ve tedavi sürecine dahil edilebilmeleri için önemli bir adım olacağı umulmaktadır. Ayrıca yeme bozukluğu bakım verenlerine yapılacak müdahale çalışmalarının etkinliği değerlendirilirken bu araçlarla tekrarlayan ölçüm alınabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

ABBATE-DAGA, G., GRAMAGLIA, C., AMIANTO, F., MARZOLA, E., & FASSINO, S.: 2010 — "Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders", **Journal of Nervous and Mental Disease**, 198, 520–524.

AKDEMİR, A.: 2013 — "Yeme Bozukluklarında Aile Terapisi", Yücel, B., Akdemir, AK, Küey, AG., Maner, F., Vardar, E. (Ed). **Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı** içinde (s. 227-235). Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği.

AKIN, A.: 2010 — "İki boyutlu sosyal istenirlik ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin araştırılması", **Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 30(3).

ALBERT, U., BAFFA, A., & MAINA, G.: 2017 — "Family accommodation in adult obsessive–compulsive disorder: clinical perspectives", **Psychology Research and Behavior Management**, 10, 293.

ALBERT, U., BOGETTO, F., MAINA, G., SARACCO, P., BRUNATTO, C., & MATAIX-COLS, D.: 2010 — "Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics", **Psychiatry research**, 179(2), 204-211.

ALLEN, K. L., BYRNE, S. M., ODDY, W. H., & CROSBY, R. D.: 2013 — "DSM–IV–TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents", **Journal of abnormal psychology**, 122(3), 720.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ: 1980 — DSM-III: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ: 2013 — **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

ANASTASIADOU, D., MEDINA-PRADAS, C., SEPULVEDA, A. R., & TREASURE, J.: 2014 — "A systematic review of family caregiving in eating disorders", **Eating behaviors**, 15(3), 464-477.

ANDERSON, L. M., SMITH, K. E., NUÑEZ, M. C., & FARRELL, N. R.: 2021 "Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome." **Eating disorders**, 29(4), 327-343.

ANNUS, A. M., SMITH, G. T., FISCHER, S., HENDRICKS, M., WILLIAMS, S. F.: 2007 "Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating", **International Journal of Eating Disorders**, 40, 179–186.

ATA, R. N., LUDDEN, A. B., & LALLY, M. M.: 2007 "The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence", **Journal of Youth and Adolescence**, 36, 1024–1037.

ATA, R. N., SCHAEFER, L. M., & THOMPSON, J. K.: 2015 "**Sociocultural theories of eating disorders**". In: L. Smolak, M. P. Levine (Ed.), The Wiley handbook of eating disorders, s. 269-282.

AYDEMİR, Ö., UYKUR, B.: 2012 "Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün Bipolar Bozuklukta güvenilirliği ve geçerliği". **Türk Psikiyatri Dergisi**, 23(3), 193-200.

AYDEMİR, Ö.: 1997 "Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 8, 187-280.

BAKER, C. W., WHISMAN, M. A., & BROWNELL, K. D.: 2000 "Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions", **Health Psychology**, 19, 376–381.

BANKOFF, S., KARPEL, M., FORBES, H., & PANTALONE, D.: 2012 "A systematic review of dialectical behavioral therapy for eating disorders", **Eating Disorders**, 20, 196–215.

BARONE, L., & GUIDUCCI, V.: 2009 "Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview", **Attachment and Human Development**, 11, 405–417.

BEAN, P., & WELTZIN, T.: 2001 "Evolution of symptom severity during residential treatment of females with eating disorders", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 6(4), 197-204.

BECK, A.T., RUSH A.J., SHAW, B. F., & EMERY, G.: 1979 "**Cognitive Therapy for Depression**", New York Guildford Press, s.45-89.

BERKSUN, O. E.: 1992 "Şizofrenide aile faktörü: 'Expressed Emotion' ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi", Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

BERNARDI, R. A.: 1994 "Validating research results when Cronbach's alpha is below. 70: A methodological procedure." **Educational and Psychological Measurement**, 54(3), 766-775.

BOSKIND-LODAHL, M.: 1976 "Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia", **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, 2, 342– 356.

BRENDA, P. J., & WILLIAM, L. I.: 1991 "Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine", **Int J Eat Disord**, 10: 129-143.

BROBERG, A. G., HJALMERS, I., & NEVONEN, L.: 2001 "Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls", **European Eating Disorders Review**, 9, 381–396.

BRUCH, H.: 1977 "Psychotherapy in eating disorders", **Canadian Psychiatric Association Journal**. 22 (3), s. 102-108.

BRUCH, H.: 1985 "**Eating Disorders**", New York. Basic Books.

BULUT, I.: 1990 "**Aile Değerlendirme Ölçeği**", Ankara: Özgüzel Matbaası.

BUTZLAFF, R. L., & HOOLEY, J. M.: 1998 "Expressed Emotion and Psychiatric Relapse", **Archives of General Psychiatry**, 55(6), 547–552.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş.: 2002 "Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı.", **Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi**, 32(32), 470-483.

CALVOCORESSI, L., LEWIS, B., HARRIS, M., TRUFAN, S. J., GOODMAN, W. K., MCDOUGLE, C. J., & PRICE, L. H.: 1995 "Family accommodation in obsessive-compulsive disorder", **The American Journal of Psychiatry**, 152(3), 441–443.

CANALS, J., SANCHO, C., & ARIJA, M. V.: 2009 "Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents", **European Child and Adolescent Psychiatry**, 18, 353–359.

CARLAT, D. J., CAMARGO, C. A., & HERZOG, D. B.: 1997 "Eating disorders in males: A report on 135 patients", **American Journal of Psychiatry**, 154(8), 1127-1132.

CARRAL-FERNÁNDEZ, L., SEPULVEDA, A. R., DEL BARRIO, A. G., GRAELL, M., & TREASURE, J.: 2013 "The Spanish validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) among caregivers.", **Psychiatry research**, 209(3), 626-631.

CASSIN, S. E., & VON RANSON, K. M.: 2005 "Personality and eating disorders: a decade in review", **Clinical psychology review**, 25(7), 895-916.

CEDERLÖF, M., THORNTON, L. M., BAKER, J., LICHTENSTEIN, P., LARSSON, H., RÜCK, C., BULIK, C. M., & MATAIX-COLS, D.: 2015 "Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study", **World Psychiatry**, 14(3), 333-338.

CHEN, E. Y., LE GRANGE, D., DOYLE, A. C., ZAITSOFF, S., DOYLE, P., ROEHRIG, J. P., & WASHINGTON, B.: 2010 "A case series of family-based therapy for weight restoration in young adults with anorexia nervosa", **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 40(4), 219-224.

CHERIAN, A. V., PANDIAN, D., MATH, S. B., KANDAVEL, T., & REDDY, Y. J.: 2014 "Family accommodation of obsessional symptoms and naturalistic outcome of obsessive–compulsive disorder", **Psychiatry Research**, 215(2), 372-378.

CHIPLEY, W. J.: 1860 "On sitomania", **Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology**, 13, 266– 270.

COOMBER, K., & KING, R. M.: 2013 "Perceptions of carer burden: differences between individuals with an eating disorder and their carer." **Eating disorders**, 21(1), 26-36.

COOMBER, K., & KING, R. M.: 2013a — "An investigation of the psychometric properties of the Eating Disorder Symptom Impact Scale within an Australian sample." **Australian Journal of Psychology**, 65(2), 71-78.

COOPER, Z., & FAIRBURN, C.G.: 2010 — "Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. In: C. M. Grilo, J.E. Mitchell (Ed.), The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook", New York, Guilford Press, s. 243-270.

CRISP, A. H.: 1967 — "The possible significance of some behaviour correlates of weight and carbohydrate intake", **Journal of Psychosomatic Research**.

CROWTHER, J., SMITH, K. E., & WILLIAMS, G. A.: 2015 — "Familial risk factors and eating disorders", **The Wiley handbook of eating disorders**, 338-351.

CURRIN, L., SCHMIDT, U., TREASURE, J., & JICK, H.: 2005 — "Time trends in eating disorder incidence", **The British Journal of Psychiatry**, 186(2), 132-135.

DE LA RIE, S. M., VAN FURTH, E. F., DE KONING, A., NOORDENBOS, G., & DONKER, M. C.: 2005 — "The quality of life of family caregivers of eating disorder patients", **Eating Disorders**, 13(4), 345-351.

DELANEY, C. B., EDDY, K. T., HARTMANN, A. S., BECKER, A. E., MURRAY, H. B., & THOMAS, J. J.: 2015 — "Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity", **International Journal of Eating Disorders**, 48(2), 238-248.

DELLAVA, J. E., THORNTON, L. M., LICHTENSTEIN, P., PEDERSEN, N. L., & BULIK, C. M.: 2011 — "Impact of broadening definitions of anorexia nervosa on sample characteristics", **Journal of Psychiatric Research**, 45(5), 691-698.

DEMIDENKO, N., TASCA, G. A., KENNEDY, N., & BİSSADA, H.: 2010 — "The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder", **Journal of Social and Clinical Psychology**, 29, 1131–1152.

DEVECİ, E.: 2020 "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı ve Psikososyokültürel Yordayıcıları: İstanbul Örneklemi", (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

DI PAOLA, F., FARAVELLI, C., & RICCA, V.: 2010 "Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder", **Comprehensive Psychiatry**, 51, 401–405.

DiCLEMENTE, C.C., & PROCHASKA, J.O.: 1982 ''Self-Change and Therapy Change of Smoking Behavior. A Comparison of Processes of Change in Cessetion and Maintenance'', **Addictive Behavior**, 7, 133-142.

EBEL, R. L., & FRISBIE, D. A.: 1991 "Using test and item analysis to evaluate and improve test quality." In Essentials of educational measurement (pp. 220-240). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

EDLER, C., LIPSON, S. F., & KEEL, P. K.: 2007 "Ovarian hormones and binge eating in bulimia nervosa", **Psychological medicine**, 37(1), 131.

EISENBERG, M. E., BERGE, J. M., FULKERSON, J. A., & NEUMARK-SZTAINER, D.: 2012 "Associations between hurtful weight-related comments by family and significant others and the development of disordered eating behaviors in young adults", **Journal of Behavioral Medicine**, 35, 500–508.

EISLER, I.: 2005 "The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa", **Journal of Family therapy**, 27(2), 104-131.

ENDİCOTT, J., SPİTZER, R. L., FLEİSS, J. L. & COHEN, J.: 1976 "The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance", **Archives of general psychiatry**, 33(6), 766-771.

EPSTEIN, N. B., BALDWIN, L. M., & BISHOP, D. S.: 1983 "The McMaster family assessment device", **Journal of marital and family therapy**, 9(2), 171-180.

FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A., NORMAN, P., & O'CONNOR, M.: 2000 "The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women", **Archives of general psychiatry**, 57(7), s. 659-665.

FAIRBURN, C. G., & MURPHY, R.: 2020 "The Eating Disorders", In: J. R. Geddes, N. C. Andreasen & G. M. Goodwin (Ed.), New Oxford Textbook pf Psychiatry, Oxford: Oxford, 3, s. 1045-1047.

FAIRBURN, C.G., & WALSH, B.T.: 2002 "Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified)", In: C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Ed.), Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook, New York, NY: Guilford Press, s. 171–177.

FAIRBURN, C.G.: 2008 "Cognitive Behavior Therapy and Eating Disordes", New York, Guilford Press.

FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A., & WELCH, S. L.: 1999 "Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons", **Archives of General Psychiatry**, 56, 468–476.

FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., & SHAFRAN, R.: 2003 "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment", **Behaviour research and therapy**, 41(5), 509-528.

FAIRBURN, C. G., DOLL, H. A., WELCH, S. L., HAY, P. J., DAVIES, B. A., & O'CONNOR, M. E.: 1998 "Risk factors for binge eating disorder: A community-based case-control study", **Archives of General Psychiatry**, 55, 425–432.

FAIRBURN, C. G., JONES, R., PEVELER, R. C., HOPE, R. A., & O'CONNOR, M.: 1993 "Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy", **Archives of General Psychiatry**, 50(6), 419-428.

FAIRBURN, C. G., WELCH, S. L., DOLL, H. A., DAVIES, B. A., & O'CONNOR, M. E., 1997 "Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study", **Archives of General Psychiatry**, 54, 509–517.

FAIRBURN, C. G.: 1981 "A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia", **Psychological medicine**, 11(4), 707-711.

FAWCETT, E. J., FAWCETT, J. M., & MAZMANIAN, D.: 2016 "A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period", **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 133(3), 277-283.

FICHTER, M. M., & NOEGEL, R.: 1990 "Concordance for bulimia nervosa in twins", **International Journal of Eating Disorders**, 9(3), 255-263.

FLAMENT, M. F., BISSADA, H., & SPETTIGUE, W.: 2012 "Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders", **The The International Journal of Neuropsychopharmacology**, 15(2), 189-207.

FRISCH, M. J., HERZOG, D. B., & FRANKO, D. L.: 2006 "Residential treatment for eating disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 39(5), 434-442.

GALMİCHE, M., DÉCHELOTTE, P., LAMBERT, G., & TAVOLACCİ, M. P.: 2019 "Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review", **The American journal of clinical nutrition**, 109(5), 1402-1413.

GARFINKEL, P. E.: 2002 "Classification and diagnosis of eating disorders. Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook", In: C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Ed.), New York. The Guildford Press, 2, s.155-161.

GARNER, D. M., & BEMIS, K. M.: 1982 "A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa", **Cognitive therapy and research**, 6(2), s. 123-150.

GILBERT, A. A., SHAW, S. M., & NOTAR, M. K.: 2000 "The impact of eating disorders on family relationships", **Eating Disorders**, 8(4), 331-345.

GÍSLADÓTTIR, M., & SVAVARSDÓTTIR, E. K.: 2011 "Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders", **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 18(2), 122-130.

GODDARD, E., MACDONALD, P., SEPULVEDA, A. R., NAUMANN, U., LANDAU, S., SCHMIDT, U., & TREASURE, J.: 2011 "Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: Intervention for carers", **The British Journal of Psychiatry**, 199(3), 225-231.

GODDARD, E., SALERNO, L., HIBBS, R., RAENKER, S., NAUMANN, U., ARCELUS, J., AYTON, A., BOUGHTON, N., CONNAN, F., GOSS, K., LACEY, H., LASZLO, B., MORGAN, J., MOORE, K., ROBERTSON, D., SCHREIBER-KOUNINE, C., SHARMA, S., WHITEHEAD, L., SCHMIDT, U., & TREASURE, J.: 2013 "Empirical examination of the interpersonal maintenance model of anorexia nervosa", **International Journal of Eating Disorders**, 46(8), 867-874.

GOLDBERG, D., & WILLIAMS, P.: 1988 "A user's guide to the General Health Questionnaire", **Windsor**, UK: NFER-Nelson.

GULL, W. W.: 1874 "Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). **Transactions of the Clinical Society of London**", 7, 22– 28.

GÜRDAL KÜEY, A.: 2013 "Psikanalitik Kuram ve Yeme Bozuklukları", İçinde: B., Yücel, A. K. Akdemir, A. G. Küey, F. Maner, E. Vardar (Ed.), Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 59-65.

GÜRDAL-KÜEY, A.: 2013a "Anoreksiya nervozada Psikanalitik Tedaviler", Yücel, B., Akdemir, AK, Küey, AG., Maner, F., Vardar, E. (Ed). Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı içinde (s. 173-177). Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği.

HAIGH, R., & TREASURE, J.: 2003 "Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM)", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 11(2), 125-141.

HALMI, K. A., CASPER, R. C., ECKERT, E. D., GOLDBERG, S. C., & DAVIS, J. M.: 1979 "Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa." **Psychiatry Research**, 1(2), 209-215.

HAY, P. J., & CLAUDINO, A. M.: 2012 "Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update", **International Journal of Neuropsychopharmacology**, 15(2), 209-222.

HAYES, N. A., WELTY, L. J., SLESINGER, N., & WASHBURN, J. J.: 2019 "Moderators of treatment outcomes in a partial hospitalization and intensive outpatient program for eating disorders", **Eating disorders**, 27(3), 305-320.

HENSON R. K., & ROBERTS J.K.: 2006 "Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice." **Educ Psychol Meas**, 66:393–416.

HIBBS, R., RHIND, C., SALLIS, H., GODDARD, E., RAENKER, S., AYTON, A., BAMFORD, B., ARCELUS, J., BOUGHTON, N., CONNAN, F., GOSS, K., LAZLO, B., MORGAN, J., MOORE, K., ROBERTSON, D., SCHREİBER-KOUNİNE, C., SHARMA, S., WHITEHEAD, L., LACEY, H., SCHMIDT, U., & TREASURE, J.: 2014 "Confirmatory factor analysis for two questionnaires of caregiving in eating disorders". **Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal**, 2(1), 322-334.

HOEK, H. W., & VAN HOEKEN, D.: 2003 "Review of the prevalence and incidence of eating disorders", **International Journal of eating disorders**, 34(4), 383-396.

HOEK, H. W.: 2014 "Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females", **Current opinion in psychiatry**, 27(6), 423-425.

HOLLAND, A. J., HALL, A., MURRAY, R., RUSSELL, G. F. M., & CRISP, A. H.: 1984 "Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets", **The British Journal of Psychiatry**, 145(4), 414-419.

HOLTOM-VIESEL, A., & ALLAN, S.: 2013 "A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families", **Clinical Psychology Review**, 34, 29– 43.

HUDSON, J. I., POPE, H. G., JONAS, J. M., YURGELUN-TODD, D., & FRANKENBURG, F. R.: 1987 "A controlled family history study of bulimia", **Psychological medicine**, 17(4), 883-890.

HUMPHREY, L. L.: 1988 "Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families", **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 27, 544–551.

İNCİ F. H., & ERDEM M.: 2008 "Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 11(4): 85-95.

KAÇAR, M., & HOCAOĞLU, Ç.: 2019 "Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları", **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 22(3).

KAPLAN, A. S.: 2002 "Eating Disorders Services" In Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. 2nd Edition Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Ed), New York. The Guilford Press, pp.293-297.

KAPUDAN, H., & EROL, A.: 2013 "Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi", İçinde: B., Yücel, A. K. Akdemir, A. G. Küey, F. Maner, E. Vardar (Ed.), Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 59-65.

KARADERE, M. E., & HOCAOĞLU, Ç.: 2018 "Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları", **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 7(4), 110-118.

KASSET, J. A., GERSHON, E. S., MAXWELL, M. E., & GUROFF, J. J.: 1989 "Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa", **The American journal of psychiatry**.

KEEL, P. K. HAEDT, A.: 2008 "Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders", **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, 37(1), 39-61.

KEEL, P. K., & MCCORMICK, L.: 2010 "Diagnosis, Assessment, and Treatment Planning for Anorexia Nervosa". In: The treatment of eating disorders: A clinical handbook, C. M. Grilo, J. E. Mitchell (Ed.), The Guildford Press, 3-27.

KEEL, P. K.: 2017 "Family and peer factors in development of eating disorders", **Eating Disorders**, 85-100.

KEERY, H., BOUTELLE, K., VAN DEN BERG, P., & THOMPSON, J. K.: 2005 "The impact of appearance-related teasing by family members", **Journal of Adolescent Health**, 37, 120–127.

KEERY, H., EISENBERG, M. E., BOUTELLE, K., NEUMARK-SZTAINER, D., & STORY, M.: 2006 "Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception", **Journal of Psychosomatic Research**, 61, 105–111.

KESKI-RAHKONEN, A., & MUSTELIN, L.: 2016 "Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors", **Current opinion in psychiatry**, 29(6), 340-345.

KESSING, B. F., SMOUT, A. J., & BREDENOORD, A. J.: 2014 "Current diagnosis and management of the rumination syndrome", **Journal of clinical gastroenterology**, 48(6), 478-483.

KILIÇ, C.: 1996 "Genel Sağlık Anketi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 7: 83-89.

KLINE, P.: 2014 "An easy guide to factor analysis." Routledge.

KLUCK, A. S.: 2010 "Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction", **Body image**, 7(1), 8-14.

KLUMP, K. L., KEEL, P. K., CULBERT, K. M., & EDLER, C.: 2008 "Ovarian hormones and binge eating: exploring associations in community samples", **Psychological medicine**, 38(12), 1749.

KLUMP, K. L., KEEL, P. K., SISK, C., & BURT, S. A.: 2010 "Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty", **Psychological medicine**, 40(10), 1745.

KLUMP, K. L.: 2013 "Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies", **Hormones and behavior**, 64(2), 399-410.

KOG, E., & VANDEREYCKEN, W.: 1989 "Family interaction in eating disorder patients and normal controls", **International Journal of Eating Disorders**, 8, 11–23.

KOLAR, D. R., RODRIGUEZ, D. L. M., CHAMS, M. M., & HOEK, H. W.: 2016 "Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis", **Current Opinion in Psychiatry**, 29(6), 363-371.

KÖROĞLU, E.: 2014 DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.

KRONES, P. G., STICE, E., BATRES, C., & ORJADA, K.: 2005 "In vivo social comparison to a thin-ideal peer promotes body dissatisfaction: A randomized experiment", **International Journal of Eating Disorders**, 38(2), 134-142.

KUĞU, N., AKYÜZ, G., DOĞAN, O., ERSAN, E., & IZGİÇ, F.: 2006 "The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics", **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 40(2), 129-135.

KYRIACOU, O., TREASURE, J., & SCHMIDT, U.: 2008 "Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress", **International Journal of Eating Disorders**, 41(3), 233-242.

LE GRANGE, D., LOCK, J., LOEB, K., & NICHOLLS, D.: 2010 "Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders". **International Journal of Eating Disorders**, 43(1), 1.

LEBOWITZ, E. R., PANZA, K. E., SU, J., & BLOCH, M. H.: 2012 "Family accommodation in obsessive–compulsive disorder." **Expert Review of Neurotherapeutics**, 12(2), 229-238.

LEE, E., STEINBERG, D., PHILLIPS, L., HART, J., SMITH, A., & WETTERNECK, C.: 2015 "Examining the effects of accommodation and caregiver burden on relationship satisfaction in caregivers of individuals with OCD", **Bulletin of the Menninger Clinic**, 79(1), 1-13.

LILENFELD, L. R., KAYE, W. H., GREENO, C. G., MERIKANGAS, K. R., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., RAO, R., STROBER, M., BULIK, C. M., & NAGY, L.: 1998 "A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity", **Archives of general psychiatry**, 55(7), 603-610.

LILENFELD, L. R., WONDERLICH, S., RISO, L. P., CROSBY, R., & MITCHELL, J.: 2006 "Eating disorders and personality: A methodological and empirical review", **Clinical psychology review**, 26(3), 299-320.

LOCK, J.: 2011 "Evaluation of family treatment models for eating disorders", **Current opinion in psychiatry**, 24(4), 274-279.

LOEB, K. L., WALSH, B. T., LOCK, J., LE GRANGE, D., JONES, J., MARCUS, S. U. E., WAEVER, J., & DOBROW, I.: 2007 "Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 46(7), 792-800.

MAINE, M., & BUNNELL, D. W.: 2010 "A perfect biopsychosocial storm: Gender, culture, and eating disorders." In Treatment of eating disorders (pp. 3-16). Academic Press.

MANCUSO S.G., NEWTON J.R., BOSANAC P., ROSSELL S.L., NESCİ J.B., CASTLE D.J.: 2015 "Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria", **Br J Psychiatry**, 206(6):519–520

MANGWETH-MATZEK, B., & HOEK, H. W.: 2017 "Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age", **Current opinion in psychiatry**, 30(6), 446.

MCCARTHY, M.: 1990 "The thin ideal, depression, and eating disorders in women", **Behavioral Research and Therapy**, 28,205-218.

MCNAMARA, K., & LOVEMAN, C.: 1990 "Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters", **Journal of Clinical Psychology**, 46, 518–523.

MIAO, D., YOUNG, S.L., & GOLDEN, C.D.: 2015 "A meta-analysis of pica and micronutrient status"," **American Journal of Human Biology**, 27(1), 84-93.

MICALI, N., HAGBERG, K. W., PETERSEN, I., & TREASURE, J. L.: 2013 "The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database", **BMJ open**, 3(5).

MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., & BAKER, L.:1978 "Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context", Cambridge, MA: Harvard University Press.

NAKAI, Y., NIN, K., & NOMA, S.: 2014 "Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002", **Psychiatry Research**, 219(1), 151-156.

NEUMARK-SZTAINER, D., BAUER, K. W., FRIEND, S., HANNAN, P. J., STORY, M., & BERGE, J. M.: 2010 "Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls", **Journal of Adolescent Health**, 47, 270–276.

OĞLAĞU, Z., & GÜRDAL-KÜEY, A.: 2013 "Anoreksiya nervoza (AN)", İçinde: B. Yücel, A. K. Akdemir, A. G. Küey, F. Maner, E. Vardar (Ed.), Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 3-9.

OLMSTED, M. P., MCFARLANE, T. L., CARTER, J. C., TROTTIER, K., WOODSIDE, D. B., & DIMITROPOULOS, G.: 2010 "Inpatient and day hospital treatment for anorexia nervosa", In: The treatment of eating disorders: A clinical handbook, C. M. Grilo, J. E. Mitchell (Ed.), The Guildford Press, 198, 211.

PALAZZOLI, M. S., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. F., & PRATA, G.: 1974 "The treatment of children through brief therapy of their parents", **Family Process**, 13(4), 429-442.

PETTERSEN, G., ROSENVİNGE, J. H., & YTTERHUS, B.: 2008 "The "double life" of bulimia: Patients' experiences in daily life interactions", **Eating disorders**, 16(3), 204-211.

PIKE, K. M., HILBERT, A., WILFLEY, D. E., FAIRBURN, C. G., DOHM, F. A., WALSH, B. T., & STRIEGEL-MOORE, R.: 2008 "Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study", **Psychosomatic Medicine**, 38, 1443–1453.

PIKE, K. M., HOEK, H. W., & DUNNE, P. E.: 2014 "Cultural trends and eating disorders", **Current opinion in psychiatry**, 27(6), 436-442.

PIKE, K. M., & RODIN, J.: 1991 "Mothers, daughters, and disordered eating". **Journal of Abnormal Psychology**, 100, 198.

PİRİM-DÜŞGÖR, B.: 2013 "Bulimiya Nervozanın Psikanalitik Tedavisi", Yücel, B., Akdemir, AK, Küey, AG., Maner, F., Vardar, E. (Ed). Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı içinde, Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 202-212.

PLATT, S.: 1985 "Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales", **Psychological medicine**, 15(2), 383-393.

POLAT, A., & SODAN-TURAN, H.: 2013 "Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi", İçinde: B. Yücel, A. K. Akdemir, A. G. Küey, F. Maner, E. Vardar (Ed.), Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 3-9.

QUILES M., Y., QUILES S., M. J., PAMIES A., L., SEPULVEDA G., A. R., & TREASURE, J.: 2016 "The Spanish validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders among carers: a pilot study." **European Eating Disorders Review**, 24(1), 62-68.

QUILES, M. Y., QUILES, S. M. J., PAMIES, A. L., BOTELLA, A. J., & TREASURE, J.: 2013 "Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis", **European Psychiatry**, 28, 199– 206.

RHIND, C., SALERNO, L., HIBBS, R., MICALI, N., SCHMIDT, U., GOWERS, S., MACDONALD, P., GODDARD, E., TODD, G., TCHANTURIA, K., LO COCO, G., & TREASURE, J.: 2016 "The objective and subjective caregiving burden and caregiving behaviours of parents of adolescents with anorexia nervosa", **European Eating Disorders Review**, 24(4), 310-319.

RHODES, P., BAILLIE, A., BROWN, J., & MADDEN, S.: 2005 "Parental efficacy in the family-based treatment of anorexia: Preliminary development of the parents versus anorexia scale (PVA)." **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 13(6), 399-405.

RINGER, F., & CRITTENDEN, P. M.: 2007 "Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders", **European Eating Disorders Review**, 15, 119–130.

ROCK, C. L.: 2010 "Nutritional Rehabilitation for anorexia nervosa. In: The treatment of eating disorders: A clinical handbook, C. M. Grilo, J. E. Mitchell (Ed.), The Guildford Press, 187-197.

ROSA, A. R., SÁNCHEZ-MORENO, J., MARTÍNEZ-ARAN, A., SALAMERO, M., TORRENT, C., REİNARES, M., COMES, M., COLOM, F., VAN RIEL, W., AYUSO-MATEOS, J. L., KAPCZINSKI, F., & VIETA, E.: 2007 "Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder", **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, 3(1), 1-8.

RUSSELL, G.: 1979 "Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa", **Psychological medicine**, 9(3), 429-448.

SAKA, B. & İDİZ-ÇAKMAKÇI, C.: 2013 "Anoreksiya nervozada Temel Beslenme İlkeleri", Yücel, B., Akdemir, AK, Küey, AG., Maner, F., Vardar, E. (Ed). Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı içinde, Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği, s. 159-172

SALERNO, L., RHIND, C., HIBBS, R., MICALI, N., SCHMIDT, U., GOWERS, S., MACDONALD, P., GODDARD, E., TODD, G., LO COCO, G., & TREASURE, J.: 2016 "An examination of the impact of care giving styles (accommodation and skilful communication and support) on the one year outcome of adolescent anorexia nervosa: Testing the assumptions of the cognitive interpersonal model in anorexia nervosa", **Journal of Affective Disorders**, 191, 230-236.

SANTONASTASO, P., SACCON, D., & FAVARO, A.: 1997 "Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 2(1), 44-48.

SAYAR, K., UĞURAD, I. K., & ACAR, B.: 1999 "Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji." **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 9(3), 142-147.

SCHMIDT, U.: 2002 "Risk Factors for Eating Disorders". Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook", In: C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Ed.), New York. The Guildford Press, 2, s.247-250.

SCHMIDT, U., & TREASURE, J.: 2006 "Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice", **British journal of clinical psychology**, 45(3), 343-366.

SEMİZ, M., KAVAKÇI, Ö., YAĞIZ, A., YONTAR, G., & KUĞU, N.: 2013 "Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 24(3), 149-57.

SEPÚLVEDA, A. R., GRAELL, M., BERBEL, E., ANASTASIADOU, D., BOTELLA, J., CARROBLES, J. A., & MORANDÉ, G.: 2012 "Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders." **European Eating Disorders Review**, 20(1), e78-e84.

SEPULVEDA, A. R., KYRIACOU, O., & TREASURE, J.: 2009 "Development and validation of the accommodation and enabling scale for eating disorders (AESED) for caregivers in eating disorders", **BMC Health Services Research**, 9, 171. doi:10.1186/1472-6963-9-171.

SEPULVEDA, A. R., LOPEZ, C., MACDONALD, P., & TREASURE, J.: 2008 "Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder." **International Journal of Eating Disorders**, 41(4), 318-325.

SEPULVEDA, A. R., LOPEZ, C., TODD, G., WHITAKER, W., & TREASURE, J.: 2008a "An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers." **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 43(7), 584-591.

SEPULVEDA, A. R., WHITNEY, J., HANKINS, M., & TREASURE, J.: 2008b "Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders", **Health and Quality of Life Outcomes**, 6(1), 28.

SHARMA, N., CHAKRABARTI, S., & GROVER, S.: 2016 "Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses.", **World journal of psychiatry**, 6(1), 7.

SHIMSHONI, Y., SHRINIVASA, B., CHERIAN, A. V., & LEBOWITZ, E. R.: 2019 "Family accommodation in psychopathology: A synthesized review", **Indian journal of psychiatry**, 61(Suppl 1), S93.

SİLÉN, Y., & KESKİ-RAHKONEN, A.: 2022 "Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people", **Current Opinion in Psychiatry**, 35(6), 362-371.

SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., & HOEK, H. W.: 2013 "Epidemiology, course, and outcome of eating disorders", **Current opinion in psychiatry**, 26(6), 543-548.

SMITH, A., & COOK-COTTONE, C.: 2011 "A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescents", **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 18(4), 323-334.

Snaith R.P.: 2003 "The Hospital Anxiety And Depression Scale", **Health Qual Life Outcomes**, 1:29

SPETTIGUE, W., MARAS, D., OBEID, N., HENDERSON, K. A., BUCHHOLZ, A., GOMEZ, R., & NORRIS, M. L.: 2015 "A psycho-education intervention for parents of adolescents with eating disorders: a randomized controlled trial", **Eating Disorders**, 23(1), 60-75.

STEFANINI, M. C., TROIANI, M. R., CASELLI, M., DIRINDELLI, P., LUCARELLI, S., CAINI, S., & MARTINETTI, M. G.: 2019 "Living with someone with an eating disorder: factors affecting the caregivers' burden.", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 24(6), 1209-1214.

STEIGER, H., LIQUORNIK, K., CHAPMAN, J., & HUSSAIN, N.: 1991 "Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of 'restricters' and 'bingers' to normal controls", **International Journal of Eating Disorders**, 10, 501–512.

STEIN, A., WOOLLEY, H., COOPER, S., WINTERBOTTOM, J., FAIRBURN, C. G., & CORTINA-BORJA, M.: 2006 "Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study", **The British Journal of Psychiatry**, 189(4), 324-329.

STERN, S. L., DIXON, K. N., JONES, D., LAKE, M., NEMZER, E., & SANSONE, R.: 1989 "Family environment in anorexia nervosa and bulimia", **International Journal of Eating Disorders**, 8, 25–31.

STİCE, E., MARTİ, C. N., & ROHDE, P.: 2013 "Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women", **Journal of abnormal psychology**, 122(2), 445.

STILLAR, A., MERALI, N., GUSELLA, J., SCARBOROUGH, J., NASH, P., ORR, E., HENDERSON, K., MAYMAN, S., FILES, N., & LAFRANCE, A.: 2022 "Caring for a child with an eating disorder: Understanding differences among mothers and fathers of adolescent and adult children." **European Eating Disorders Review.**

STILLAR, A., STRAHAN, E., NASH, P., FILES, N., SCARBOROUGH, J., MAYMAN, S., HENDERSON, K., GUSELLA, J., CONNORS, L., ORR, E., MARCHAND, P., DOLHANTY, J., & LAFRANCE ROBINSON, A.: 2016 "The influence of carer fear and self-blame when supporting a loved one with an eating disorder." **Eating disorders**, 24(2), 173-185.

STORCH, E. A., GEFFKEN, G. R., MERLO, L. J., JACOB, M. L., MURPHY, T. K., GOODMAN, W. K., LARSON, M. J., FERNANDEZ, M., GRABILL, K.: 2007 "Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder", **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 36(2), 207-216.

STRAUSS, C., HALE, L., & STOBIE, B.: 2015 "A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity", **Journal of Anxiety Disorders**, 33, 95-102.

STRIEGEL-MOORE, R. H., LESLIE, D., PETRILL, S. A., GARVIN, V., & ROSENHECK, R. A.: 2000 "One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims", **International Journal of Eating Disorders**, 27(4), 381-389.

STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C., DIAMOND, J., & KAYE, W.: 2000 "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes", **American Journal of Psychiatry**, 157(3), 393-401.

STROBER, M., LAMPERT, C., MORRELL, W., BURROUGHS, J., & JACOBS, C.: 1990 "A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 9(3), 239-253.

STUNKARD, A. J.: 1959 "Eating patterns and obesity", **Psychiatric quarterly**, 33(2), 284-295.

SVENSSON, E., NILSSON, K., LEVI, R., & SUAREZ, N. C.: 2013 "Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder", **Eating disorders**, 21(5), 395-407.

SZMUKLER, G. I., BURGESS, P., HERRMAN, H., BLOCH, S., BENSON, A., & COLUSA, S.:1996" "Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory", **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 31, 137-148.

ŞİMŞEK, Ö. F.: 2007 Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ekinoks-ANKARA.

TABACHNICK, B. G., & FIDELL, L. S.: 2014 "Fundamental Equations for Canocical Correlation. In Using multivariate statistics: Pearson new international edition" (Vol. 6, pp.576-585). Boston, MA: pearson.

TABACHNICK, B. G., & FIDELL, L. S.: 2014a "Principal Components and Factor Analysis. In Using multivariate statistics: Pearson new international edition" (Vol. 6, pp.612-676). Boston, MA: pearson.

TEZCAN, E., MİLLET, B., & KULOĞLU, M.: 1998 "Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması.", **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 1(1), 35-41.

THOMAS, J. J., LEE, S., & BECKER, A. E.: 2016 "Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific", **Current Opinion in Psychiatry**, 29(6), 354-362.

TONG, J., MIAO, S., WANG, J., YANG, F., LAI, H., ZHANG, C., ZHANG, Y., & HSU, L. G.: 2014 "A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China", **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 49(3), 499-505.

TORRES, A. R., HOFF, N. T., PADOVANI, C. R., & RAMOS-CERQUEIRA, A. T. D. A.: 2012 "Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder", **Psychiatry and clinical neurosciences**, 66(5), 432-441.

TREASURE, J., GAVAN, K., TODD, G., & SCHMIDT, U.: 2003 "Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 11(1), 25-37.

TREASURE, J., & SCHMIDT, U.: 2013 "The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors", **Journal of eating disorders**, 1(1), 1-10.

TREASURE, J., SEPULVEDA, A. R. WHITAKER, W. TODD, G., LOPEZ, C., & WHITNEY, J.: 2007 "Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: A description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 15(1), 24-34.

TREASURE, J., & TODD, G.: 2016 "Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers", In Bio-psycho-social contributions to understanding eating disorders (pp. 125-137). Springer, Cham.

TREASURE, J., RHİND, C., MACDONALD, P., & TODD, G.: 2015 "Collaborative care: the new Maudsley model". **Eating Disorders**, 23(4), 366-376.

TREASURE, J., WHİTAKER, W., WHİTNEY, J., & SCHMİDT, U.: 2005 "Working with families of adults with anorexia nervosa". **Journal of Family Therapy**, 27(2), 158-170.

TROISI, A., MASSARONI, P., & CUZZOLARO, M.: 2005 "Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders", **British Journal of Clinical Psychology**, 44, 89–97.

UEHARA, T., KAWASHIMA, Y., GOTO, M., TASAKI, S. I., & SOMEYA, T.: 2001 "Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study", **Comprehensive psychiatry**, 42(2), 132-138.

UZUN, Ö., GÜLEÇ, N., ÖZŞAHİN, A., DORUK, A., ÖZDEMİR, B., & ÇALIŞKAN, U.: 2006 "Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students", **Comprehensive psychiatry**, 47(2), 123-126.

VANDEREYCKEN, W., & VAN HOUDENHOVE, V.: 1996 "Stealing behavior in eating disorders: characteristics and associated psychopathology", **Comprehensive psychiatry**, 37(5), 316-321.

VAN FURTH, E. F., VAN STRIEN, D. C., MARTINA, L. M., VAN SON, M. J., HENDRICKX, J. J., & VAN ENGELAND, H.: 1996 "Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 20(1), 19-31.

VAN WIJNGAARDEN, B., SCHENE, A., KOETER, M., BECKER, T., KNAPP, M., KNUDSEN, H.C., TANSELLA, M., THORNICROFT, G., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., LASALVIA, A., & LEESE, M.: 2003 "People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving". **Schizophrenia Bulletin** 29, 573–586.

VARDAR, E., & ERZENGİN, M.: 2011 "Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 22(4), s. 205-212.

VINCENT, M. A., & MCCABE, M. P.: 2000 "Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors", **Journal of Youth and Adolescence**, 29, 205–221.

VITOUSEK, K. M. & BROWN, K. E.: 2015 ''Cognitive-Behavioral Theory of Eating Disorders'', The Wiley Handbook of Eating Disorders, 222-237.

VOLPE, U., TORTORELLA, A., MANCHIA, M., MONTELEONE, A. M., ALBERT, U., & MONTELEONE, P.: 2016 "Eating disorders: what age at onset?", **Psychiatry Research**, 238, 225-227.

WADE, T. D., BULIK, C. M., NEALE, M., & KENDLER, K. S.: 2000 "Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors", **American Journal of psychiatry**, 157(3), 469-471.

WALLER, J. V., KAUFMAN, N. R., & DEUTSCH, F.: 1940 "Anorexia nervosa: a psychosomatic entity", **Psychosomatic Medicine**. 2:3-16

WEST, S. G., FINCH, J. F., & CURRAN, P. J.: 1995 "Structural equation models -rith nonnormal variables: Problems and remedies.", In R. H. Hoyle (Ed.), Structural equation modeling: concepts, issues, and applications (pp. 57-75). London: Sage.

WHITNEY, J., HAIGH, R., WEINMAN, J., & TREASURE, J.: 2007 "Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders", **British Journal of Clinical Psychology**, 46(4), 413-428.

WHITNEY, J., MURRAY, J., GAVAN, K., TODD, G., WHITAKER, W., & TREASURE, J.: 2005 "Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study", **The British journal of psychiatry**, 187(5), 444-449.

WIEDEMANN, G., RAYKI, O., FEINSTEIN, E., & HAHLWEG, K.: 2002 "The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion", **Psychiatry research**, 109(3), 265-279.

WILSON, G. T.: 2005 "Psychological treatment of eating disorders". **Annu. Rev. Clin. Psychol**., 1, 439-465.

WINN, S., PERKINS, S., MURRAY, J., MURPHY, R., & SCHMIDT, U.: 2004 "A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support", **International Journal of Eating Disorders**, 36(3), 269-279.

WISOTSKY, W., DANCYGER, I., FORNARI, V., KATZ, J., WISOTSKY, W. L., & SWENCIONIS, C.: 2003 "The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program", **Eating Disorders**, 11(2), 89-99.

WOERWAG-MEHTA, S., & TREASURE, J.: 2008 "Causes of anorexia nervosa.", **Psychiatry**, 7(4), 147-151.

WONDERLICH, S. A., PETERSON, C. B., & SMITH, T. L.: 2015 "Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa: A treatment manual". Guilford Publications.

WOODSIDE, D. B., BULIK, C. M., HALMI, K. A., FICHTER, M. M., KAPLAN, A., BERRETTINI, STROBER, M., TREASURE, J., LILENFELD, L., KLUMP, K., & KAYE, W. H.: 2002 "Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 31, 290–299.

WU, M. S., MCGUIRE, J. F., MARTINO, C., PHARES, V., SELLES, R. R., & STORCH, E. A.: 2016 "A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity.", **Clinical Psychology Review**, 45, 34-44.

YAGER, J., DEVLIN, C. M. J., HALMI, K. A., HERZOG, D. B., MITCHELL III, J. E., POWERS, P., & ZERBE, K. J.: 2006 "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders Third Edition", American Psychiatric Association, (Çevirimiçi) https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide /practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf , 16 Ocak 2020.

YÜCEL, B.: 2009 "Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları, İlk Söz", 22(4), 39-45.

YÜCEL, B.: 2013a "Anoreksiya Nervozada Yataklı Servis Tedavisi", Yeme Bozuklukları ve Obezite. Tanı ve Tedavi Kitabı, (Ed. by. Yücel, B., Akdemir A., GürdalKüey, A, Maner, F, Vardar, E.), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimi Dizisi 15, s. 149-158.

ZABALA, M. J., MACDONALD, P., & TREASURE, J.: 2009 "Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 17(5), 338-349.

ZACHRISSON, H. D., & KULBOTTEN, G. R.: 2006 "Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms", **Eating and Weight Disorders**, 11, 163–170.

ZARIT, S. H., & ZARIT, J. M.: 1990 "The memory and behavior problems checklist and the burden interview", Gerontology Center, The Pennsylvania State University.

ZERBE, K. J.: 2001 "The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders", **Psychiatric Clinics of North America**, 24(2), 305-313.

ZERBE, K.: 2015 "Psychodynamic theory of eating disorders", **The Wiley handbook of eating disorders**, 253-268.

ZIGMOND, A. S., & SNAITH, R. P.: 1983 "The hospital anxiety and depression scale", **Acta psychiatrica scandinavica**, 67(6), 361-370.

ZUCKER, N. L., FERRITER, C., BEST, S., & BRANTLEY, A.: 2005 "Group parent training: A novel approach for the treatment of eating disorders.", **Eating Disorders**, 13(4), 391-405.

ZUCKER, N. L., MARCUS, M., & BULIK, C.: 2006 "A group parent-training program: a novel approach for eating disorder management.", **Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 11(2), 78-82.

EKLER

EK-1

Bu bölümdeki sorular tedavi alan YAKININIZLA ilgilidir.

1 **Tedavi alan kişi ile yakınlık dereceniz:**

2 **Yakınınızın doğum tarihi:**

3 **Yakınınızın yeme bozukluğu tanısı:**

4 **Yakınınızın ebeveynleri birlikte mi yaşıyor?** ( ) Evet

( ) Hayır, ( ) boşanma çünkü

( ) anne vefatı

( ) baba vefatı

( ) çalışma koşulları

( ) diğer, belirtiniz ….....

Bu bölümdeki sorular SİZİNLE ilgilidir.

1 **Doğum tarihiniz:**

2 **Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın

( ) Erkek

( ) Diğer

3 **En son mezun olduğunuz okul:** ( ) okuryazar değil

( ) okuryazar

( ) ilkokul

( ) ortaokul

( ) lise

( ) yüksekokul

( ) üniversite

( ) yüksek lisans

( ) doktora

4 **Medeni durumunuz:** ( ) Bekar

( ) Evli

( ) Boşanmış

( ) Dul

( ) Diğer, lütfen belirtiniz: ……

5 **Çalışma durumunuz:** ( ) Çalışmıyor

( ) Çalışıyor

6 **Mesleğiniz:** ( ) Üst düzey yönetici ya da müdür, örn. kamu kurumu veya özel sektör yöneticileri

( ) Profesyonel meslek mensubu, örn. doktor, avukat, öğretmen

( ) Yardımcı profesyonel meslek mensubu, örn. tekniker, kontrol memuru

( ) Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan, örn. müşteri temsilcisi, kasiyer

( ) Hizmet ve satış elemanı, örn. aşçı, kuaför, bakıcı

( ) Sanatkâr, örn. tekstil, metal, inşaat ustası

( ) Operatör, örn. işletme operatörü, montaj operatörü, makine operatörü, montajcı

( ) Vasıfsız işçi

( ) Serbest meslek

( ) Emekli

( ) Öğrenci

( ) Diğer, belirtiniz……

7 **Sosyal güvenceniz:** ( ) Yok

( ) Var, SGK

( ) Var, özel sağlık sigortası

8 **Evinize giren toplam aylık gelir miktarı:** …….. (TL)

(Maaş, kira, sosyal yardım ödeneklerinin tamamını dikkate alınız)

9 **Evinizde toplam kaç kişi yaşıyor?** ……..…… kişi

Evde kimlerle yaşıyorsunuz? Belirtiniz……..……..……..……..

……..……..……..……..……..……..……

10 **Geçmişte psikiyatrik bir sorun yaşadınız mı?** ( ) Hayır

( ) Evet, belirtiniz ……

11 **Şu anda tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?** ( ) Hayır

( ) Evet, belirtiniz …….

- Bu rahatsızlık için tedavi alıyor musunuz ( ) Hayır

  ( ) Evet, belirtiniz ……...

12 **Tanısı konmuş herhangi bir yeme bozukluğunuz var mı?** (Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Obezite vb) ( ) Hayır

( ) Evet, belirtiniz …….....

13 **Daha önce psikiyatrik ilaç kullandınız mu?** ( ) Hayır

( ) Evet, belirtiniz …….....

- Ne kadar süre ilaç kullandınız? …….. ay

14 **Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır
( ) Evet, belirtiniz …….....

- Ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz? ……..ay

15 **Tanısı konmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?** ( ) Hayır
( ) Evet, belirtiniz ……..…….....

16 **Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?** ( ) Hayır
( ) Evet, belirtiniz ……..…….....

- Ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz? …….. ay

17 **Ailenizde psikolojik / psikiyatrik yardım alan var mı?** ( ) Hayır
( ) Evet, belirtiniz ……..…….....

- Tanısı nedir?

18 **Alkol kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır
( ) Evet

- Süresi: ……ay
- Sıklığı: 1 haftada …….. kutu/şişe
- Kullandığınız alkol türü: …….

19 **Madde kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır
( ) Evet

- Süresi: ……ay
- Sıklığı: 1 haftada ……. defa
- Kullandığınız madde türü: ……..

20 **Sigara kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır
( ) Evet

- Süresi: ……ay
- Sıklığı: 1 günde ……. tane ya da 1 günde …….. paket

21 **Yakınınız yeme bozukluğu tanısı almadan önce yeme bozukluğu hakkında bilginiz var mıydı?** ( ) Hayır ( ) Evet

- Nereden duymuştunuz? …….

22 **Şu anda yeme bozukluğu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor musunuz?** ( ) Hayır ( ) Evet

- Bu bilgiyi nere(ler)den öğrendiniz? ……..

23 **Hastalık süreci ile birlikte siz onunla daha yakın olduğunuzu düşünüyor musunuz?** ( ) Hayır ( ) Evet

EK-2

Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeği Tarih:

Aşağıdaki sayfalar, yeme bozukluğu olan yakınlarına veya arkadaşlarına bakan kişiler için genel olarak geçerli olan birtakım ifadeler içermektedir. Sizden ifadelerin her birini okumanızı ve **son bir ay içerisinde** ne sıklıkla sizin için geçerli olduğuna karar vermenizi istiyoruz. Doğru ya da yanlış cevapların olmadığını belirtmek isteriz. Ayrıca, herhangi bir maddeye çok fazla zaman harcamamak en iyisidir. İlk tepkiniz genellikle en iyi cevabı verecektir.

Geçen ay boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla düşündünüz?		**Asla**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Neredeyse her zaman**
1	Arkadaşlarınızın / yakınlarınızın sizi ziyaret etmeyi nasıl bıraktığını	0	1	2	3	4
2	Arkadaşlarınızı kaybetmeyi	0	1	2	3	4
3	Akşamları, hafta sonları dışarı çıkamama, tatile gidememe hissini	0	1	2	3	4
4	Arkadaşları veya yakınları görme planlarını iptal etmeyi veya reddetmeyi	0	1	2	3	4
5	Bu kadar kötüleşmeden önce farkına varmam gerektiği hissini	0	1	2	3	4
6	Onu hayal kırıklığına uğrattığım hissini	0	1	2	3	4
7	Yapmam gereken bir şey olabileceği hissini	0	1	2	3	4
8	Belki de yeteri kadar katı olmadığım düşüncesini	0	1	2	3	4
9	Nerede yanlış yaptım düşüncesini	0	1	2	3	4
10	Yakınınızın fiziksel ve / veya sözlü olarak saldırgan davrandığını	0	1	2	3	4
11	Yakınınızın kontrol edici / manipülatif (yönlendirici) davrandığını	0	1	2	3	4
12	Yalan söylediğini / hırsızlık yaptığını	0	1	2	3	4
13	Kontrol edilemez öfkesini	0	1	2	3	4

Geçen ay boyunca hasta sizinle aynı evde yaşarken, ne sıklıkta: (Eğer hasta geçen ay boyunca sizinle birlikte aynı evde yaşamadıysa, lütfen onun evde en son yaşadığı zamanı düşünün)?		**Asla**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Neredeyse her zaman**
14	…yemek hazırlarken zorluk yaşadınız (yani aile üyeleri için ayrı öğünler hazırlamak, doğru malzemeleri kullanmamak)?	0	1	2	3	4
15	…diğer aile üyeleriyle yemek saatinin nasıl ayarlanacağına dair tartışmalar oldu?	0	1	2	3	4
16	…yemek sırasında tartışmalar veya gerginlik oldu?	0	1	2	3	4
17	…yiyecekler dolaplardan kayboldu?	0	1	2	3	4
18	…yiyecek için alışveriş yaparken uzun zaman harcadınız?	0	1	2	3	4
19	…gider tıkanıklığı, su tesisatı ile ilgili sorunlarınız oldu?	0	1	2	3	4
20	…tuvalette/banyoda kötü kokular ve temizlik sorunu oldu?	0	1	2	3	4
21	…yakınınız üşüdüğünden dolayı sıcaklığı arttırmak zorunda kaldınız?	0	1	2	3	4
22	…iyi olduğundan emin olmak için onu kontrol ettiniz?	0	1	2	3	4
23	…hastalığın onu fiziksel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz (örneğin, düştüğünü, bayıldığını, merdivenlerden çıkarken zorlandığını görmek)?	0	1	2	3	4
24	…hastalığın onu zihinsel olarak nasıl etkilediğini fark ettiniz veya düşündünüz?	0	1	2	3	4

EK-3

Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği Tarih:

Aşağıdaki maddeler, genellikle yeme bozukluğu olan bir yakını veya arkadaşıyla yaşayan aile üyeleri için geçerli olan bir dizi ifadeyi içerir. Her bir maddeyi okumanızı ve **son bir ay içerisinde** aile üyelerinizce ne sıklıkla yaşandığını belirtmenizi rica ediyoruz. Doğru ya da yanlış cevapların olmadığını belirtmek isteriz. İlk düşündüğünüz şey genellikle en uygun cevap olacaktır.

Geçtiğimiz ay aşağıdakileri ne sıklıkta düşündünüz:

Yeme bozukluğu olan yakınınız …		Lütfen işaretleyiniz				
		Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her gün**
1	…satın aldığınız yiyecek seçimlerini kontrol eder mi?	0	1	2	3	4
2	…diğer aile üyelerinin mutfakta ne kadar süreyle ne yapacağını kontrol eder mi?	0	1	2	3	4
3	…yemek yapışınızı ve kullandığınız malzemeleri kontrol eder mi?	0	1	2	3	4
4	…diğer aile üyelerinin ne yediğini kontrol eder mi?	0	1	2	3	4

Yakınınız herhangi bir aile üyesini aşağıdaki ifadelerle ilgili tekrarlanan konuşmalarla meşgul eder mi?		**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her gün**
5	Kendisinin şişmanlayıp şişmanlamayacağına dair güvence isteyerek	0	1	2	3	4
6	Belirli bir yiyeceği yemenin güvenli veya kabul edilebilir olup olmadığı hakkında	0	1	2	3	4
7	Belirli kıyafetlerde şişman görünüp görünmediği konusunda güvence isteyerek	0	1	2	3	4
8	Yiyeceklerin içerikleri ve miktarları ile bu içeriklerin yerine kullanılabilecek olası malzemeler hakkında	0	1	2	3	4
9	Olumsuz düşünceler ve duygular hakkında	0	1	2	3	4
10	Kendine zarar verme hakkında	0	1	2	3	4

Herhangi bir aile üyesinin yakınınızın hastalığı nedeniyle aşağıdakilere uyması gerekir mi?		**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her gün**
11	Hangi yemek takımının kullanıldığına	0	1	2	3	4
12	Yemek takımının nasıl temizlendiğine	0	1	2	3	4
13	Ne zaman yemek yendiğine	0	1	2	3	4
14	Nerede yemek yendiğine	0	1	2	3	4
15	Mutfağın nasıl temizlendiğine	0	1	2	3	4
16	Yiyeceklerin nasıl muhafaza edildiğine	0	1	2	3	4
17	Yeme bozukluğu olan yakının egzersiz rutinine	0	1	2	3	4
18	Yakınınızın kendi vücut şeklini veya kilosunu kontrol ediyor olmasına	0	1	2	3	4
19	Evin nasıl temizlendiğine ve düzenlendiğine	0	1	2	3	4
Ailenin geri kalanı için bu durumu tolere edilebilir kılmak ya da uzlaşmak amacıyla yeme bozukluğu olan yakınınızın aile hayatını etkileyen yanlarını görmezden gelmeyi seçer misiniz? Örneğin:		**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her gün**
20	Yiyeceklerin ortadan kaybolmasını	0	1	2	3	4
21	Paranın ortadan kaybolmasını	0	1	2	3	4
22	Mutfağın dağınık bırakılmasını	0	1	2	3	4
23	Banyonun/Tuvaletin pis bırakılmasını	0	1	2	3	4

24	Genel olarak, yeme bozukluğu olan yakınınızın, aile yaşamını ve faaliyetlerini ne derecede kontrol ettiğini söylersiniz?									
	Hiç					**Yarı yarıya**				**Tamamen**
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anketi cevaplamaya devam etmek için, lütfen aşağıdakileri dikkate alınız:

Son bir ay içinde		**Hiç**	**Ayda 1-3 kere**	**Haftada 1-2 kere**	**Haftada 3-6 kere**	**Her gün**
25	Yakınınızın zorlanmaları ile ilgili davranışlarına (örn. koşu ya da karın egzersizi süresini tutmak, yemek hazırlamasına yardım etmek, kalori hesaplamak) ne sıklıkla dahil oldunuz?	0	1	2	3	4
26	Onu daha fazla endişelendirecek şeylerden kaçınması için yakınınıza ne sıklıkla yardım ettiniz?	0	1	2	3	4

Son bir ay içinde		**Hiç**	**Biraz**	**Orta derecede**	**Yüksek derecede**	**Aşırı derecede**
27	Yakınınızın hastalığı nedeniyle bir şeyler yapmaktan, bir yerlere gitmekten veya insanlarla olmaktan kaçındınız mı?	0	1	2	3	4
28	Yakınınızın belirtileri nedeniyle aile rutininizi değiştirdiniz mi?	0	1	2	3	4
29	Yakınınızın ihtiyaçları nedeniyle çalışma programınızı değiştirdiniz mi?	0	1	2	3	4
30	Yakınınızın ihtiyaçları nedeniyle boş vakitlerinizde yaptığınız aktiviteleri değiştirdiniz mi?	0	1	2	3	4
31	Yakınınıza yukarıda belirtilen şekillerde yardım etmek sizi rahatsız etti mi?	0	1	2	3	4
32	Kendisine destek olmadığınızda, yeme bozukluğu olan yakınınız sıkıntılı / endişeli oldu mu?	0	1	2	3	4
33	Kendisine destek olmadığınızda yakınınız sinirlendi/kötü davrandı mı?	0	1	2	3	4

EK-4

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Aynen katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.
Büyük ölçüde Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.
Biraz katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.
Hiç katılmıyorum	Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümle yanında 4 seçenek içinde ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe **(X)** işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1) Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2) Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3) Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.				
4) Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5) Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6) Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7) Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8) Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9) Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				
10) Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				

	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
11) Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12) Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13) Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14) Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir				
15) Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16) Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17) Evde herkes başına buyruktur.				
18) Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19) Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20) Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21) Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22) Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23) Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24) Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25) Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26) Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27) Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.				
28) Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29) Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30) Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31) Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32) Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				

	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
33) Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34) Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35) Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36) Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37) Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.				
38) Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39) Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40) Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41) Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42) Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.				
43) Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44) Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45) Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46) Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47) Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48) Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.				
49) Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50) Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51) Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52) Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53) Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				

	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
54) Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55) Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56) Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57) Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58) İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59) Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60)Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

EK-5

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman (0)	**Nadiren (1)**	**Bazen (2)**	**Oldukça sık (3)**	**Hemen her zaman (4)**
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					

	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Oldukça sık (3)	Hemen her zaman (4)
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

Ek-6

DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda, hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere **doğru (D)**, **yanlış (Y)** şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken **son 1 yılınızı** düşünün.

(D)	(Y)	**1-**Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.
(D)	(Y)	**2-**Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
(D)	(Y)	**3-**Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
(D)	(Y)	**4-**Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir.
(D)	(Y)	**5-**Onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
(D)	(Y)	**6-**Onun varlığı beni deli ediyor.
(D)	(Y)	**7-**Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
(D)	(Y)	**8-**Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
(D)	(Y)	**9-**Ona sık sık öğüt veriyorum.
(D)	(Y)	**10-**Onunla uyuşamıyoruz.
(D)	(Y)	**11-**Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
(D)	(Y)	**12-**Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim.
(D)	(Y)	**13-**Ona kırılıyor güceniyorum.
(D)	(Y)	**14-**Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
(D)	(Y)	**15-**Onun üstüne titrerim.
(D)	(Y)	**16-**Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor.
(D)	(Y)	**17-**O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
(D)	(Y)	**18-**Dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum o hasta oldu diye.
(D)	(Y)	**19-**Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
(D)	(Y)	**20-**Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.
(D)	(Y)	**21-**Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
(D)	(Y)	**22-**Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
(D)	(Y)	**23-**Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
(D)	(Y)	**24-**"Ondan ah bir kurtulsam!" diye düşündüğüm oluyor.
(D)	(Y)	**25-**Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum.
(D)	(Y)	**26-**Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
(D)	(Y)	**27-**Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.
(D)	(Y)	**28-**Biz birbirimize benziyoruz.
(D)	(Y)	**29-**Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
(D)	(Y)	**30-**Onunla iyi anlaşıyoruz.
(D)	(Y)	**31-**Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum.
(D)	(Y)	**32-**Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
(D)	(Y)	**33-**Ondan uzak kalmak istiyorum.
(D)	(Y)	**34-**Başıma bir sürü dert açıyor.
(D)	(Y)	**35-**O olmasa bütün işler yoluna girecek

(D)	(Y)	**36**-Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
(D)	(Y)	**37**-Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
(D)	(Y)	**38**-Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
(D)	(Y)	**39**-Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım.
(D)	(Y)	**40**-Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.
(D)	(Y)	**41**-Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

EK-7

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA	**Hayır, hiç çekmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık**
1) Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?				
2) Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?				
3) Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?				
4) İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?				
5) Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?				
6) Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?				
7) Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?				
8) Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?				
9) Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?				
10) Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?				
11) Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?				
12) Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?				

EK-8

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.
( ) Çoğu zaman
( ) Birçok zaman
( ) Zaman zaman, bazen
( ) Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
( ) Aynı eskisi kadar
( ) Pek eskisi kadar değil
( ) Yalnızca biraz eskisi kadar
( ) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
( ) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
( ) Evet, ama çok da şiddetli değil
( ) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
( ) Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.
( ) Her zaman olduğu kadar
( ) Şimdi pek o kadar değil
( ) Şimdi kesinlikle o kadar değil
( ) Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
( ) Çoğu zaman
( ) Birçok zaman
( ) Zaman zaman, ama çok sık değil
( ) Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.
( ) Hiçbir zaman
( ) Sık değil
( ) Bazen
( ) Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
( ) Kesinlikle
( ) Genellikle
( ) Sık değil
( ) Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
( ) Hemen hemen her zaman
( ) Çok sık
( ) Bazen
( ) Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
( ) Hiçbir zaman
( ) Bazen
( ) Oldukça sık
( ) Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
( ) Gerçekten de çok fazla
( ) Oldukça fazla
( ) Çok fazla değil
( ) Hiç değil

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
( ) Gerçekten çok fazla
( ) Oldukça fazla
( ) Çok fazla değil
( ) Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.
( ) Her zaman olduğu kadar
( ) Her zamankinden biraz daha az
( ) Her zamankinden kesinlikle az
( ) Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
( ) Gerçekten de çok sık
( ) Oldukça sık
( ) Çok sık değil
( ) Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
( ) Sıklıkla
( ) Bazen
( ) Pek sık değil
( ) Seyrek

EK-9

KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Yakınınızın işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin:

(0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

İlgili madde sizin için uygun değilse lütfen 4'ü işaretleyiniz.

	Hiç zorlanma yok (0)	**Çok az zorlanma (1)**	**Orta derecede zorlanma (2)**	**Aşırı derecede zorlanma (3)**	**Bu madde benim için uygun değil (4)**
ÖZERKLİK					
1. Evde sorumluluk üstlenme	0	1	2	3	4
2. Kendi başına yaşayabilme	0	1	2	3	4
3. Alışveriş yapabilme	0	1	2	3	4
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	0	1	2	3	4
MESLEKİ İŞLEVSELLİK					
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	0	1	2	3	4
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	0	1	2	3	4
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	0	1	2	3	4
8. Mesleki kazanımlar elde etme	0	1	2	3	4
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	0	1	2	3	4
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK					
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	0	1	2	3	4
11. Akıldan hesap yapabilme	0	1	2	3	4
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	0	1	2	3	4
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	0	1	2	3	4
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	0	1	2	3	4
MALİ KONULAR					
15. Kendi parasını idare edebilme	0	1	2	3	4
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	0	1	2	3	4

	Hiç zorlanma yok (0)	**Çok az zorlanma (1)**	**Orta derecede zorlanma (2)**	**Aşırı derecede zorlanma (3)**	**Bu madde benim için uygun değil (4)**
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER					
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	0	1	2	3	4
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme	0	1	2	3	4
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	0	1	2	3	4
20. Ailesiyle birlikte yaşama	0	1	2	3	4
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	0	1	2	3	4
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	0	1	2	3	4
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ					
23. Egzersiz veya spor yapma	0	1	2	3	4
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	0	1	2	3	4

EK-10

İKİ BOYUTLU SOSYAL İSTENİRLİK ÖLÇEĞİ

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı **(X)** işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; "1" "Hiç uygun değil", "2" "Uygun değil", "3" "Biraz uygun", "4" "Uygun", "5" "Tamamen uygun" anlamına gelmektedir. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

		Hiç uygun değil (1)	**Uygun değil (2)**	**Biraz uygun (3)**	**Uygun (4)**	**Tamamen uygun (5)**
1	Verdiğim kararlardan dolayı asla pişmanlık duymam.	1	2	3	4	5
2	Birinin arkasından kesinlikle kötü şeyler konuşmam.	1	2	3	4	5
3	Bana yönelik eleştirileri her zaman dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4	Hayatımda hiç hırsızlık yapmadım.	1	2	3	4	5
5	Bir şeyi kafama koyduğumda diğer insanlar nadiren fikrimi değiştirebilir.	1	2	3	4	5
6	Kendi kaderimi yazabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7	Bana ait olmayan şeyleri asla almam.	1	2	3	4	5
8	İş veya okuldan izin almak için hasta numarası yapmam.	1	2	3	4	5
9	Verdiğim kararlara çok güvenirim.	1	2	3	4	5
10	Kesinlikle sokağa çöp atmam.	1	2	3	4	5
11	Araç kullanırken hız limitini aşmam.	1	2	3	4	5
12	Diğer insanların benim hakkımda ne düşündüğünü dikkate almam.	1	2	3	4	5
13	Kendime karşı her zaman dürüst davranırım.	1	2	3	4	5
14	Suçlu duruma düşme ihtimalim olmasa bile her zaman yasalara uyarım.	1	2	3	4	5
15	Tamamen mantıklı bir insanım.	1	2	3	4	5
16	İnsanların özel bir şeyler konuştuğunu duyarsam dinlemekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
17	Zihnimi dağıtan bir düşünceden uzaklaşmak benim için zor değildir.	1	2	3	4	5
18	Hatalarımı kesinlikle gizlemem.	1	2	3	4	5
19	Kötü alışkanlıklarımı terk etmek bana zor gelmez.	1	2	3	4	5
20	Duygularımın yoğunlaşması düşüncelerimde önyargılı olmama neden olmaz.	1	2	3	4	5

		Hiç uygun değil (1)	**Uygun değil (2)**	**Biraz uygun (3)**	**Uygun (4)**	**Tamamen uygun (5)**
21	Mağaza eşyalarına zarar verirsem kesinlikle bu durumu görevlilere bildiririm.	1	2	3	4	5
22	Diğer insanlar hakkında dedikodu yapmam.	1	2	3	4	5
23	İnsanlara yönelik ilk izlenimimde yanılmam.	1	2	3	4	5
24	Çok mecbur olsam bile yalan söylemem.	1	2	3	4	5
25	Hiçbir kötü alışkanlığım yoktur.	1	2	3	4	5
26	Yaptığım işlerde her zaman doğru adımlar atarım.	1	2	3	4	5
27	Asla cinsel içerikli kitap veya dergi okumam.	1	2	3	4	5
28	Kesinlikle küfür etmem.	1	2	3	4	5
29	Alışverişlerde para üstünü fazla aldığım durumlarda hemen geri veririm.	1	2	3	4	5

EK-11

ETİK KURUL ONAYI

Tarih ve Sayı: 18.03.2021-139746

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı :E-35980450-663.05-139746
Konu :Merve OĞUR

Sayın Merve OĞUR

İlgi : 28.01.2021 tarihli, 54227 sayılı yazı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2021/28 dosya numaralı "Yeme Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Sürece Uyumunun ve Hastalığın Bakım Verenler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Ölçek Uyarlama Çalışması" başlıklı çalışma, Kurulumuzun 08.02.2021 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

Ek:Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

Tarih ve Sayı: 25.02.2021-93116

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

İlgili makama,

İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Merve OĞUR** "Yeme Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Sürece Uyumunun ve Hastalığın Bakım Verenler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Ölçek Uyarlama Çalışması" başlıklı, **2021/28** dosya numaralı 28.01.2021 tarih ve **54227** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 08.02.2021 tarihinde gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Prof. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	**Akademik Danışman olduğu için imzalamadı**
Doç. Dr. Şerife Sema KARAKELLE	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Göklem TEKDEMİR YURTDAŞ	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Bengi PİRİM DÜŞGÖR	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Elif YAVUZ SEVER	Edebiyat Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Güven GÜNVER	İstanbul Tıp Fakültesi	E ● H ●	● Onay ● Katılmadı ● Ret ● M.Katılmadı	

EK-12

HASTALAR İÇİN ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında, yardımcı araştırmacı Dr. Nermin Taşkale ile birlikte İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Merve Oğur tarafından yürütülen "Yeme Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Sürece Uyumunun ve Hastalığın Bakım Verenler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Ölçek Uyarlama Çalışması" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği ile Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini Türkçe' ye uyarlamaktır. Bu çalışma sayesinde yakınınızın/yakınlarınızın tedaviniz sürecinde ihtiyaç duyduğunuz desteği sunmalarına olanak sağlayacak müdahale programlarına yön verecek bilgilerin edinilebilmesi umulmaktadır. Araştırmada yakınınızın/yakınlarınızın tahminen 50 dakika ayırması istenmektedir. Araştırmaya tahminen 330 hasta yakını katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için yakınınızdan/yakınlarınızdan beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, en uygun gelen cevapları içtenlikle belirtmeleridir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya yakınınızın/yakınlarınızın katılmasını kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup sizin ve yakınınızın/yakınlarınızın kişisel bilgileri **gizli tutulacaktır**; ancak veriler yine kimlik bilgileri gizli tutularak yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileri ise sadece izinlerine bağlı olarak ve farklı araştırmacıların kendileri ile iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya xxxxxxxx e-posta adresi ve xxxxxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve yakınımın/yakınlarımın katılması istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve telkin olmaksızın yakınımın/yakınlarımın katılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının**:**

Adı-Soyadı:

.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; (□) kabul ediyorum (□) kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

EK-13

BAKIM VERENLER İÇİN ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında, yardımcı araştırmacı Dr. Nermin Taşkale ile birlikte İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Merve Oğur tarafından yürütülen "Yeme Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Sürece Uyumunun ve Hastalığın Bakım Verenler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Ölçek Uyarlama Çalışması" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Yeme Bozukluklarında Hastaya Uyum ve Kolaylık Sağlama Ölçeği ile Yeme Bozuklukları Belirti Etkisi Ölçeğini Türkçe'ye uyarlamaktır. Bu çalışma sayesinde hastalık sürecinde sizin yaşadığınız zorlanmaların, hastalık sürecinin aile yaşantınıza etkisinin anlaşılması ve hasta yakınınızın tedavi sürecinde ihtiyacı olan desteği sunmanıza olanak sağlayacak müdahale programlarına yön verecek bilgilerin edinilebilmesi umulmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 50 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırma sürecinde eğer ki hasta yakınınız ve diğer aile bireyleriniz araştırmaya katılmayı kabul ederlerse sizin dışınızdaki aile bireylerine de bu formlar ulaştırılacaktır. Ancak tüm aile bireylerinden alınan bilgiler birbirinden ayrı tutulup kesinlikle birbiriyle paylaşılmayacaktır. Her bir aile bireyinizin yaşantısı kendine has özellikler taşıdığından ve farklılaşabileceğinden çalışmaya katılmayı onayladığınız taktirde formları diğer aile bireylerinden bağımsız olarak sadece kendi deneyiminize odaklanıp doldurmanız çalışmanın amacına ulaşması açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 330 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yine kimlik bilgileriniz gizli tutularak yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya xxxxxxx e-posta adresi ve xxxxxxxxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının**:**
Adı-Soyadı:
.....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; (□) kabul ediyorum (□) kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:
.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı:
.....
İmzası:

Şahidin:
Adı-Soyadı:
.....
İmzası: