



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN
EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ**

Sümevra Nur Güngör Yalçın

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç

İSTANBUL 2019

TC
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN
EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ

Sümevra Nur Güngör Yalçın

154102114

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç

İSTANBUL 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

| | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Öğrenci No | : 154102114 |
| Öğrenci Adı Soyadı | : SümeYra Nur GÜNGÖR YALÇIN |
| Anabilim Dalı | : Klinik Psikoloji |
| Tez Danışmanı | : Dr.Öğr.Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ |
| Tezin Başlığı | : 18-25 YAŞ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Toplantı Tarihi | : 29.03.2019 | Saati | : 09:00 |
| Öğrenci Savunmaya | : <input checked="" type="checkbox"/> GELDI | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır. | | | |
| Savunmada Tezin Başlığı | : <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti. | | |
| Tezin Yeni Başlığı | : | | |
| Öğrenci Savunmaya | : <input type="checkbox"/> GELMEDI | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR. | | | |

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | İmza |
|-------------------|------------------------------------------|------|
| Danışman Üye | Dr.Öğr.Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ | |
| Üye | Dr.Öğr.Üyesi Mahir YEŞİLDAL | |
| Üye | Doç.Dr. Korkut ULUCAN | |

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum 18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ adlı çalışmanın tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Sümevra Nur Güngör Yalçın

2019

ÖZET

(GÜNGÖR YALÇIN Sümeyra Nur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı; ebeveyn tutumu ve yeme tutumunun ilişkisini incelemektir. Bu bağlamda 18-25 yaş arası üniversite öğrencileriyle çeşitli testler yapılmıştır. 50 kadın 50 erkek 18-25 yaş arasındaki 100 öğrenciyle yapılan çalışmada gönüllü olur formu alındıktan sonra, demografik form, anne-baba tutum ölçeği, yeme tutumu testi ve SCL90 uygulanmıştır. Analiz için SPSS 18 programı kullanılıp değişkenler arası ilişkiler Pearson Korelasyonu ile tespit edilmiştir.

Bulgulara göre, demokratik anne baba tutumunda zayıflık ile uğraş olumsuz yönde ilişkili, otoriter ve koruyucu-istekçi anne baba tutumunda olumlu yönde ilişkilidir.

Anahtar kelimeler: anne-baba tutumu, yeme tutumu, ebeveyn tutumu ve yeme tutumu

SUMMARY

(GÜNGÖR YALÇIN Sümeyra Nur, Yüksek Lisans, İstanbul,2019)

THE EFFECT OF PERCEIVED PARENTING ATTITUDE ON THE EATING ATTITUDE AT UNIVERSITY STUDENTS BETWEEN 18-25 YEARS

The main aim of this study is to examine the correlation between parenting style and eating attitude of the university students. In this framework 18-25 years old students are specified as samples. After taking voluntary form, Demographic Form, The Parenting Style Scale, Eating Attitude Test (EAT-40) and Symptom Check List (SCL-90) were used for collecting data. The SPSS 18 program was used for the analysis and the correlations between the variables were determined by Pearson Correlation.

According to the findings, the relationship with weakness in democratic parental style was negatively related, and it was positively related to authoritarian and protective-demanding parental style.

Keywords: parenting style, eating attitude, parenting and eating relation

İÇİNDEKİLER

| | |
|------------------------------------------------------------|-----|
| YEMİN METNİ | i |
| ÖZET..... | ii |
| SUMMARY | iii |
| İÇİNDEKİLER | iv |
| BÖLÜM 1..... | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| BÖLÜM 2..... | 3 |
| 2.1 ANA-BABA TUTUMLARI..... | 3 |
| 2.1.1 Otoriter Tutum | 4 |
| 2.1.2 Demokratik Tutum | 6 |
| 2.1.3 İlgisiz Tutum..... | 7 |
| 2.1.4 Koruyucu Tutum..... | 8 |
| 2.1.5 Kararsız Tutum..... | 9 |
| 2.1.6 Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler | 9 |
| 2.2.1.DSM-V'in Yeme Bozuklukları için Tanı Kriterleri..... | 12 |
| 2.2.1.1.Pika Bozukluğu | 15 |
| 2.2.1.2 Kaçınan / Kısıtlı Gıda Alımı Bozukluğu | 16 |
| 2.2.1.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu..... | 18 |
| 2.2.1.4 Anoreksiya Nervoza | 21 |
| 2.2.1.5 Bulimia Nervoza | 24 |
| 2.2.1.6.Çıkarma Bozukluğu | 26 |
| 2.2.1.7.Gece Yemek Yeme Bozukluğu | 26 |
| 2.2.1.8 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu..... | 27 |
| BÖLÜM 3..... | 30 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| YÖNTEM | 30 |
| 3.1. Araştırma Modeli | 30 |
| 3.2. Örneklem: | 30 |
| 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları | 30 |
| 3.3.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu | 30 |
| 3.3.2. Demografik Veri Formu | 30 |
| 3.3.3 Anne-Baba Tutum Ölçeği | 31 |
| 3.3.4 Yeme Tutumu Testi | 31 |
| 3.3.5 Semptom Tarama Anketi 90 Maddelik Gözden Geçirilmiş Hali (SCL-90R). | 31 |
| 3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Teknikleri | 32 |
| 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları | 32 |
| BÖLÜM 4 | 33 |
| BULGULAR | 33 |
| 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri | 33 |
| 4.1.2 Katılımcıların Demografik Bilgilerine Dair Bulgular | 34 |
| 4.1.3. Yeme Tutum Testi 'ne Dair Bulgular | 34 |
| 4.1.4. Anne Baba Tutum Ölçeği 'ne Dair Bulgular | 35 |
| 4.1.5. Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi 'ne Dair Bulgular | 35 |
| 4.2.1. Araştırma değişkenlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması | 36 |
| 4.2.2. Araştırma değişkenlerinin alkol kullanımına göre karşılaştırılması | 36 |
| 4.2.3. Araştırma değişkenlerinin madde kullanımına göre karşılaştırılması | 37 |
| 4.2.4. Araştırma değişkenlerinin anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması .. | 37 |
| 4.2.5. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişkiler | 37 |
| 4.2.6. Tablolar | 38 |
| BÖLÜM 5 | 44 |
| TARTIŞMA | 44 |
| KAYNAKLAR | 47 |
| EKLER | 56 |

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| EK.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 56 |
| EK.2 Sosyodemografik Veri Formu | 58 |
| EK.3 SCL-90..... | 60 |
| EK:4 Anne Baba Tutum Ölçeği..... | 64 |
| EK.5 Yeme Tutumu Testi..... | 68 |



BÖLÜM 1

GİRİŞ

Yeme davranışları, yaşamın ilk yıllarında sağlık ve büyüme gereksinimlerini karşılamaya yönelik biyolojik ve davranışsal süreçler olarak değerlendirilir. Bebekler farklı kültürlerde doğdukları için, kendilerine sunulan gıdaları kabul etmeyi bir dizi davranışsal eğilimle beraber etçil ve /veya otçul olarak donatılırlar. (Savage, Fisher ve Birch, 2007) Yaşamın ilk beş yılı hızlı bir fiziksel büyüme ve değişim zamanıdır ve gelecekteki beslenme kalıpları ve yeme davranışlarının geliştiği yıllardır. Bu ilk yıllarda çocuklar, ne zaman ve ne kadar yiyeceğini, yemek ve yemeği çevrelen toplumsal ve ailevi inanç, tutum ve uygulamaların aktarılmasıyla öğrenirler. Ebeveyn ve bakım verenlerin, çocukların yiyecek ve yeme davranışlarıyla ilgili ilk deneyimlerini yapılandırırken sergiledikleri davranış ve tutumlarıyla bu deneyimlerin çocukların yeme tutumlarıyla bağlantısı araştırılmaktadır.

Gelecekteki psikolojik problemlerin gelişmesinde erken deneyimlerin rolü ve özellikle ebeveyn tutumlarının ilgisi düşünülmüştür. Örneğin Rogers teorisinde (1951) olduğu gibi bir çok kişilik kuramının odak noktası olmuştur. İlgili kuramda, çocuğun davranışlarından bağımsız olarak sürekli ödüllendirilmesi, sevgi ve kabul görmesi ile karakterize edilen “koşulsuz sevgi, saygı ve anlayış” kavramı öne çıkmıştır. Psikopatoloji ile doğrudan ilişkili kabul edilen bu kavram üzerinde önemle durulduğu görülmektedir. Ebeveyn ve çocuk ilişkisinde hem disiplin hem sevgi tutumlarındaki tutarsızlık psikopatoloji ile ilişkilidir.

Ebeveyne bağlanma ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin ele alındığı ve anlamlı farklardan bahsedilen çalışmalar mevcuttur. (Mauray, Waller ve Legg, 2000) Aşırı korumacı ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek düzeyde yeme bozukluğu riski

gözenmiştir. (Tata vd., 2001) Özellikle bulimia hastalarının ebeveynlerini aşırı korumacı ifade ettikleri görülmüştür. Ebeveynlerini sürekli kontrol eden ve müdahil olarak tarif ettikleri dikkat çekmiştir. (Murray, Waller ve Legg, 2000). Bu doğrultuda ebeveyn tutuma dair algıların ve oluşturulan şemaların yeme tutumu açısından önemli olduğu ifade edilebilir. (Oral ve Şahin, 2008) Batur ve meslektaşlarının çalışmasında da (2005) yeme tutum bozukluğu olan kişilerde korkulu ve saplantılı bağlanma biçimini olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan hareketle algılanan ebeveyn tutumu ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin doğrudan gözlemlenebilir olduğunu söyleyebiliriz (Ahmad, Waller ve Verduyn, 1994) bu doğrultuda çalışmanın amacı ebeveyn stilleri ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.



BÖLÜM 2

2.1 ANA-BABA TUTUMLARI

Anne-baba uygulama ve tutumlarının ayrıştırılması önemlidir. Tutum ve uygulamalar birbirleri ile karıştırılmaması gereken kavramlardır. Anne-baba uygulamaları, bir durum veya olay karşısında çeşitli sosyal beceri, akademik veya pratik amaçlara ulaşmak için ebeveynlerin kullandığı stratejileri ifade etmektedir (Grusec ve Goodnow, 1994). Anne-baba tutumları ise özel bir durum karşısında değil, genel olarak anne-baba-çocuk arasındaki etkileşimi belirleyen davranış ve tavırlar anlamına gelmektedir (Mize ve Pettit, 1997).

Ebeveyn tutumunda bakım veren genel olarak anne olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra çocuk yetiştirmede anne-baba yerine geçen bakım verenlerin önemine ilişkin de büyük anne ve babalar vurgulanmalıdır. Winnicott (1953), "yeterince iyi anne" kavramını bebeğin ihtiyaçlarına göre neredeyse tamamen uyum sağlama olarak ifade etmiştir. Genel olarak bebeğe adanmış ve her ihtiyacını çabucak görmeyi kapsayan bir annelik söz konusudur. Anne, bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamak için kendi uykusunu ve kendi ihtiyaçlarını feda etmektedir. Bununla birlikte, zaman geçtikçe anne, bebeğin çok az miktarda hayal kırıklığı yaşamasına izin vermektedir. Diğer bir deyişle, beklentisine genel olarak karşılık verdiği için bebek hayal kırıklığı yaşamamaktadır. Empatik ve şefkatli olduğu gibi bebeğin her ağlayışına hemen reaksiyon göstermez. İlk başta söz konusu hayal kırıklığı için zaman sınırı çok kısa olmalıdır. Örneğin, bebeğin gece beslenmeden önce sadece birkaç dakika boyunca ağlamasına izin verebilir. Dolayısıyla, "mükemmel" değil, ancak çocuğun sadece hafif bir hayal kırıklığı hissettiği için "yeterince iyi" olarak ifade edilir. (Winnicott,1953)

Ebeveynler ve çocuk arasındaki problemlerin çıkış noktası, çoğunlukla anne-babada düğümlenmektedir. Ebeveynlerin çocuğa karşı tutumlarının pozitif olması, büyük oranda kendi içlerinde anlaşabilmeleri ve mutlu olmaları ile bağlantılıdır (Arabacı, 2011).

Etkileşimi negatifleştiren durumlar arasında anne-babanın geç yaşta çocuk sahibi olmaları, geçmişte aşırı gevşek veya baskıcı bir ortamda yetişmeleri, ailenin sosyoekonomik gücünün düşük olması gibi etkenler sıralanır (Yavuzer, 2012).

Ergenlik döneminde, bireyin davranışlarını belirleyecek değerleri kazanması ve sosyal hayattaki sorumluluklarını öğrenebilmesi için yardıma ihtiyacı vardır. Aile, ergenin hayatında etkili olarak bu ihtiyaçları karşılayabilecek olan toplumsal kurumdur (Yavuzer, 2010: 288). Ebeveynlerin, özellikle de annenin çocuk ile olan ilişkisi, çocuğun zihinsel, sosyal, bedensel ve duygusal gelişimini ve kişiliğini inşa etmektedir. Ergenlik çağında çocuk bireyselleşme evresine geçmekle birlikte, aile gereksinimi halen görünür durumdadır (Kulaksızoğlu, 2009:118)

Günümüzde ebeveynler, çocuklarına karşı baskılı, gevşek veya dengesiz ve kararsız bir yaklaşım göstermekte ve sağlıklı iletişim kurmayı başaramamaktadır. Bu tip bir ortamda ise suçlama, yargılama, aşağılama gibi tavırlar öne çıkmaktadır. Bu ebeveynler, çocuklarının ilgi ve kabiliyetlerine dayalı bir yol çizmelerinden çok, kendi hayal ettikleri hayata uygun yetişmelerini isterler (Yavuzer, 2012).

Ebeveyn tutumlarına dair ilk ayrıştırmanın Baumrind (1966) tarafından yapıldığı görülmektedir. Baumrind, üç temel ebeveynlik tarzından söz eder. Bunlar otoriter, açıklayıcı / demokratik ve izin verici/ilgisiz ebeveynlerdir.

Bu üç temel tarza ek olarak iki adet daha farklı tutum ile karşılaşılmaktadır (Yavuzer, 2012). Bunlar; koruyucu ve kararsız anne-baba tutumlarıdır. Tutumlar incelenirken bu iki tutum da ele alınacaktır.

2.1.1 Otoriter Tutum

Baumrind (1966) otoriter ebeveyn tutumunda çocuklarla iletişimin zayıf olduğunu, disiplin üzerine kurulu ve kuralların ön planda olduğu bir iletişimden bahseder. Bu tutumda yer alan en belirgin durum, ebeveynlerin ergene karşı gösterdikleri baskıdır. Bu tutumdaki ebeveynlere göre, çocukların kendilerine itaat etmesi şarttır. Kendilerini çocuklarının hakimi olarak görürler (Kulaksızoğlu, 2009).

Çoğunluklar sert, yakın ve sıcak ilişkiler kurmayan, kontrolcü ve denetimci ebeveynler bu tutumu sergilerler. Buna ek olarak çocuklarının itaatsizliklerine ve isyanlarına son derece tepkili yaklaştıkları, baskıcı tutumlarına rağmen başkaldırı görmek istemedikleri, çocuklarının net ve anlaşılır olmalarını istedikleri görülmektedir. (Kulaksızıoğlu, 2009)

Bu tip ebeveynlerin tahammülsüz, agresif ve bencil oldukları, kendilerinden başkasının yaşam kalitelerini ve refahlarını umursamadıkları gözlenmektedir. Katı bir düşünce yapısına sahip olan bu kişiler, çocuğun istenmeyen bir hareketi karşısında fiziksel zarar uygulamaları da imkan dahilindedir. Anne-baba tarafından çocuğun beğenilmeyen davranışları dayak ile engellenmesi yönünde bir tutum sergilenebilmektedir (Kulaksızıoğlu, 2009).

Ergenlik döneminde ebeveynlerin aşırı otoriter bir tutum sergilemeleri, kimlik arayışındaki bireyin tökezlemesine sebep olmaktadır. Bu durumda ergen özgüvenini yitirir ve kendine değer vermemeye başlar. Özsaygısı son derece düşük olur. Özsaygısı düşük olan birinin geleceğe dair beklentilerinin de düşük düzeyde olması beklenmektedir (Yavuzer, 2010).

Otoriter tutumda, çocuk için aktif biçimde talep ve sorumluluklar mevcuttur. Otoriter ebeveynler çocukları yönlendirmek için ceza verme eğilimine sahiptirler. Günalp ve Karadayı'ya göre (2007) otoriter ebeveynler kısıtlayıcı ve cezalandırıcı bir tutum sergilemekte ve taleplerinin gerçekleştirilmesi yönünde son derece ısrarcı olmaktadır. Kendi arzularının gerçekleştirilmesini isteyen ebeveyn için, ergenin geleceğe yönelik beklentilerini umursamak söz konusu değildir. Bu durum, dış dünyaya açılmaktan çekinen ve anne-babanın dibinden ayrılmak istemeyen bir gençliğin oluşmasına neden olmaktadır (Tamar, 2005). Bir diğer deyişle, otoriter ebeveynlere sahip bir ergenin geleceğe dair hayal kurması dahi zordur.

Özdemir ve arkadaşlarına göre (2012) otoriter tutum, çocuklarda bağımsız kişilik gelişimini engellemekte, saldırganlık seviyesini arttırmakta ve özsaygı düzeyini düşürmektedir.

Otoriter tutumu tercih eden anne-babalar, fikirlerinin çocuklarıyla aynı olduğunu düşünmeleri mümkündür. Ancak ebeveynlerin talepleri ile çocuğun talep ve gereksinimleri birbirinden farklı olabilmekte ve bu çelişki çocukta kararsızlığa neden olabilmektedir. Yine otoriter tutum sergileyen ebeveynlerin bu süreçte daha çok kontrolcü davranmaları ve çocuğun belirlenen sınırların dışına çıkmaması için beklenen bir davranıştır (Kulaksızoğlu, 2000). Bu baskı, çocuğun kendi taleplerine yönelmesini zorlaştırabilir.

2.1.2 Demokratik Tutum

Demokratik tutumda en önemli unsur, ailenin çocuğuna her konuda saygı duyuyor olmasıdır. Anne-baba, çocuğun isteklerini gerçekleştirmesini destekler, kendini gerçekleştirmesine imkân tanır (Kulaksızoğlu, 2000). Aile içerisinde bir disiplin söz konusu olmakla birlikte, bireylerin özgürlük alanları da mevcuttur. Ev içerisinde çeşitli kurallar bulunmaktadır fakat kötüye kullanılmadığı sürece özgürlükler artırılmaktadır. Ebeveynler ve ergen arasında her konu tartışılabilir ancak çizgi aşıldığı takdirde kesin bir tutum sergilenerek daha fazlasını isteyemeyeceği ergene gösterilir (Yörükoğlu, 2012).

Abalı (2012) ideal ev ortamını şu şekilde tanımlar:

- Aile üyeleri arasında sağlıklı ve iyi bir iletişimin bulunması,
- Aile üyeleri arasında karşılıklı sevgi ve hoşgörü bulunması,
- Problemlerin çözümünde karşılıklı anlayış olması,
- Sağlıklı rol paylaşımı,
- Sorumluluk dağılımının uygun olması,
- Herkesin özgürce hislerini ifade ettiği bir ortam sağlanması,
- Kişisel gereksinimlerin göz önüne alınması,
- Aile üyeleri arasında yardımlaşma ve desteğin olması,
- Ortak zamanların ve ortak paydaların olması,
- Geleceğe yönelik ortak hedef ve planların olması,
- Kişisel özelliklerin farkına varılması,
- Sıradan ve monoton sürecin yaşanmaması (Abalı, 2012)

Demokratik tutumu tercih eden anne-babalar, çocuğu disipline etmek için sevgisiz davranmak gibi bir hataya başvurmazlar. Sevgi dolu ve hoşgörölü tutumlar, demokratik ebeveynin temel davranışlarıdır. Bu tutumla büyütölen çocukların temel güven duyguları gelişmiş, özgürce fikirlerini ifade edebilen, girişimci, sorumluluk alabilen, kendisine ve diğerlerine karşı saygılı, kişisel gelişime açık, kendini gerçekleştirmeye ve yaratıcı fikirler üretmeye hevesli kişiler oldukları bilinmektedir (Kulaksızıoğlu, 2009). Ebeveynler, her çocuğun kendine özgü bir gelişim kapasitesine sahip olduğunun bilincindedir ve bu sebeple çocukların özgürce gelişmesi, becerilerini keşfetmesi ve kendini gerçekleştirmesi için gerekli ortamı sağlar (Baumrind, 1966). Kendisini olduğu haliyle kabul eden çocuğun güven duygusu da yüksek olacaktır (Yavuzer, 2010).

Demokratik ebeveynlerin çocukları, akranları ile sağlıklı ve seviyeli ilişkiler kurabilen, özgüveni yüksek, bağımsızlıkları ile dikkat çeken çocuklardır. Bunun sebebi, aile ortamında kendilerini ifade etme konusunda desteklenmiş ve saygı görmüş olmalarıdır. Böylelikle diğerlerinin refahına saygı duyan, sabırlı, sakin bireyler yetişmektedir. Ergenin kendine sunulan olanaklar ve deneme yanılma yoluyla bireysel gelişimi daha sağlıklı olmaktadır. Kendi kontrollerinden sorumlu oluşları, bireyselleşme sürecinde başarılı olmalarını sağlamaktadır.

2.1.3 İlgisiz Tutum

İlgisiz tutumu sergileyen ebeveynlerin çocuklarıyla arasında fiziksel ve ruhsal yönden zayıf bir etkileşim mevcuttur. İlgisiz ebeveynler çocuklarının nerede olduğunu, kimle ne yaptığını bilmezler ve bilmek için bir efor da sarf etmezler. Evde gerçekleşen karar süreçlerinde çocukların istek ve gereksinimleri göz ardı edilerek hareket edilir (Karabekiroğlu, 2009) Genelde çocuklarının seçimlerine önem vermeyerek kendi seçimlerine göre davranırlar.

İlgisiz ve izin verici ebeveynler, gereğinden fazla rahat ve tutarsız geribildirimler sunarak çocuklarına karşı özverili olmayan davranışlarda bulunur. Tutarsız tepkiler, çocuğun ebeveynlerine dair bir inanç ve beklenti sistemi oluşturamamasına, uzak,

güvensiz ve tutarsız ilişkiler kurmasına neden olur. Baumrind (1978), ilgisiz ebeveynlik tutumunda çocuğun doğal eğilimleri yardımıyla kendi kendine öğrenip deneyimlediği ve bunu yapmak için bilgiyi kendisinin edindiği bir süreçten söz etmektedir. Bu nedenle, deneme yanılma olanağı bulunsa da çocuğa karşı herhangi bir yönlendirme yapılmıyor olması, kontrolsüz ve ihmalkâr bir davranıştır. Bu durum, çocuğun öz değerinde problemlere neden olur. Çocuğa karşı gösterilen sabır ve hoşgörü olumlu davranışlar olsa da, bir süre sonra ani öfke patlamalarına neden olabilir. Ebeveyn tarafından uzun süre bastırılan ve biriken tüm tepki ve bildirimler, çocuğun hiç beklemediği, alakasız bir anda topluca verilmesi söz konusudur. Bu nedenle çocuğun özgürlüğü ve bireyselleşmesi adına ne denli olumlu görülse de, tek başınlığı erken zamanda mümkün kılmasından dolayı ilgisiz ve izin verici ebeveyn tutumunun kontrolsüzlüğü ve problemleri de beraberinde getirmesi olasıdır (Baumrind, 1973). Ve bu kontrolsüzlük iş, aile, evlilik gibi önemli konularda kararları olumsuz etkileyebilir.

İlgisiz tutum bir anlamda duygusal istismar olarak ele alınabilir ve anne-baba ve çocuk arasında iletişimin kopuk olması temel sorundur. (Günalp ve Karadayı, 2007).

2.1.4 Koruyucu Tutum

Yavuzer'e göre (2012) koruyucu tutum sergileyen anne-babalar çocuğuna aşırı ilgi gösterir ve gereğinden fazla korumacıdır. Çocuğun tüm ihtiyaçları anne-baba tarafından karşılanır. Ebeveyn çocuğun bağımsız iş yapmasına izin vermez. (Yavuzer, 1998) Ebeveynlerin aşırı koruyucu olması, çocuğa karşı aşırı özen ve kontrolü de beraberinde getirmektedir. Bu durum, çocuğun diğerlerine fazlasıyla bağımlı, güvensiz ve duygusal yönden problemlili bir çocuk olmasına neden olmaktadır. Bu bağımlılık hali, hayat boyu sürebilmektedir. Aşırı koruyucu ebeveynlerle büyüyen çocuk, ileride eşinden de aynı tutumu bekleyebilir (Yavuzer, 2012). Kişinin evlenmek istediğinde bu tip bir eş araması muhtemeldir.

Aşırı korumacı ebeveynler, aile içerisinde devamlı çocukları onlara muhtaçmış gibi davranırlar. Bu ebeveynler müdahalecidir, çocuk ergenliğe eriştiğinde dahi kendi kararlarını vermesine müsaade etmezler, gerekli ortamı oluşturmazlar. Çocuğa uygun

olduğu düşünölen kararlar anne-baba tarafından verilmekte ve anne-baba, buna hakları olduğunu savunmaktadır (Kulaksızoğlu, 2009). Bu durum, kendi kendine karar alamayan, ebeveynlerine bağımlı çocukların yetişmesine neden olur.

Ergenlik döneminde ebeveynlerden duygusal açıdan ayrışma, destelerine daha az ihtiyaç duyma evresi başlamaktadır. Ergen, doğası gereği daha bağımsız olmak istemektedir. Bu durum, aile içi ilişkilerin azalmasına, diğer sosyal çevre ile ilişkilerin artmasına neden olur. Aile, bu evrede çocuklarının bireyselleşebilmesini desteklemelidir (Kulaksızoğlu, 2009). Fakat aşırı korumacı ebeveynler bu durumu kabul etmek istemez ve çocuklarının bireyselleşmesine engel olabilirler.

2.1.5 Kararsız Tutum

Ebeveynlerin birbiriyle kararsız ve tutarsız davranışları çocuğun ruhsal gelişimini olumsuz etkiler. Tutarsızlık, anne babanın farklı fikirlere sahip olması şeklinde olabileceği gibi, kendi içlerinde değişken tutumlar göstermeleri şeklinde de gerçekleşebilir. Ebeveynlerin çocuğun yanında birbirlerini eleştirmeleri ve zıt düşmeleri oldukça sık rastlanır. (Yavuzer, 2012)

Ebeveynlerin çocuk ile aralarındaki ilişkinin belirli nitelikleri bulunmalıdır. Tutarsız ebeveyn tutumunda tüm duyguların abartılı biçimde yaşanması mümkündür. Anne-baba ya aşırı anlayışlı ya da aşırı sert ve cezalandırıcı davranır. Dengesiz ve tutarsız bir tavır söz konusudur. Bu durum, çocuğun kişilik gelişimini negatif yönde etkiler. Çocuk iyi ve kötüyü ayırmakta zorlanır. Ebeveynler, mevcut psikolojik durumlarını davranışlarına doğrudan yansıtırlar (Kaya, bt). Kişilik gelişiminin negatif yönde etkilenmesi, ergenin gelecek ile ilgili düşüncelerini ve davranışlarını etkiler.

2.1.6 Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Farklı kültürlerdeki ailelerde ebeveynlik tutumlarını ele alan bir araştırmada Herz ve Gullone (1999) çalışmaya katılan ergenlerin anne-babalarını otoriter tutumlarını farklı algıladıkları tespit edilmiştir. Batı kültüründe benlik saygısı ve otoriter ebeveynlik stiline ters ilişkili olduğu gösterilmiştir. Geleneksel kolektivist kültürde ise bu ebeveynlik

tarzının benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bununla beraber kollektivist toplumdan batıya göç eden ergenlerde kültürel bağlam değiştiği için otoriter ebeveyn tutumu daha düşük özgüvene neden olmuştur. Kültürün anne-baba tutumlarına etkisini ele alan Durgel ve arkadaşlarının (2009) gerçekleştirdiği çalışmalarında, Alman annelerin çocuklarının bağımsız olmalarını, olumsuz dürtülerini kontrol edebilmelerini ve sosyal açıdan becerikli olmalarını bekledikleri görülmüştür. Türk annelerin ise öncelikle çocuklarının iyi huylu, saygılı ve ailevi ilişkilerde yakın bağlara sahip olmalarını beklediği gözlemlenmiştir. Bunlara ek olarak, Kağıtçıbaşı'nın (1989) psikolojik/duygusal aile modelinde önerildiği gibi, göçmen Türk ailelerinde özerklik ve aile yakınlığının eşit derecede öneme sahip olduğu aktarılmıştır. Almanya kültürü ile iletişimi sağlam olan annelerin, bireysel amaçlara ve özerkliğe, almanya kültüründen ayrı yaşayan annelere oranla daha çok önem verdikleri görülmektedir. Ancak iki gruptaki annelerin de aile içindeki yakınlık ve bütünlüğe, aile içi karşılıklı desteğe eşit derecede önem verdikleri tespit edilmiştir. Farklı kültürlerin altına girmek bireylerin değer yargılarında değişime sebep olmakla beraber, aile içi dinamiklere etki etmemiştir.

Benzer bir araştırma Batı toplumunda yaşayan Asyalı ailelerin aşırı koruyucu tutumları üzerine gerçekleştirilmiştir (Lowinger ve Kwok, 2001). Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ve ebeveyn sıcaklığının eksikliği Asya toplumlarında normal görülmekte, ancak Batı toplumunda psikopatolojiye sebep olmaktadır. Asyalı Amerikalı çocuklarda duygusal özerklik ve sıcaklığın artırılması yoluyla aile ilişkilerinde karşılıklı bağlılığın esas alınmasının, ergenleri psikopatolojiden koruyacağı fikri ile yürütülen çalışmalar mevcuttur. Almanya'da yaşayan Türk annelerin bağımsızlık ve özerkliğe önem vermekle birlikte aile bağlarına, karşılıklı bağlılığa da önem vermelerine benzer bir modelin, Asyalı Amerikalı ailelerde de geçerli olabileceği vurgulanmıştır. (Lowinger ve Kwok, 2001)

Bir başka çalışmada ergenlerin algıladıkları ebeveynlik tutumlarının duygusal ve davranışsal bağımsızlık ve psiko sosyal uyumla ilişkisi ele alınmıştır. Korelasyonlar, otoriterliğin pozitif bir uyum kalıbı ile ilişkilendirildiğini ortaya koyarken, özerklik,

kendine güven dışında, negatif bir uyum kalıbı ile ilişkilendirilmiştir. (Bayers ve Goossens, 1999) Ebeveynlik ve kimlik oluşumunun dinamik bir şekilde birbirine bağlıdır (Bayers ve Goossens, 2008).

Yıldız (2013) tarafından yapılan bir araştırmada, anne-baba tutumları ile evlilik tatmini arasındaki ilişki ele alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, algılanan demokratik ebeveyn tutumu arttıkça, evlilik tatmini de doğru orantılı olarak arttığı, algılanan otoriter ebeveyn tutumu ve algılanan koruyucu-istekçi ebeveyn tutumu arttıkça ise ters orantılı olarak evlilik tatmininin azaldığı saptanmıştır.

2.2 YEME TUTUMU KAVRAMI

Beslenme; vücudun metabolizmasını ve enerji düzenini gerçekleştirebilmek, büyümek ve gelişmek, zihinsel ve bedensel faaliyetlerin devam ettirmek, üreme ve hayatı sürdürebilmek için gereksinim duyulan enerji kaynaklarının, hücrelerin, bioregülatör moleküllerin elde edilmesi maksadıyla besinlerin alımı olarak tanımlanabilir (Booth, 1993).

Besinlerin tüketim oranları, yoğunlukları ve alım zamanların tespit edilmesi için kullanılan kavram öğündür. Öğün kültürel olarak ifadesinden ayrı olarak, hareket bilimleri yönüyle, besin alımı hareketinin araştırılması için zaman içinde kullanımı ağırlık kazanan bir ifadedir. Yeme hareketinin ölçümünün yapılmasında kilo alımının izlenmesinden önce, güncel olarak tüketilen öğünün yoğunluğu, zamanı ve yenilen besinlerin özellikleri ölçümlere ele alınmaktadır. Bireyde ve pek çok hayvanda, besinleri elde etmenin sonrasında farklı oranda ve öğünlerde besin tüketme ve bu öğünlerin içinde besin tüketmeme süreleri incelenmektedir. Kişide fark edilen besin alımı oranı ile alakalı farklılıklar, değişik rahatsızlıklar ile alakalandırılabilir. Öğün oranında fazlalaşma; kısıtlayıcı yeme hareketi, anoreksiya nervoza ile alaka kurulması olasıdır (Gary J. Schwartz 2008).

Besin alımının zamanına tesirde bulunan etmenleri kısa ve uzun dönem etkiler olarak iki ayrı şekilde ele alırız. Uzun süreli etkiler; ısı regülasyonu, metabolizma, fiziksel faaliyet gibi etkinliklerde gereksinim hissedilen ihtiyaçlar olarak ifade edilebilir. Bu faktörler daha çok kaynak olarak biyoloji temellidir; daha hayati faktörlerdir ve gündelik öğün seviyesinde incelenen farklılıklara faydası daha kısıtlıdır. Besin alımı hareketinin uzun zamanlı tesirlerini doğrudan gözlemlemek mümkün değilken; dolaylı yoldan öğün sıklıkları ve öğün aritmetiği oranları bu incelemede yararlı olmaktadır. Bu yönden bakıldığında öğünlerin incelenmesi; Santral Sinir Sistemi'nce istenen biyolojik gereksinimi hesaplayabilir (Berthoud, 2002).

Kısa süreli etkilerse; enerji denge oranından ayrı olarak, öğün seviyesinde farklılıklarda ortaya çıkan etmenlerdir (Geary ve ark, 2002). Biyolojik etmenler kendisine; vücut kitlesi, sindirim sistem hacmi, doyma algısı, fiziksel kondisyon ve efor seviyesi vb daha az seviyede tesirde bulunur. Zihinsel, hissel ve hareketisel olaylardan daha çok etkilenirler (Robinson ve ark 2000). Yeme hareketini başlatma, yeme tercihleri ve öğünlerdeki tüketim miktarı, birey ve hayvanlarda şartlandırılabilir hususlardır. Klasik ve operan şartlandırmalarla bu gerçekleştirilebilir. Çevresel etmenler, lezzet ve aroma gibi nitelikler kontrollü uyaran niteliğindedir.

Üst seviyede şartlandırma bireylerde yeme hareketine tesirde bulunan bir etmendir. Tüm yeni doğmuş bireylerde kaçınma ve rahatsız hissetmeye neden olan yakıcı acı tat uyarını, toplumsal-kültürel yaşantılar sonucu öğrenilen ve seçimi yapılan bir tat haline gelebilmektedir. Şartsız olarak seçimi yapılan ya da mide bulandıran şekerli, tatlı ya da acı tatlar dışında, yemek yeme alışkanlıklarının hemen hemen tümü öğrenilerek kazanılır. Aromaların ve gıdaların öğrenilmesinde deneyimler mühimdir.

2.2.1.DSM-V'in Yeme Bozuklukları için Tanı Kriterleri

Fiziksel, ruhsal ve toplumsal faktörlerin birleşmesi neticesinde meydana gelen gıda rahatsızlıklarının sosyal yapıda rastlanması zaman geçtikçe artmakta ve bu rahatsızlığın ortaya çıkış yaşı gittikçe azalmaktadır (Lucas AR. 1993; Hoek HW. ; 1995). Anoreksiya nervoza özellikle diğer gıda rahatsızlıklarına nazaran en erken başlangıç gösteren rahatsızlıktır; 14-16 yaş arası başlangıç belirtilmiştir. Bulimia nervozanın,

anoreksiya nervozaya nazaran daha geç başladığı (16-20 yaş) bilinmekle birlikte; ergenlik dönemindeki bireylerin bu rahatsızlık için risk içeren grupta oldukları ifade edilmiştir (Kohn M, 2001; Turnbull S, Ward A, Treasure A, Jick H, Derby L., 1996). Yaygın bir rahatsızlık olmasında pek çok etmen rol oynayabilmektedir. Bunlar içinde; tanıda bulunma ve değerlendirme aletlerinde meydana gelen ilerlemeler, bu rahatsızlığa karşı sosyal bilincin oluşması ve bundan ötürü klinik yardımı alınma talebinin artışa geçmesi, tedavi tercihlerindeki gelişmeler ile kadınların toplumda yer alan ince ve zayıf bir yapıya sahip olmalarına dair baskılar belirtilmiştir (Jarry JL.; 1998).

Fiziki yapının stiline bozulmuş olması ve kişi öz benlik saygısının az olması, kilo almaktan korkma, sürekli diyet yapma, toplumsal baskılar neticesinde sürekli zayıf olma ihtiyacı hissetme, gıda rahatsızlıklarında tespit edilmiş risk oluşturan etmenlerden bazılarıdır (Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin JR, Stotland S. , 1999; Lechky O., 1994; Sullivan P., 2002).

Besin alımı rahatsızlıklarının zaman geçtikçe artışa geçmesi, rahatsızlığın başlangıç yaşının azalması ve tedavi edilmeyen vakalarda önemli klinik problemlerin ortaya çıkabilme ihtimali bu rahatsızlıkların ciddiyetini çoğaltmakta ve bundan kaynaklı bu konuda yapılan araştırmaların zaman içinde artış göstermesine sebep olmaktadır. Besin alımı rahatsızlıklarında duygu durum rahatsızlıkları, kişilik sorunları, zararlı madde kullanımı ve öz kıyım gibi ekstra durumlar da mevzu bahistir. (Swinbourne JM, Touyz SW. , 2007; O'Brien KM, Vincent NK. , 2003; Vardar E, Erzengin M. , 2011).

Son 40 senedir yeme rahatsızlıkları olarak ifade edilen ruhsal rahatsızlıklar dikkat çekmeye başlamış; 1979'da bulimia nervozanın ifade edilmesinin neticesinde bu hususlar daha çok gündem bulmuştur. Bu rahatsızlıkla karşılaşma oranları ve teşhis koymadaki aceleciliğin reel bir artış olup olmadığı ise henüz net değildir. 30 sene devam eden izlenimler neticesinde anoreksiya nervozaya sahip bireylerin %2,5'inin yaşamlarını yitirmesi bu konunun tıp açısından ciddiyetini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra belirtilerin gizlenmesi ve saklı tutulmaya çalışılması ve bir psikiyatrik rahatsızlık olduğunun bilincine yeterince sahip olunmaması da tıbbi olarak fark edilememesine

neden olabilmektedir. Pratisyen doktorların bulimia nervozayı %12, anoreksiya nervozayı % 45 seviyelerinde bildikleri öngörülmüştür (Andreasen ve ark 2001).

Beslenme ve yeme bozuklukları DSM 5’te; gıdaların alımında ya da emilmesinde farklılaşma ile neticelenen; vücut yapısı sağlığı, ruhsal toplumsal yapıda görevselliğin devamlılığında fark edilebilir bir rahatsızlık meydana getirmesi, gıda alımı ile alakalı hareketlerde geçici olmayan rahatsızlıklar olarak ifade edilmiştir.

Beslenme ve Yeme Bozuklukları DSM-5 (2013)’te şu şekilde başlıklara ayrılmıştır:

- 1-Pika (çocuklarda, erişkinlerde)
- 2-Ruminasyon bozukluğu (geri çıkarma (geviş getirme))
- 3-Kaçıngan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu
- 4-Anoreksiya nervoza (kısıtlayıcı tür, tıknırcasına yeme/çıkarma türü)
- 5-Bulimia nervoza
- 6-Tıknırcasına yeme bozukluğu
- 7- Gece yemek yeme bozukluğu
- 8- Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu

DSM-5’te besin alımı ve gıda rahatsızlıklarının 8 alt türünden 3’ü çocukluk döneminde meydana çıkan rahatsızlıklardır. DSM-5’te beslenme ve yeme rahatsızlıkları DSM-4 deki ‘Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde genel olarak ilk tanıda bulunan rahatsızlıklar’ kısmındaki ‘bebeklik ya da erken çocukluğun beslenme ve yeme bozuklukları’ tanısını da kapsamaktadır. Bunun yanı sıra klinik niteliklere dair güncel olarak elde edilen veriler noksan olduğunda tanı koyulabilmesi açısından yeni bir tanı eklemesi yapılmıştır; ‘Tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozuklukları’ alt

grubu. DSM-4'deki pika ve ruminasyon rahatsızlıkları tekrardan incelenerek yaş dilimi fark etmeksizin bu tanılarda bulunulabileceği ifade edilmiştir.

DSM-5'te kaçınan/kısıtlayıcı gıda tüketimi rahatsızlığı için kriterler geliştirilmiştir. DSM-IV tanısı (bebeklik yada erken çocukluğun beslenme bozukluğu) ender kullanılmış; bu şekilde rahatsızlığın nitelikleri, ilerleyişi ve son buluşu ile alakalı bilgi eklenmesine sınır konulmuş olunmuştur. Buna katkı olarak çocuk ve ergenliğe girmemiş çok fazla bireyin besin tüketimini aşırı eksiltip fiziksel ve ruhsal problemler yaşadıkları göz önünde bulundurulduğunda DSM-IV yeme rahatsızlığı kriterleri için zayıf kalmaktadır. Bundan ötürü DSM 5'te bu tanı için çok fazla bir kategori ayrılmıştır.

DSM-5'te obeziteye sahip bireylerde rutin yemek yeme biçimlerinin de bozukluk olarak ele alındığı konusunda eleştirel bir yaklaşım izlenmiştir. Obezite; ruhsal, zihinsel bir bozukluk olarak tanımlanmamaktadır. Tıkınırcasına gıda alımı, depresyon ve bipolar rahatsızlık, şizofreni benzeri ruhsal sorunlar ile arasında belirgin bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte bazı psikotrop ilaçların yan etkileri obezitenin hız kazanması adına risk oluşturan bir etmendir. Depresif bozukluklar gibi bazı ruhsal bozuklukları için obezite bir risk haline gelebilmektedir.

2.2.1.1.Pika Bozukluğu

Gıda olmayan yenilmemesi gereken maddelerin tüketilmesi hali ile meydana çıkan rahatsızlıktır. Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (ICD) 10 içerisinde “çoğunlukla çocukluk ve ergenlikte meydana gelen öteki hareketsel ve hissel bozukluklar” içinde yer alırken; DSM-IV-TR içerisinde ise “bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları” olarak yer alır. DSM kıstaslarına göre; gıda dışı maddelerin bir aydan az olmamak kaydıyla devamlı bir biçimde tüketilmesi, bu halin çocuğun gelişim seviyesiyle alakası yoktur; kültürel bir hareketin unsuru değildir ve bu gıda tüketme hareketi önemli ruh rahatsızlıklarının devamı doğrultusunda meydana çıkarsa dahi klinik olarak dikkat çekecek boyutta bir ciddiyete sahiptir. Çoğunluk itibarıyla otistik ve zihinsel engeli olan çocuklarda karşılaşılan bir rahatsızlıktır. Kurşun zehirlenmesi, kansızlık, beslenme rahatsızlıkları, bağırsak parazit hastalıkları ve bağırsak tıkanması gibi problemlere neden olabilir. Dışkı yemek de pikanın

bir türü olarak sayılmakta ve ağır psikozlarda, deliryumda, demans olgularında rastlanabildiği ifade edilmiştir (Vardar E., 2013).

Tanı ölçütlerini şu şekilde sırlayabiliriz;

-Bir aydan az olmamak kaydıyla devamlı olarak besleyici özelliği olmayan, besin dışı maddelerin tüketilmesi

-Besleyici özelliği olmayan, besin dışı gıdaları tüketme tutumu bireyin gelişim seviyesinden ayrıdır.

-Bu besin tüketme hareketi, kültürel kaynağı olan ya da sosyal olarak normal görülen bir şey değildir.

-Bu yeme hareketi diğer bir psikolojik rahatsızlık olarak meydana çıkıyorsa kliniksel olarak ele alınmaya lüzum görülecek kadar ciddidir (APA 2013).

2.2.1.2 Kaçınan / Kısıtlı Gıda Alımı Bozukluğu

Aşağıda yer alan durumların birinin ya da daha fazlasının bulunduğu, normal gıda tüketiminin ve enerji ihtiyacının devamlı olarak giderilmemesi ile ortaya çıkan bir gıda ya da gıda tüketme rahatsızlığıdır. Örnek olarak; besinlere karşı ilgisiz olma, besinlerin hissel niteliklerinden uzak durma, gıda tüketmenin mide bulandırıcı neticeleriyle alakalı olarak endişe hissetme vb. verilebilir.

-Gözle görülür biçimde fark edilen ağırlık yitimi (çocuklarda hedeflenen kilonun alınmasının gerçekleştirilememesi ya da gelişimin gerçekleşmemesi)

-Bariz olarak fark edilen bir gıda tüketimi noksanlığı

-Tüp yardımı ile gıda alımı ya ağızdan gıda alınmasını sağlayan destekçilere bağımlı olma

-Psikolojik- sosyal faaliyetlerin görünür biçimde eksilmesi.

Bu rahatsızlık, tüketilecek bir besinin mevcut olmaması ya da kültürel olarak tasdik edilen bir program ile daha iyi ifade edilemez. Yalnızca anoreksiya nevroza ya da bulimia nervozanın gelişmesi doğrultusunda meydana çıkan bir rahatsızlık değildir; bireyin kilosunu ya da vücudunu algılayış şekliyle alakalı bir rahatsızlık olduğuna dair ispat niteliğinde bir veri yoktur. Eşzamanlı bir sağlık haliyle bağlanmaması gereken bu yeme rahatsızlığı farklı psikolojik rahatsızlıkla da iyi bir biçimde ifade edilemez. Bu yeme rahatsızlığı, farklı bir hal ya da rahatsızlığa dayalı meydana çıkarsa mevzubahis hal ya da rahatsızlığın ortaya çıkarabileceğinden daha ciddi olur ve klinik bakımdan ayrı olarak gözden geçirilmesi lazımdır.

Kaçınan/kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu DSM-5'e göre; besin ya da gıdaya yönelik alakanın yitimi, besinin koku, görünüş şekli gibi hislere dair niteliklerine karşı kaçınma davranışı, gıda alımının neticelerinden korkulmasından ötürü meydana çıkan besin ya da gıda alımı rahatsızlığıdır. Bunun neticesinde şu sonuçlar meydana gelmektedir;

1-Bariz, gözle görülebilir oranda kilo yitimi

2-Net bir besin tüketme eksikliği

3-Damaryolu vasıtasıyla besin alımı ya da ağızdan destek alarak besin alımı

4-Ruhsal-toplumsal görevlerde bariz problemler

Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım rahatsızlığı DSM-5'teki bu tanı DSM-4' deki bebeklik ya da erken çocukluğun gıda alımı rahatsızlığı tanısının yerine geçmiştir. Yetersiz beslenme neticesi gelişim ve öğrenme seviyesi negatif olarak etkilenip büyüme geç meydana gelmeye başlar. Risk faktörleri olarak anksiyete rahatsızlıkları, otizm spektrum rahatsızlığı, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ailedeki anksiyete, gıda alımı rahatsızlığına sahip annelerin çocuğu olmak, reflü, kusma ve mide veya bağırsağa dair diğer kliniksel haller ifade edilebilir. Benzer tanı olarak anksiyete rahatsızlığı, obsesif kompulsif bozukluk, nörogelişimsel rahatsızlıklar (otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, zeka gelişimsel bozukluğu) sayılabilir.

2.2.1.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Aşağı yukarı 50 sene öncesine kadar telafi edici hareketlerin eksikliğinde klinik bir fenomen olarak ifade edilmesine rağmen, tıkanırcasına yeme rahatsızlığı ancak 1994 senesinde resmiyete geçirilmiş bir bozukluktur. Net olmayan bir tanı olduğundan ötürü bu bozukluk hakkında ancak son on senede kayda değer araştırmalar yapılmaya başlanmıştır; yapılan araştırmalar henüz başlangıç seviyesindedir. Başlangıç incelemelerinin kısıtlı olmasının nedeni self report ölçeklerin görüşmeler yerine kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Buna rağmen yapılan incelemeler bu rahatsızlığın anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza'dan daha sık görülen bir bozukluk olduğunu göstermektedir (American Psychiatric Association. 2000).

Amerikan Psikiyatr Birliği'ne göre tıkanırcasına yeme ifadesi; "Belli bir süre boyunca, eş şartlarda ve eş zamanlarda, pek çok bireyin tüketebileceğinden daha fazla besin tüketmek" olarak ifade edilebilir. Yemek esnasında bireyin tükettiği yemek miktarını denetim altında tutamaması ve yemek yemeye engel olamaması biçiminde denetim yitimi duygusunun mevcut olması da tıkanırcasına yeme epizodunun bir niteliğidir (Yücel B., 2009). Bulimia nervozadan bu sendromu ayrı kılan en ana nitelikse; kendini kusturma, lavman, laksatif ve diüretik kullanmama, çok fazla spor hareketinde bulunma gibi temizlenme faaliyetlerinin bulunmamasıdır. Tıkınırcasına yeme fiilinin alt ay boyunca en az haftada iki kere olması bu rahatsızlığın teşhisi için yeterlidir. Bu kişilerde; kan basıncının ve kolesterolün yüksek olması, kalp damar rahatsızlıkları, diyabet ve safra kesesi rahatsızlıkları görülme olasılığı yüksektir (Baş, 2008).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu yineleyici tıkanırcasına yeme ve bulimia nervozadaki telafi edici hareketlerin bulunmaması ile kendisini belli eder. Tıkınma epizodları ; olağandan çok daha hızlı bir şekilde yemek, kişinin rahatını bozacak boyuta gelinceye kadar yemek, açlık hissi hissedilmemesine rağmen aşırı oranda yemek, fazla yemekten utanıp gizli olarak yemek, tiksinti duymak, depresif bir ruh haline sahip olmak, tüketilen besinin akabinde suçluluk hissi hissetmek gibi belirtiler ile alakalı olabilir.

Tıkınırcasına yemek bozukluğu olan kişiler çoğunlukla fazla kilolu ya da obez olarak ifade edilebilirler. Bu kişilerin hikayesinde devamlı olarak kiloda artışlar ve

ağırlığa müdahale hakkında yinelenen başarıya ulaşamamış çabalar barizdir. Aşırı kilo ve obezitenin ikisinin de ölüm riskinin de yer aldığı oldukça fazla sağlık sorunları ile bağları vardır; ikisi de tıkanırmasına yeme bozukluğu ile ilişkili rahatsızlıklardır. Hipertansiyon, dislipidemi, tip II DM, koroner kalp rahatsızlıkları, inme, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, uyku apne, nefes alma sorunları ve kanser medikal komplikasyonlardır (Herzog, 2004).

Hayat boyunca tıkanırmasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı kadınlarda %3.5 iken erkeklerde bu oran %2 olduğu yapılan araştırmalarda ifade edilmiştir. Kalıtsal etmenlerin yanı sıra besin tüketim rahatsızlıklarından ayrı olarak daha ileri dönemlerde meydana gelmesi, erkeklerde daha sık görülmesinin ve tedaviye yanıt verme seviyesinin daha yüksek olmasından ötürü, özgül bir yeme rahatsızlığı olarak ele alınmıştır (Wonderlich, Gordon ve Mitchell, 2009).

Tıkanırmasına yeme bozukluğu olan kişiler de ağırlık, vücut biçimi konusunda endişelidir. Ağırlıklarına ve beden biçimlerine fazla önem verirler. Çoğunlukla kendilerinden nefret etme, vücut biçimlerinden ve ağırlıklarından tikslenme, yediklerini denetim altında tutamamalarından ötürü hayal kırıklığı, depresif duygu durum bozukluğu, somatik çabalar ve bireyler arasında hassaslaşma ile belli olur (Hajian-Tilaki ve Heidari, 2006). Kimi rahatsız bireylerde disforik mod tıkanırmasına yemeye yönlendirebilir ya da stresi eksiltmek adına da bunu yapmaları mümkündür. Kimi rahatsız bireyler de gıda alımları esnasında disosiye olup duygusuzluk hissettiklerini belirtir.

Tıkanırmasına yeme bozukluğunu diğerlerinden ayırmak için klinisyenler, öteki medikal ve psikiyatrik rahatsızlıkları ele almalıdır. Yeme hareketine ve iştaha tesirde bulunan nörolojik rahatsızlıklar Kline –Levin veya Prader-Willi gibi hiperfaji ile alakalı sendromlar, bulimia nervosa ve major depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklar elenmelidir. Tıkanırmasına yeme bozukluğu'nda bulimia nervosa'daki gibi yineleyici kompensatuvar hareketler yoktur. Çok ender olarak kompensatuvar hareketler gerçekleştirse de tıkanırmasına yeme bozukluğu hastalarında haftada aritmetik olarak iki kez olması gibi rutine bağlı değildir.

DSM-4 tıkanırmasına yeme bozukluğu olan kişilerde tıkanırmasına gıda alımının 6 aylık bir zaman süresince haftada aritmetik olarak en az 2 gün gerçekleşmesini koşul

olarak ileri sürmektedir. Fakat bu konuda yapılan araştırmaların neticeleri 6 aylık zaman ve haftada en az iki kez gerçekleşmesi lüzumluluğunu göstermemektedir. 2013'te yayımlanan DSM-5'te bu rahatsızlık için kriterler şu şekilde ifade edilmektedir;

1. Aşağıda yer alan tıknırcasına yeme epizodlarının görölmesi;

a-Kısa bir zaman diliminde pek çok kişinin tüketebileceğinden fazla oranda yiyecek tüketimi yapmak

b-Tıkınma sırasında denetimi kaybetmek

2. Tıkınırcasına gıda tüketimi sırasında epizodları esnasında aşağıda yer alan maddelerden en az 3'ünün kişide var olması;

a-Normal gıda alımı süresinden çabuk sürede yemek yemek

b-Vücut rahatsız hissedinceye değin gıda alımı yapılması

c-Yeme biçiminden ve oranından ötürü utanç duygusu hissetmek ve bunun bir sonucu olarak yalnız yemeyi tercih etmek

d-Açlık duygusu olmamasına karşın rahatsızlık hissedecek kadar besin tüketmek

e. Tıkınma epizodu akabinde mide bulantısı hissetmek, depresif ya da suçlu hissetmek

3. Tıkınırcasına yeme epizodlarına endekli bariz belirgin sıkıntı duygusu

4. Tıkınırcasına yeme epizodlarının en az haftada bir defa, en az 3 ay süresince var olması

5. Tıkınırcasına yeme epizodlarının sonrasında normal olmayan dengeleyici hareketlerin gösterilmesi ve bu epizodların herhangi bir anoraksiya nervoza ya da bulimia nervoza sırasında meydana gelmemesi (Keel, Brown, Holm-Denoma ve Bodell; 2011)..

Çocukluk döneminde obez olma, aile içinde çok fazla miktarda gıda alımının olması, beklentisi üst düzeyde olmasına rağmen temasa az geçen aile üyelerinin var

olması, kilo ve vücut şekli konusunda devamlı eleştirilmenin var olması tıknırcasına yeme bozukluğu için risk oluşturan etmenlerdendir (Striegel-Moore vd., 2005). Bulimia nervoza kadar tıknırcasına yeme kronikleşme, ölümlü sonuçlanma ve psikiyatrik benzer tanı seviyeleri göstermesinden ötürü uzun bir dönemi kapsayacak tedavi ihtiyacı bulunmaktadır (Fichter, Quadflieg, Hedlund, 2008). Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi'nin önemli olduğu tıknırcasına yeme bozukluğunda ilaç tedavileri içinse fluoksetin, topiramet ve sibutramin ile gerçekleştirilen araştırmalarda bu rahatsızlığın epizodlarında azaltıcı etkide buldukları ve kilo kaybını gerçekleştirdikleri elde edilmiştir (Grilo, Masheb, Wilson; 2005). Kombinasyon tedavilerindeyse; Bilişsel Davranışçı Terapi'ye fluoksetin ilave edilmesi ekstra bir katkıda bulunmazken (Grilo, Masheb, Wilson, 2005), zihinsel davranışçı grup psikoterapisine topiramet ilavesinin plasebo ilavesiyle karşılaştırıldığında daha fazla miktarda remisyon sağladığı bilgisi elde edilmiştir (Claudino vd., 2007).

Tıknırcasına yeme rahatsızlığı mevcut olan ve olmayan kalorileri aynı obeziteye sahip kişiler kıyaslandığında tıknırcasına yeme rahatsızlığına sahip olanların daha fazla kilo aldıkları, görevsel rahatsızlıklarının diğerlerinden fazla olduğu, hayat standartlarının daha zayıf kalitede olduğu, kişisel problemlerinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Pek çok obezite sahibi kişide tekrar edici tıknırcasına gıda alımı atakları mevcut değildir. Bulimia nervozanın aksine tıknırcasına yeme rahatsızlığı ilerledikten sonra bedensel sorunlardan kaynaklı olarak kişi diyet uygular. Farklılaştırıcı tanıda bulimia nervoza, obezite, bipolar ve depresif rahatsızlıklar, sınır kişilik rahatsızlığı ayrı yere konulmalıdır (APA, 2013).

2.2.1.4 Anoreksiya Nervozaya

1873'te William W. Gull anoreksiya nervozayı sinirsel iştahsızlık olarak ifade etmiştir. Tıp dünyası epey bir müddet bu tanım ile bu hastalığı ele aldı. Fakat günümüzde elde edilen bilgiler ışığında rahatsız bireylerin reel bir iştahsızlıklarının bulunmadığı ifade edilebilir. Büyük bir kısmı yemek kalorileri ve yemeklerle zihinlerini meşgul etmektedir. Pek çoğu iyi yemek yapmalarına rağmen kendileri tüketmezler, diğer bireylere yemeklerini tüketirler. Beyinleri devamlı olarak yemeklerle dolu olmasına ve uzun bir süre aç kalmalarından ötürü besin tüketme ihtiyaçları varken, alacakları kalori korkusuyla

kilolarını denetim altında tutmak amacıyla, iştahlarına ve onun getireceklerine ket vurmak için fazla bir efor harcarlar. Bundan ötürü besin tüketmeyi geri çevirmekte, aza indirgemede ya da farklı yollara başvurarak yediklerinin gitmesini sağlamaktadırlar (kusma, laksatif-diüretik alımı, normalden fazla egzersiz vb.). Alacakları kalorileri denetim altında tutmaya çabalamaktadırlar (Becker vd., 1999).

Anoreksiya nervozanın ana belirtileri olarak; bireyin mümkün olabilecek en az kiloyla yaşamaya devam etmeye bile itiraz etmemesi, kalori almaktan çekinmesi, vücudunun şekli ya da ebatları ile alakalı düşüncesinde net bir rahatsızlık olması, ilk reglini olan kadınların aybaşı olamaması (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

Bu bireylerin kilolarına ve vücutlarının şekillerine dair algıları çarpıktır. Bazıları çok fazla kilosu olduğu algısındadır. Kimileri de fiziki olarak ince olmasına rağmen karın, kalça ve uyruk bölgeleri gibi bölgelerinde aşırı kilonun olduğunu düşünürler. Vücut ağırlıklarını ve ebatlarını tespit edebilmek için devamlı tartılma, vücutlarının kısımlarını sürekli ölçme, kilolu olduğunu düşündükleri kısımlara devamlı aynada bakma gibi çok farklı davranışlar sergilerler. Bazıları aşırı zayıf olsalar dahi tıbbi tedaviyi reddeder.

Bu rahatsızlığın nedenlerine dair elde edilen veriler tartışmaya açıktır ve net bir sebebin mevcudiyeti ifade edilemez. Lakin; aile arasındaki iletişim, genetik unsur, psikodinamik ve toplumsal faktörler gibi türlü etmenlerin farklı seviyelerde etkisinin varlığında bahsedilmiştir (Becker vd., 1999). Anoreksiya nervozanın ilerlemesindeki tehlike etmenleri şu şekilde sıralanabilir (Kuruoğlu, 2008); çocukluk döneminde yaşanan cinsel taciz, immatür savunma düzenekleri, çocuklukta meydana gelen negatif yaşantılar, ebeveynlerin çocuktan beklentileri, çocukluk dönemindeki anksiyete rahatsızlıkları, obsesyonel nitelikler, çocukluk döneminde başlayan obsesif kompulsif rahatsızlıklar, kişilik bozuklukları.

Anoreksiya nervoza için tanı kriterleri DSM-4-TR (Hudson ve ark. 2007) 'ye göre yaş ve boy uzunluğu için normal olan en az ağırlıkta ya da bu ağırlığın fazlası bir kilonun olmasını kabullenememe en mühim ölçüttür. Bunun dışında; olması gerekenin altında bir kilonun olmasına rağmen birey kilo almaktan çekinir, şişman biri olmak birey için korkutucudur. Bireyin kilosunu algılayışında ya da vücut şeklini algılayış biçiminde sıkıntının olması, kendisini değerlendirirken kilosunun ya da vücut şeklinin fazla bir

anlamının olması ya da normalde düşük olan kilosunun görmezden gelme de bu hastalığın belirtilerindedir. Kadınlarda en az ard arda 3 regl dönemin olmaması bu rahatsızlığın kriterlerindedir.

Kısıtlı tip ve tıkanırçasına yeme/çıkartma tip olmak üzere iki tip anoreksiya nervoza mevcuttur. Kısıtlı tipteki birey; anoreksiya nervoza dönemi sırasında devamlı olarak tıkanırçasına gıda tüketme ya da yediklerini çıkartma (kendi isteğiyle kusma, laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların hatalı bir şekilde kullanımı) gibi hareketlerde bulunmaz. Tıkanırçasına yeme/çıkartma tipinde ise anoreksiya nervoza dönemi sırasında devamlı olarak tıkanırçasına yeme ya da çıkartma (yani kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların hatalı bir şekilde kullanımı) hareketleri sergiler.

DSM-5'e göre; enerji alımına engel olunarak yaş ve cinsiyete göre normalden çok az kiloda olmak, aşırı kilolu olma ya da şişman olma korkusundan kaynaklı, vücut şekli ve kalorinin algılanma şeklinde rahatsızlık, kilo yitimi maksadıyla türlü hareketler ve adet görmeme göze çarpar. Kısıtlayıcı türde, son üç ayda tıkanırçasına besin alımı ve çıkarma hareketleri mevcut değildir. Bu alt türde diyeteye başvurma, aç bırakma ve aşırı spordan sonra kilo yitimi vardır. Tıkanırçasına yeme çıkarma türünde son üç ayda tekrar edici tıkanırçasına yeme çıkarma hareketleri gözlemlenir. Rahatsız bireyler için erişkinlerde Dünya Sağlık Örgütü'nce kabullenilen normal beden kitle endeksi olan 28.5 kg/m²'nin altı seviyesidir (APA, 2013).

Anoreksiya nervoza beden kitle endeksine göre rahatsızlığın boyutunu aşamalandırır. Hafif olan beden kitle endeksi 17 kg/m²'den fazla ya da aynı; orta olan beden kitle endeksi 16-16.99 kg/m², ağır: BKİ 15-15.99 kg/m², İleri seviyede: beden kitle endeksi 15 kg/m² den azdır. Tam yahut kısmi iyileşmenin mevcut olup olmadığı değerlendirmeye alınır. Diğerlerinde farklılığına bakılan tanıda kliniksel haller (mide barsak rahatsızlıkları, hipertiroidi, malignite, AIDS), major depresif rahatsızlık, şizofreni, madde alımı rahatsızlıkları, sosyal kaygı rahatsızlıkları, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluğu, bulimia nervoza, kaçınan/kısıtlayıcı besin tüketimi rahatsızlıkları ayrı tutulmalıdır.

2.2.1.5 Bulimia Nervosa

Tıkınma olarak ifade edilen kontrolü mümkün olmayan çok fazla besin tüketme epizodu bulimia nervosa olarak tanımlanabilir. Russell (1979) tarafından ilk kez ifade edilmiş olup 1972-1978 seneleri içinde 30 rahatsız bireyin klinik niteliklerinden bahsedilmiştir. Hastaların tümünün çeyreği oranında anoreksiya nervosa geçmişi bulunmaktadır. En mühim nitelikleri; yemek yemeye karşı önlemez bir arzu, kilo kontrolü için aşırı çaba sarf etmek, tıpkı anoreksiya nervozada olduğu gibi şekil ve kilo ile ilgili devamlı bir uğraştır (Cooper ve ark, 2004, Shavv ve ark 2004). Çıkartma tipi de mevcut olup kişinin kendisini zorlaması sonucu kusma, kilo almanın da önüne laksatif, diüretik kullanarak geçilir (Fernandez-Aranda ve ark, 2001). Çıkartma olmayan tipindeyse kilo alınmaması için sürekli olarak aç kalma ve çok fazla egzersiz yapma hareketleri görülür. Bu rahatsızlıktaki hastalar genel olarak olağan kilodadır; gözle görülür bir kilo eksikliği mevcutsa kişinin tanısında anoreksiya nervosa ağırlıkta olmalıdır. Genel olarak bu rahatsızlığa sahip bireyler kadınlardır, düzenli adet döngülerine sahiptirler (Fitzgibbon ve ark, 2000).

Hastalarda besin tüketmeyi kontrol etme yitimi çok belirgindir. Bu rahatsızlığın epizodlarını bazen stres tetikleyebilir yahut yaptıkları diyetin kurallarından çıkılması kolaylaştırabildiği gibi kimi zaman da bilerek yapılır. Epizodlar esnasında çok fazla oranda besin alınır, yaklaşık 2000'in üzerinde kalori alınır. Bu aşırı tüketme kişinin yalnız gerçekleştirdiği bir eylemdir. İlk başta gerginlik hissinden kurtulmaya yöneliktir; sonrasında rahatlamanın yerini suçluluk ve kişinin kendinden iğrenmesi, nefret etmesi, pişmanlık gibi duygu durumları ortaya çıkar. Hasta ya kusmak için vücudunu zorlar ya da laksatif alma yoluna gider. Gün içerisinde pek çok kez epizodlar ve kusma görülmesi mümkündür. Manevi hallerin şekillendirdiği ilişkisel problemleri bulunan, ajitasyon ve dürtüsel hareketlerle kendisini gösteren duygu durumları mevcut olan, kendilerine karşı yüksek beklentiye sahip, kendisine karşı gaddar ve eleştirel bir tutumu olan, reddedilişlere karşı hassas, diğer bireylerin tasdiklemesine ihtiyaç hisseden bireylerdir.

Hastaların bir kısmı sınırdaki kişilik bozukluğu ile aynı biçimde sınır koyma ile alakalı olarak şişlik gibi sorunlara sahip olabilir. Anoreksiye nervozaya kıyasla bulimia nervozası olan bireylerin aile içi yaşantılarında çatışma ve eleştirmenin fazla olduğu

görülmektedir (Bone ve ark. 2003). Ergen bulimia nervozalarda gelişimsel bakımdan ele alındığında kişiselleştirme, ayrılık, tamamlanmamış cinsellik anoreksiya nervoza ile eş niteliklerdendir (Wonderlich, 2001). Depresyon izleri anoreksiya nervozaya kıyasla daha fazladır ve genellikle yeme bozukluğu sonrası ortaya çıkar. Hastaların büyük bir kısmında majör depresyon tespit edilir (Maranon ve ark, 2004). Toplumsal faaliyetlerde aksaklıklar meydana gelebilir. Depresif izler besin tüketmedeki rahatsızlık iyileştikçe yok olur (Maner, 2001).

Gidişatı ve prognozla alakalı uzun bir dönemi kapsayan çalışma fazla değildir. Kronikleşen ya da inişli çıkışlı bir yapı gösterebilir. Anoreksiya nervozanın aksine erken başlama geç başlamaya göre bulimiya nervozada kötü prognozu belirtir. Geç başlayanlara kıyasla erken başlangıçlı durumlarda kilo alma ve ailenin ihmalkar davranması durumu 2 kat daha fazla orandadır. Bu süreçte kişi kendisine önemli bir oranda zarar verici hareketler gerçekleştirebilir ve iyileşmeye negatif yönde tesirde bulunur (Granga ve ark, 2003). Tedaviye yönelip talebi olmayanlarda hastalığın nasıl sürdüğü ve prognoz tespit edilememiştir. Klinik izlerin derecesi ise kronikleşmesi durumunu ifade etmektedir. Tedavinin neticesinde rahatsız bireylerin sadece yarısına yakın oranında bir kısmının iyileştiği görülmektedir. Ölüm derecesi %0-3 seviyelerinde olup anoreksiya nervozadaki kadar fazla değildir (Birmingham, 2004, Mivva 2004).

DSM-5'e göre üç ayı içeren zaman ile aritmetik olarak haftada en az bir defa tekrarlayan tıknırcasına gıda alma atakları, kalori almaya engel olmak için devam eden uygun olmaya dengeleyici hareketler (kusma, gıda almama, fazla spor vs), kişinin kendisini değerlendirmesinin vücudun şekli ve kilodan etkilenmesi ile ortaya çıkar. ÜÇ ay zaman ile ortalama haftada 1 kereden az olmayan tekrar eden tıknırcasına gıda alım atakları biçimindeki DSM-5'teki bu yoğunluk DSM-4'te haftada en az 2 kez olarak ifade edilir. Kalori yitirmeye dayalı bazı hareketler haftada aritmetik olarak 1-3 defa ise hafif, 4-7 defa ise orta, 8-13 defa ise ağır, 14'ten çok ise ileri seviye olarak belirtilir (APA; 2013).

Tam ya da kısmi iyileşmenin mevcut olup olmaması değerlendirilir. Çıkarma hareketi sonrasında sıvı ve elektrolit rahatsızlıklar kimi zaman önemli problemleri meydana çıkarabilir. Yemek borusu ve midede yırtık, kalp ritim bozukluğu az, ama ölüme

kadar varabilen durumlardır. Farklılaştıran tanıda tıknırcasına yeme/çıkarmaya yatkın anoreksiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, Kleine- Levin sendromu, atipik özellikli majör depresif bozukluk, sınır kişilik bozukluğuna dikkat edilmelidir.

2.2.1.6.Çıkarma Bozukluğu

Bir aydan fazla bir süre sürekli tüketilen gıdaların geri çıkarıldığı durumlardaki rahatsızlıktır. Geri çıkarılan gıdalar çıkarılmalarından sonra yeniden çiğnenebilinmekte yeniden tüketilebilmekte ya da yeniden çıkarılabilmektedir. Sürekli geri çıkarma; mide bağırsak sorunlarına ya da farklı bir sağlık rahatsızlığına (gastrit vs) endekslenemez. Bu yeme sorunu, sadece anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı gıda tüketimi rahatsızlığından ötürü meydana gelmemektedir. Bu belirtiler farklı bir psikolojik soruna bağlı olarak meydana geliyorsa klinik olarak ele alınmasını gerektirecek durumda ciddiye taşır (APA 2013).

2.2.1.7.Gece Yemek Yeme Bozukluğu

1995 senesinde Stunkard, Grace ve Wolff tarafından ifade edilmiş olan gece yeme sendromu halen daha resmiyette bir yeme bozukluğu olarak benimsenmemiştir. Kilolu kişilerin %10'unda bu sendromun olduğu düşünülmektedir. Kişi sabah kahvaltısını alınmasa dahi kişide sabah anoreksisi mevcuttur. Gece yemek yeme sendromunda; kişinin uykudan uyanılmasının sonrasında ilk öğünü birkaç saat erteleyerek alma, gece yenilen besinlerden ötürü mide rahatsızlığının oluşması, akşam hiperfajisi, gün içinde alınan kalorilerin yarısından fazlasının akşam yemeğinin sonrasında yenilen besinlerden kaynaklı olması, akşamları kişinin aldığı kaloringin gündüz alınan kalorigin çok olması, tüketilen gıdaların içeriğinin şeker, nişasta gibi karbonhidratlardan meydana gelmesi, bir hafta içinde 3 defadan fazla en az bir kez uykudan uyanma ve uyku sorunları, geceleri sürekli uyanılmasından sonra kalorigin fazla olan gıdaların tüketilmesi, bu mevcut halin en az 3 ay devam etmesi, alınan gıdalardan sonra kişinin suçluluk hissetmesi, sinirli olma, gergin hissetme, karamsarlık gibi hislere sahip olma, öteki yeme rahatsızlıklarının ölçütleriyle eşleşmeme gibi nitelikler mevcuttur (Dube ve ark., 2009).

Bireyin uykudan uyanarak besin tüketmesi ya da akşam yemeğinin akabinde fazla miktarda besin tüketimi ile meydana çıkan tekrar edici gece besin tüketme dönemleri

olarak ifade edilebilir. Besinin tüketildiğinin farkında olan birey yemek tükettiğini de hatırlar. Bireyin uyku hali uyanık olduğu zaman içindeki devir daiminde meydana gelen farklılıklar ya da yerel sosyal değerler gibi dışarıdan gelen tesirlerle daha iyi ifade edilemez. Birey bir gün içinde tükettiği besinin en az %25'ini akşam alınan yemeğinin sonrasında tüketir ve haftada en az 2 kez gece besin tüketimi yapılır. Bariz bir sorun ve görevsellikte bariz bir rahatsızlık olduğu görülmektedir.

Gece yemek tüketme sorununun birden çok ifade edilişi şeklinin mevcut olmasının sebebi, gece besin alımının reel yaygınlığının tespit edilmesi zorluğudur. İlk olarak obezite literatüründe ifade edilse de gece yemek sendromu sadece bu toplulukla ifade edilemez. Genel yetişkin nüfusundaki gece yemek sendromu yaygınlığının %1.5 seviyelerinde olduğu ifade edilmiştir. Obez olarak nitelendirilemeyecek kişilerde de bu rahatsızlığın görülmesine rağmen obez bireylerde zayıflamak için tedavi görmek adına başvuruda bulunanlarda daha sıkça karşılaşılan bir sendromdur. yaygınlık seviyeleri de %6 ile %14 seviyeleri içindedir (Küey, 2008). Bu sendromun tedavi edilmesi için uygulanan tedavi yöntemleri kesin olarak literatürde ifade edilmemiştir. Yapılan araştırmalar, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi tercihlerinin gece yeme sendromu için kullanıldığını ortaya koymaktadır. Bu seçenekler; serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), topiramet, bilişsel davranışçı terapi, relaksasyon eğitimi ve ışık terapisi (Caparrotta ve Ghaffari, 2006).

2.2.1.8 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik bakımından net bir soruna yahut sosyal olarak ya da çalışma ile alakalı durumlarda işlevsellikte düşüşe sebep olan, gıda tüketimi sorunu emareleri olan fakat tanı kriterleri net olarak karşılanmadığından ötürü ihtiyaç duyulan sınıflamadır. Klinisyenlerde beslenme ve beslenme sorunlarından birinin tanı kriterleri yetersiz kaldığında, belirlenmekten kaçınıldığında ve daha kapsamlı bir tanı konulması için eldeki bilgilerin yetersiz kaldığı hallerde bu bozukluk ifade edilmektedir (APA, 2013).

DSM 4'e göre bu rahatsızlıklara şu örnekler verilebilir;

1-Rutin menstruasyonların mevcut olmasına rağmen anoreksiya nervozanın tüm kriterlerine sahiptir.

2-Bariz bir kilo yitimi olmasına rağmen bireyin o dönemdeki kilolarının normal seviyede olmasından farklı olarak anoreksiya nervozanın tüm kriterlerini karşılar.

3-Tıkınırcasına gıda alımın ve uygun olmayan dengeleyici hareketlerin haftada iki kezden daha az yoğunlukta y

a da üç aydan daha az vadeli zamana meydana çıkmasından farklı olarak bulimia nervozanın tüm tanı kriterlerine benzerlik göstermektedir.

4-Normal vücut kilosuna dikkat eden bir bireyin az oranda gıda almasından sonra rutin olarak uygun olmayan dengeleyici hareketlerde bulunması (iki dilim ekmek yedikten sonra kendisini kusturması vb.)

5-Tıkınırcasına yeme rahatsızlığı; rutin olarak bulimia nervozaya has uygun olmayan dengeleyici hareketlerde bulunmadan tekrar eden tıkınırcasına gıda alma epizodlarının mevcut olması.

Bu tanı sınıfı birbirinden çok ayrı klinik emarelere sahip olmasından kaynaklı kimi zaman bazı eleştirilerin ana noktası olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse anoreksiya nervoza ile alakalı araştırmaların neticeleri amenorenin sendromunun ana belirtisi değildir; kan basıncı, vücut sıcaklığı ya da kemiklerde bulunan minerallerin yoğunluğu gibi uzun vadede açlıktan kaynaklı olduğu neticesine varılmasını sağlamaktadır. Bir de bu ölçüt erkek bireylerde, östrojen preparatı kullanan kadınlarda ve menarştan önce postmenopzal kadınlarda da karşılık bulmamaktadır (Attia ve Roberto, 2009).

Bariz bir kalori yitiminin olmasına rağmen kişinin vücut ağırlığının normal seviyede olmasından farklı olarak anoreksiya nervoza tanı kriterlerine uygun olanlar, tıkınırcasına gıda tüketiminin ve uygun olmayan dengeleyici davranışların haftada bir defadan daha az yoğunlukta yahut üç aydan daha az vadede meydana çıkmasından ayrı olarak bulimia nervoza tanı kriterlerine denk gelenler, tek tip anoreksiya nervoza (normal vücut kilosunu muhafaza eden ve az oranda yemek tükettikten sonra rutin dengeleyici hareketlere sahip olanlar) üç aydan daha az bir zamanda ve haftada bir kereden daha az

olmayacak şekilde tıknırcasına gıda alma, yediklerini çıkarma, gece yeme rahatsızlığı, çok fazla oranda büyüklükte yiyecekleri çiğneyip çıkaranlar bu sınıflandırmaya girerler.



BÖLÜM 3

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada üniversitede farklı bölümlerde okuyan çalışmaya gönüllü öğrenciler ile yapılan testlerle ana baba tutumu, psikopatoloji ve yeme alışkanlıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırılacak konu ile ilgili ölçekler kullanılıp, gönüllülük esasına dayalı çalışmalar yapılmıştır.

3.2. Örneklem:

İstanbul'da bulunan özel bir üniversitede 50 kadın 50 erkek olmak üzere 18-25 yaş içerisinde 100 öğrenci ile çalışma yapılmıştır. Hem sözel olarak hem bilgilendirilmiş onam formu içeriğinde çalışmanın amacı belirtilmiş, ödül ve menfaat olmaksızın gönüllük esasıyla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, Demografik Form, Ana-Baba Tutum Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve SCL-90 kullanılarak yapılmıştır.

3.3.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu belgeyle katılımcıya amaç ve içerik hakkında bilgi verilmiş, gizliliği detaylandırılmış ve onayları alındıktan sonra diğer ölçekler verilmiştir.

3.3.2. Demografik Veri Formu

Bu çalışma için araştırmacılar tarafından özel olarak hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı, medeni hali, ebeveyn eğitim durumu, kardeş sayıları ve sırası, maddi gelir düzeyi, alkol ve madde kullanımı, akademik başarı düzeyi sorulmuştur.

3.3.3 Anne-Baba Tutum Ölçeği

Polat (1986) tarafından hazırlanan ölçek, anne-babaların otoriter ve demokratik tutumlarını ölçmektedir. Ölçek Polat tarafından 72 kişilik bir öğrenci grubuna 15 gün ara ile uygulanmış, Pearson Momentler Çarpımı tekniği ile hesaplanan değişmezlik katsayıları anneler için (.83), babalar için (.88) olarak saptanmıştır.

Ölçek, öğrencilerin anne ve babalarının kendilerine yönelik tutumlarını değerlendirmek üzere 12 maddelik demokratik 14 maddelik otoriter boyut olmak üzere toplam 26 maddeden oluşmaktadır.

3.3.4 Yeme Tutumu Testi

Katılımcıların yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla uygulandı. Yeme Tutum Testi (YTT), Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında anoreksiya nevroza belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi-kendine bildirim ölçeğidir. Ülkemizde, YTT'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır (Batur, 2004; Savaşır ve Erol, 1989). Savaşır ve Erol'un (1989) çalışmasında, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r = .65$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.70$ olarak belirlenmiştir. Batur'un (2004) çalışmasında da, ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları kız öğrencilerde $.47$ ile $.90$ arasında, erkek öğrencilerde ise $.34$ ile $.80$ arasında bulunmuştur. YTT'nin geçerliğine ilişkin yapılan analizlerde ise YTT toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında pozitif ve anlamlı korelasyon ($r = .42$, $p < .01$) olarak belirlenmiştir (Batur, 2004).

3.3.5 Semptom Tarama Anketi 90 Maddelik Gözden Geçirilmiş Hali (SCL-90R)

Katılımcıların psikopatolojik düzeylerini saptamak amacıyla "SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Listesi" uygulandı. Derogatis (1977) tarafından geliştirilen ölçek ilk aşamada SCL-90 Johns Hopkins Üniversitesi psikometrik araştırma ünitesinde; Hopkins Symptom Checklist (HSCL) envanteri revize edilerek düzenlenmiştir. Bireyin psikopatolojik belirtilerinin ne olduğunu ve düzeyini gösteren bir ölçme aracıdır. Toplam

beş alt ölçeği mevcuttur. Bunlar; somatizasyon, obsesif kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı ve bunlara ek olarak öfke-düşmanlık, fobik reaksiyon, paranoid düşünce, psikotizm ek skalasıdır. 0 hiç ve 4 ileri derece olmak üzere beş cevap seçeneği mevcuttur. Dokuz alt ve bir ek skaladan oluşan on semptom gruplu bir kendini ifade etme envanteridir.

Doksan maddeden yedisi ek skalaya ait olup, ana gruplar dışında onuncu semptom grubu suçluluk duyguları, yemek yeme ve uyku bozukluğu gibi belirtilerden oluşmaktadır. Belirti tarama envanteri Türkçe'ye Gökler (1978) tarafından adapte edilmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Teknikleri

Elde edilen veriler kodlanıp SPSS 18 paket programına aktarılıp analiz edildi. Analizlere başlamadan önce, verilerin çok değişkenli istatistik kullanımının temel beklentileri olan normallik, doğrusallık ve verilerin varyanslarının homojenliği test edildi. Verilerde aşırı puana sahip ve boş bırakılmış değerler değerlendirildi. Sonuçlara göre, tek değişkenli aşırı değerler z dağılımına ($|z| \geq 3.30$) ve çok değişkenli aşırı değerler Mahalanobis uzaklığına ($p > .001$) göre incelendi ve veri setinde aşırı puana sahip katılımcı bulunamadı. Analizler sırasıyla; katılımcıların demografik bilgilerinin raporlanması, katılımcıların yeme tutumları, anne baba tutumları ve ruhsal belirtilerinin incelenmesi, bu değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve bu değişkenlerin katılımcıların demografik verilerine göre nasıl değiştiği incelenmesi şeklinde olacaktır. Katılımcıların yeme tutumları, anne baba tutumları ve ruhsal belirtileri Bağımsız t-test analizi ile; bu değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon yöntemi ile değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem dışlama kriterleri ise herhangi bir psikiyatrik ve nörolojik tanının olması, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanması ve mental retardasyon olması olarak belirlendi.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Araştırmaya katılan katılımcıların ($n = 100$) yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, alkol ve madde kullanımı, anne çalışma durumu ve anne-baba eğitim düzeyleri incelenmiştir. Katılımcıların yaşları ($M = 21.16$, $SS. = 1.61$) 18-25 aralığında iken, yaş ortalamaları 21.16'dır. 50 kadın 50 erkek katılımcı bulunmaktadır. Bulgular, Tablo 1 üzerinden incelenebilir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| | | Kadın | % | Erkek | % | Toplam % |
|--------------------|---------------|-------|----|-------|-----|----------|
| Medeni Durum | Evli | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| | Bekar | 49 | 98 | 50 | 100 | 99 |
| Gelir Düzeyi | Düşük | 1 | 2 | 3 | 6 | 4 |
| | Orta | 35 | 70 | 37 | 74 | 72 |
| | Yüksek | 14 | 28 | 10 | 20 | 24 |
| Anne Çalışıyor | Evet | 21 | 42 | 18 | 36 | 39 |
| | Hayır | 29 | 58 | 32 | | 61 |
| Anne Eğitim Düzeyi | Okur-yazar | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| | İlkokul | 4 | 8 | 7 | 14 | 11 |
| | Ortaokul | 1 | 2 | 5 | 10 | 6 |
| | Lise | 16 | 32 | 14 | 28 | 30 |
| | Üniversite | 23 | 46 | 20 | 40 | 43 |
| | Yüksek Lisans | 6 | 12 | 3 | 6 | 9 |
| Baba Eğitim Düzeyi | Okur-yazar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | İlkokul | 6 | 12 | 7 | 14 | 13 |
| | Ortaokul | 5 | 10 | 4 | 8 | 9 |
| | Lise | 9 | 18 | 20 | 40 | 29 |
| | Üniversite | 22 | 44 | 16 | 32 | 38 |
| | Yüksek Lisans | 7 | 14 | 3 | 6 | 10 |

4.1.2 Katılımcıların Demografik Bilgilerine Dair Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların %99'u bekar, %4'ü gelir düzeyini düşük olarak belirtirken, %72'si orta ve %24'ü yüksek olarak belirtmiştir.

Katılımcıların madde ve alkol kullanımları incelenmiştir. Sonuçlara göre katılımcıların %77'si alkol kullandığını belirtirken, %23'ü kullanmadığını belirtti. Katılımcılardan %14'ü madde kullanımını evet olarak %86'sı hayır olarak bildirdi.

Anne eğitim durumları incelendiğinde annelerin %1'i okur-yazar, %11'i ilköğretim, %6'sı ortaokul, %30'u lise, %43'ü üniversite ve %9'u yüksek lisans mezunudur. Babalarda ise ilköğretim oranı %13, ortaokul %9, lise %29, üniversite %38 ve yüksek lisans %10 olarak belirlendi.

Katılımcıların %39'u annesinin çalıştığını, %61'i annesini ev hanımı olarak belirtti.

4.1.3. Yeme Tutum Testi 'ne Dair Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların yeme tutumları Yeme Tutum Testi ile ölçüldü. Şişmanlık Kaygısı, Diyet, Sosyal Bası ve Zayıflık ile Uğraş alt faktörler ve ölçek toplam puanı incelendi (Tablo 2). Diyet alt ölçeğinden alınan puanlar en yüksek olurken, Zayıf ile Uğraş alt ölçeğinden alınan puanlar en düşük olarak saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların Yeme Tutum Testi Sonuçları

| | Ortalama | Standart Sapma |
|--------------------|----------|----------------|
| Şişmanlık Kaygısı | 9.29 | 4.76 |
| Diyet | 15.79 | 7.44 |
| Sosyal Baskı | 8.44 | 3.64 |
| Zayıflık ile Uğraş | 6.45 | 3.00 |
| Ölçek Toplam Puanı | 107.51 | 18.82 |

4.1.4. Anne Baba Tutum Ölçeği 'ne Dair Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların anne ve babalarının tutumları Anne Baba Tutum Ölçeği ile ölçüldü. Demokratik, Otoriter ve Koruyucu-İstekçi Anne Baba Tutumu alt faktörleri ve ölçek toplam puanı incelendi (Tablo 3). Katılımcılar en yüksek puanları sırasıyla Demokratik, Otoriter ve Koruyucu-İstekçi alt faktörlerden aldı.

Tablo 3. Katılımcıların Anne Baba Tutum Dağılımı

| | Ortalama | Standart Sapma |
|--------------------|----------|----------------|
| Demokratik | 61.29 | 11.98 |
| Otoriter | 35.18 | 11.78 |
| Koruyucu-İstekçi | 20.10 | 8.78 |
| Ölçek Toplam Puanı | 116.77 | 16.15 |

4.1.5. Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi 'ne Dair Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların ruhsal belirtileri ve düzeyleri Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi ile ölçüldü. Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce, Psikotizm ve Ek Maddeler alt faktörleri ve ölçek toplam puanı incelenmiştir (Tablo 4). Sonuçlara göre en yüksek ortalama değerler sırasıyla Depresyon ve Obsesif-Kompulsif alt ölçeğinden alınmıştır. En düşük ortalama değerler ise Öfke-Düşmanlık ve Paranoid Düşünce alt ölçeğinde görülmüştür.

Tablo 4. Katılımcıların Ruhsal Belirtiler Dağılımı

| | Ortalama | Standart Sapma |
|--------------------------|----------|----------------|
| Somatizasyon | 12.54 | 9.40 |
| Obsesif-Kompulsif | 15.74 | 7.83 |
| Kişiler arası Duyarlılık | 10.24 | 6.46 |
| Depresyon | 16.74 | 9.70 |
| Kaygı | 10.38 | 8.63 |
| Öfke-Düşmanlık | 7.39 | 5.92 |
| Fobik Anksiyete | 5.29 | 5.50 |
| Paranoid Düşünce | 7.81 | 5.00 |
| Psikotizm | 8.54 | 7.46 |
| Alt Maddeler | 8.53 | 6.01 |
| Ölçek Toplam Puanı | 116.77 | 16.15 |

4.2.1. Araştırma değişkenlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Bağımsız t-test analizi ile, Katılımcıların Yeme Tutum Testi, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Ruhsal Belirtiler Listesindeki alt faktörlerin cinsiyete göre değişimi incelendi. Sonuçlara göre, cinsiyete göre farklılık gösteren tek değişken Paranoid Düşünce alt faktörü oldu ($t = -.86, p < .05$) Kadınların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M = 7.38, SS = 4.54$) erkeklerin aldıkları puanların ortalamasına göre ($M = 8.24, SS = 5.43$) daha düşük olarak saptandı.

4.2.2. Araştırma değişkenlerinin alkol kullanımına göre karşılaştırılması

Bağımsız t-test analizi ile, Katılımcıların Yeme Tutum Testi, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Ruhsal Belirtiler Listesindeki alt faktörlerin alkol kullanımına göre değişimi incelendi. Sonuçlara göre, alkol kullanımına göre farklılık gösteren tek değişken Demokratik Anne Baba tutumu alt faktörü oldu ($t = 1.05, p < .05$) Alkol kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M = 61.99, SS = 10.85$) alkol

kullanmayan katılımcıların puanlarının ortalamasına göre (M= 59.00, SS= 15.20) daha yüksek olarak saptandı.

4.2.3. Araştırma değişkenlerinin madde kullanımına göre karşılaştırılması

Bağımsız t-test analizi ile, Katılımcıların Yeme Tutum Testi, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Ruhsal Belirtiler Listesindeki alt faktörlerin madde kullanımına göre değişimi incelendi. Sonuçlara göre, Psikotik Düşünceler alt faktörü madde kullanımına göre farklılık göstermektedir. ($t = 1.14, p < .05$) Madde kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması (M= 10.64, SS= 9.66) madde kullanmayanların puanlarının ortalamasına göre (M= 8.19, SS= 7.04) daha yüksek olarak saptandı. Ek Madde alt faktöründen alınan puanlar da madde kullanıma göre değişmektedir ($t = 1.04, p < .05$) ve madde kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması (M= 10.07, SS= 7.64) madde kullanmayanların puanlarının ortalamasına göre (M= 8.28, SS= 5.72) daha yüksek olarak saptandı.

4.2.4. Araştırma değişkenlerinin anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması

Bağımsız t-test analizi ile, Katılımcıların Yeme Tutum Testi, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Ruhsal Belirtiler Listesindeki alt faktörlerin anne çalışma durumuna göre değişimi incelendi. Sonuçlara göre, anlamlı fark bulunamadı.

4.2.5. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Yeme Tutumu Testi, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Ruhsal Belirtiler Listesi puanlar ve alt boyut düzeyleri arasındaki korelasyon Pearson korelasyon yöntemi ile incelendi. Demokratik Anne Baba Tutumu, Zayıflık ile Uğraş ile negatif yönde korelasyon varken Otoriter ve Koruyucu-İstekçi Anne Baba Tutumu Zayıflık ile Uğraş ile pozitif yönde korelasyon bulundu. (Tablo 5). Şişmanlık Kaygısı, Zayıflık ile Uğraş ve Sosyal Baskı alt faktörleri Ruhsal Belirtiler Listesi'ndeki bazı alt maddeler ile anlamlı ilişki içinde iken, Diyet alt faktörü hiçbir alt madde ile ilişki içinde bulunamadı (Tablo 6). Katılımcıların Anne Baba Tutumları ve Ruhsal Belirtiler Listesi'ndeki alt faktörler incelendiğinde, Demokratik tutumun bu ruhsal belirtiler ile negatif yönde korelasyon olduğu görülürken, Otoriter ve Koruyucu-İstekçi tutumun bu belirtiler ile pozitif yönde korelasyon olduğu saptandı (Tablo 7).

4.2.6. Tablolar

Tablo 5. Yeme Tutum Testi ve Anne Baba Tutum Ölçeği Korelasyon

| | Şişmanlık Kaygısı | Diyet | Sosyal Baskı | Zayıflık ile Uğraş | Yeme Tutumu | Demokratik | Otoriter | Koruyucu-istekçi | Anne Baba Tutumu |
|--------------------|-------------------|--------|--------------|--------------------|-------------|------------|----------|------------------|------------------|
| Şişmanlık Kaygısı | 1,00 | | | | | | | | |
| Diyet | 0,58** | 1,00 | | | | | | | |
| Sosyal Baskı | -0,02 | -0,03 | 1,00 | | | | | | |
| Zayıflık ile Uğraş | 0,59** | 0,66** | 0,17 | 1,00 | | | | | |
| Yeme Tutumu | 0,74** | 0,73** | 0,30* | 0,87** | 1,00 | | | | |
| Demokratik | -0,18 | -0,04 | -0,11 | -0,20* | -0,13 | 1,00 | | | |
| Otoriter | 0,14 | 0,02 | -0,03 | 0,20* | 0,13 | -0,47** | 1,00 | | |
| Koruyucu-istekçi | 0,18 | 0,04 | 0,06 | 0,26** | 0,11 | -0,65** | 0,81** | 1,00 | |
| Anne Baba Tutumu | 0,08 | 0,03 | -0,09 | 0,15 | 0,06 | 0,05 | 0,83** | 0,65** | 1,00 |

*<0,05; **<0,01

Tablo 5’de gösterilen yeme tutumu ve ana baba tutumu arasındaki ilişki sonuçlarına göre; Demokratik tutum ve zayıflık ile uğraş alt boyutları arasında negatif korelasyon mevcuttur. Otoriter tutum ve zayıflık ile uğraş alt boyutları arasında pozitif korelasyon mevcuttur. Zayıflık ile uğraş ve şişmanlık kaygısı arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Tablo 6. Yeme Tutum Testi ile Ruhsal Belirtiler Listesi Arasındaki Korelasyon

| | Şişmanlık Kaygısı | Diyet | Sosyal Baskı | Zayıflık ile Uğraş | Yeme Tutumu | Somatizasyon | Obsesif Kompulsif | Kişiler Arası Duyarlılık | Depresyon | Kaygı | Öfke Düşmanlık | Fobik Anksiyete | Paranoid Düşünce | Psikotizm | Alt Maddeler | Ruhsal Belirti |
|--------------------------|-------------------|--------|--------------|--------------------|-------------|--------------|-------------------|--------------------------|-----------|--------|----------------|-----------------|------------------|-----------|--------------|----------------|
| Şişmanlık Kaygısı | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diyet | 0,58** | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | |
| Sosyal Baskı | -0,02 | -0,03 | 1,00 | | | | | | | | | | | | | |
| Zayıflık ile Uğraş | 0,59** | 0,66** | 0,17 | 1,00 | | | | | | | | | | | | |
| Yeme Tutumu | 0,74** | 0,73** | 0,30* | 0,87** | 1,00 | | | | | | | | | | | |
| Somatizasyon | 0,24* | 0,15 | 0,27** | 0,36** | 0,20 | 1,00 | | | | | | | | | | |
| Obsesif Kompulsif | 0,26** | 0,12 | 0,34** | 0,38** | 0,39* | 0,72** | 1,00 | | | | | | | | | |
| Kişiler Arası Duyarlılık | 0,36** | 0,12 | 0,14 | 0,35** | 0,36* | 0,70** | 0,74** | 1,00 | | | | | | | | |
| Depresyon | 0,32** | 0,12 | 0,21* | 0,37** | 0,40** | 0,72** | 0,79** | 0,80** | 1,00 | | | | | | | |
| Kaygı | 0,18 | 0,09 | 0,21* | 0,33** | 0,20 | 0,84** | 0,68** | 0,74** | 0,71** | 1,00 | | | | | | |
| Öfke Düşmanlık | 0,13 | 0,04 | 0,30** | 0,32** | 0,21 | 0,70** | 0,76** | 0,65** | 0,74** | 0,74** | 1,00 | | | | | |
| Fobik Anksiyete | 0,03 | -0,07 | 0,25* | 0,17 | -0,06 | 0,78** | 0,71** | 0,65** | 0,61** | 0,77** | 0,72** | 1,00 | | | | |
| Paranoid Düşünce | 0,15 | 0,03 | 0,33** | 0,30** | 0,30 | 0,66** | 0,76** | 0,78** | 0,73** | 0,74** | 0,73** | 0,70** | 1,00 | | | |
| Psikotizm | 0,05 | -0,05 | 0,22* | 0,22* | 0,16 | 0,74** | 0,71** | 0,65** | 0,69** | 0,77** | 0,70** | 0,75** | 0,67** | 1,00 | | |
| Alt Maddeler | 0,29** | 0,18 | 0,29** | 0,42** | 0,33* | 0,77** | 0,76** | 0,70** | 0,76** | 0,75** | 0,66** | 0,67** | 0,70** | 0,65** | 1,00 | |
| Ruhsal Belirti | 0,25* | 0,11 | 0,26* | 0,37** | 0,34* | 0,89** | 0,88** | 0,86** | 0,89** | 0,90** | 0,86** | 0,85** | 0,84** | 0,85** | 0,86** | 1,00 |

*<0,05; **<0,01

Tablo 6’da gösterilen yeme tutumları ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişki sonuçlarına göre;

Şişmanlık Kaygısı ve somatizasyon arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Şişmanlık Kaygısı ve obsesif kompulsif alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Şişmanlık Kaygısı ve depresyon alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Şişmanlık Kaygısı ve alt belirtiler alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Şişmanlık Kaygısı ve ruhsal belirti alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve somatizasyon alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve obsesif-kompulsif alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve depresyon alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve kaygı alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve öfke-Düşmanlık alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve paranoid düşünce alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve psikotizm alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve alt maddeler alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Sosyal baskı ve ruhsal belirti alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Tablo 7. Anne Baba Tutum Ölçeği ile Ruhsal Belirtiler Listesi Arasındaki Korelasyon

| | Somatizasyon | Obsesif Kompulsif | Kişiler Arası Duyarlılık | Depresyon | Kaygı | Öfke Düşmanlık | Fobik Anksiyete | Paranoid Düşünce | Psikotizm | Alt Maddeler | Ruhsal Belirti | Demokratik | Otoriter | Koruyucu-istekçi | Anne Baba Tutumu |
|--------------------------|--------------|-------------------|--------------------------|-----------|--------|----------------|-----------------|------------------|-----------|--------------|----------------|------------|----------|------------------|------------------|
| Somatizasyon | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | |
| Obsesif Kompulsif | 0,72** | 1,00 | | | | | | | | | | | | | |
| Kişiler Arası Duyarlılık | 0,70** | 0,74** | 1,00 | | | | | | | | | | | | |
| Depresyon | 0,72** | 0,79** | 0,80** | 1,00 | | | | | | | | | | | |
| Kaygı | 0,84** | 0,68** | 0,74** | 0,71** | 1,00 | | | | | | | | | | |
| Öfke Düşmanlık | 0,70** | 0,76** | 0,65** | 0,74** | 0,74** | 1,00 | | | | | | | | | |
| Fobik Anksiyete | 0,78** | 0,71** | 0,65** | 0,61** | 0,77** | 0,72** | 1,00 | | | | | | | | |
| Paranoid Düşünce | 0,66** | 0,76** | 0,78** | 0,73** | 0,74** | 0,73** | 0,70** | 1,00 | | | | | | | |
| Psikotizm | 0,74** | 0,71** | 0,65** | 0,69** | 0,77** | 0,70** | 0,75** | 0,67** | 1,00 | | | | | | |
| Alt Maddeler | 0,77** | 0,76** | 0,70** | 0,76** | 0,75** | 0,66** | 0,67** | 0,70** | 0,65** | 1,00 | | | | | |
| Ruhsal Belirti | 0,89** | 0,88** | 0,86** | 0,89** | 0,90** | 0,86** | 0,85** | 0,84** | 0,85** | 0,86** | 1,00 | | | | |
| Demokratik | -0,21* | -0,35** | -0,28** | -0,26** | -0,12 | -0,39** | -0,28** | -0,31** | -0,24* | -0,29** | -0,32** | 1,00 | | | |
| Otoriter | 0,31** | 0,39** | 0,41** | 0,29** | 0,33** | 0,40** | 0,36** | 0,45** | 0,34** | 0,24* | 0,41** | -0,47** | 1,00 | | |
| Koruyucu-istekçi | 0,36** | 0,46** | 0,46** | 0,41** | 0,36** | 0,49** | 0,49** | 0,46** | 0,40** | 0,38** | 0,49** | -0,65** | 0,81** | 1,00 | |
| Anne Baba Tutumu | 0,27** | 0,28** | 0,34** | 0,23* | 0,34** | 0,27** | 0,32** | 0,34** | 0,29** | 0,16 | 0,33** | 0,05 | 0,83** | 0,65** | 1,00 |

*<0,05; **<0,01

Tablo 7’de gösterilen ana baba tutumu ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişki sonuçlarına göre;

Demokratik tutum ve somatizasyon alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve obsesif-kompulsif alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve kişiler arası duyarlılık alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve depresyon alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve öfke-düşmanlık alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve fobik-anksiyete alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve paranoid alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve alt maddeler alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Demokratik tutum ve ruhsal belirti alt boyutu arasında negatif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve somatizasyon alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve obsesif-kompulsif alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve kişiler arası duyarlılık alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve depresyon alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve öfke-düşmanlık alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve fobik anksiyete alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve paranoid düşünce alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve psikotizm alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve alt maddeler alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Otoriter tutum ve ruhsal belirti alt boyutu arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Koruyucu istekçi tutum ve tüm SCL-90 alt boyutları arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

Anne baba toplam tutum ve alt maddeler hariç tüm SCL-90 alt boyutları arasında pozitif korelasyon mevcuttur.



BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı 18-25 yaş arası bireylerde algılanan ebeveyn ve yeme tutumları ile psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştırılmasını içermektedir. Veri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, SCL-90 uygulanmıştır.

Elde edilen bulgulara, cinsiyete göre farklılık gösteren tek değişken Paronoid Düşünce alt faktörü oldu ($t = -.86, p < .05$) ve kadınların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M= 7.38, SS= 4.54$) erkeklerin aldıkları puanların ortalamasına göre ($M= 8.24, SS= 5.43$) daha düşük oldu. Gold, Lucenko, Elhai, Swingle ve Sellers (1999) gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların daha paronoid düşünce geliştirme eğilimde olduklarını vurgulamışlardır. Benzer şekilde Sigström ve diğerleri de (2009) kadınların daha yüksek paronoid düşünceye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmaya benzer tek sonuç Grant ve diğerlerine (2004) aittir. Çalışmada çekingen, bağımlı ve paronoid kişilik bozukluğu düzeyinin erkeklere göre kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu açıdan literatürde farklı sonuçlar olduğu söylenebilir. Diğer taraftan toplumsal cinsiyet rollerinden sebep cinsiyete bağlı farklı bulgular edinilmiş olabilir. Badinter (1992) erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha şüpheli büyütüldüğünü belirtmiştir. Bir diğer çalışmada kızların daha kaygılı erkek çocuklarının ise daha fazla şüpheli olduğu ifade edilmiştir (Yanbastı,1990). Buradan hareketle, elde edilen bulguların şaşırtıcı olmadığı düşünülmektedir.

Hipotezin test edilmesi doğrultusunda bir diğer bulgu, alkol kullanımına göre farklılık gösteren tek değişkenin Demokratik Anne Baba tutumu alt faktörü olmasıdır ($t = 1.05, p < .05$). Alkol kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M= 61.99, SS= 10.85$) alkol kullanmayanların puanlarının ortalamasına göre ($M= 59.00, SS=15.20$) daha yüksek olmuştur. Erdil (1991) çalışmasında çocuğa fazla hoşgörü tanınmanın madde ve alkol kullanımını destekler nitelikte olduğunu belirtmiştir. Demokratik ebeveyn tutumunda sınırların sağlıklı inşa edilememesi sorunu üzerinde durulmaktadır. Bu bulgulardan Jackson'ın (2002) bulguları ile farklılık göstermektedir. İlgili çalışmada demokratik aile tutumunda en az, kayıtsız/ ilgisiz aile tutumunda en yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Demokratik anne-baba tutumuna sahip ebeveynler, çocuğunu disipline ederken ona sevgi göstermeye devam ederler. Buradan hareketle, hoşgörü ve sevgiye dair temel söz konusudur. Böylelikle demokratik ebeveyn tutumu ile büyütülen kişinin temel güven duygusunun gelişmiş, kendini rahat ifade eden, sorumluluk sahibi, kendisine ve diğer insanlara saygılı, kendini geliştirmeye ve gerçekleştirmeye muktedir olması daha muhtemel değerlendirilmiştir (Kulaksızoğlu, 2009). Dolayısıyla demokratik tutumda alkol kullanım oranının daha yüksek olması şaşırtıcı olmuştur. Bu tutumda ebeveynler çocuğun kendine özgü bir gelişim kapasitesi olduğunun farkındalığı ile özgürce gelişmeyi desteklerler (Baumrind, 1966). Bu sebeple farklı deneyimlere açık bireyler olarak alkol kullanım düzeyinin yüksek olması gözlemlenmiş olabilir. Farklı çalışmalarda bulgunun karşılaştırılması adına kullanım bozukluğunun değerlendirilmesi gereklilik göstermektedir.

Psikotik Düşünceler alt faktörü madde kullanımına göre farklılık göstermektedir ($t = 1.14$, $p < .05$) ve madde kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M = 10.64$, $SS = 9.66$) madde kullanmayanların puanlarının ortalamasına göre ($M = 8.19$, $SS = 7.04$) daha yüksek olmuştur. Literatürde, madde kullanımı ile psikotik düşüncelerin pozitif ilişkisine dair çalışmalar mevcuttur (Blanchard ve ark. 2000; Özünalan 2002). Bu çalışmalarda, madde kullanımının psikotik düşünceleri tetikleyen etkisinden bahsedildiği gibi psikozun madde kullanımını destekler nitelikte olduğu da vurgulanmıştır. Bireyi bağımlı hale getiren maddelerin beyinde dopamini artırması sebebiyle artmış dopamin düzeyinin birçok psikiyatrik hastalıkları tetiklediği ifade edilmiştir. Bu açıdan elde edilen bulgular şaşırtıcı olmamaktadır.

Ek Madde alt faktöründen alınan puanlar da madde kullanıma göre değişmektedir ($t = 1.04$, $p < .05$) ve madde kullanan katılımcıların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($M = 10.07$, $SS = 7.64$) madde kullanmayanların puanlarının ortalamasına göre ($M = 8.28$, $SS = 5.72$) daha yüksek olmuştur. SCL 90 testinde Ek belirtiler 7 maddeden oluşmaktadır. Uyku, iştah bozukluğu ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri ifade etmektedir. Ünal (2016) çalışmasında benzer şekilde madde kullanan katılımcıların ek belirtilerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ögel, (2015) madde kullanımında uykusuzluk ve iştah bozukluklarının arttığını, azalan yaşam kalitesine bağlı suçluluk duygusunun arttığını vurgulamıştır. Bu açıdan elde edilen bulguların literatürü desteklediğini söylemek mümkündür. Aynı zamanda hipotezi destekler nitelikte bir sonuç elde edilmiştir.

Demokratik Anne Baba Tutumu, Zayıflık ile Uğraş ile olumsuz yönde ilişkiliyken Otoriter ve Koruyucu-İstekçi Anne Baba Tutumu Zayıflık ile Uğraş ile olumlu ilişkili bulunmuştur. Psikolojik kontrol baskılayıcı ve otoriterdir, bu nedenle çocuğun özerkliğini ve kendi kendini düzenleyebilme kapasitesini engelleme olasılığı daha yüksektir (Birch ve Fisher, 1998). Otorite ve baskın ebeveynliğin bu bağlamda zayıflık uğraşını destekleyici olması şaşırtıcı olmamıştır.

Katılımcıların Anne Baba Tutumları ve Ruhsal Belirtiler Listesi'ndeki alt faktörler incelendiğinde, Demokratik tutumun bu ruhsal belirtiler ile olumsuz yönde ilişkili olduğu görülürken, Otoriter ve Koruyucu-İstekçi tutumun bu belirtiler ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Birçok çalışma, negatif ebeveyn stilleri ile yaşamın sonraki dönemlerinde söz konusu olan psikolojik yakınmaların ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar, düşük düzeyde duygusal sıcaklık ve yüksek tutarsızlık içeren ebeveynlik tarzlarına maruz kalan bireylerin gelecekte psikolojik yakınma geliştirme olasılığının yüksek olduğunu göstermiştir (McGinn, Cukor ve Sanderson, 2005; Lackner, Gudleski ve Blanchard, 2004; Brand, Hatzinger, Beck ve Holsboer-Trachsler, 2009). Somatik bozukluklar, depresyon ve kaygı bunlar arasında sayılmaktadır.

Bu bulgular ışığında klinik psikoloji alanında psikolojik durum saptamanın ebeveyn tutumu ve yeme davranışları ile ilişkili olduğu belirtilebilir. Seanslar yapılandırılırken bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirmek terapiye bağlı fayda sağlanmasında ve hedef belirlenmesinde önemli görülmektedir. Bundan sonraki akademik çalışmalarda daha fazla örneklem ile çalışılması verilerin genellenmesini ve evreni temsil etmesini kolaylaştıracaktır. Diğer taraftan, eşlik eden farklı ölçekler ile verilerin karşılaştırılabilmesi önemli görülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association . Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psych 157(1)-39, 2000.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andreasen NC, Black DW: EatĖng Disorders: Ėntroductory Textbook of Psychiatry. VVashington. DC, American Psychiatric Publishing, Inc. 515-530, 2001.
- Arabacı, N. (2011). Anne-Baba-Çocuk İletişimini Değerlendirme Aracının (ABÇİDA) geliştirilmesi ve anne-baba-çocuk iletişiminin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Doktora tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? International Journal of Eating Disorders 2009; 42: 581-589.
- Badinter, E. (1992) Biri Ötekidir=L'un est l'autre: Kadınla Erkek Arasındaki Yeni İlişki ya da Androjin Devrim, AFA Yayınları, İstanbul, s.216-217
- Baş M. Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A, BAŞ M, ed). 1'inci baskı. İstanbul. 202-232, 2008
- Batur, S. (2004). *Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar*. (Doktora Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Batur, S., Demir, H., Ulu, P., Güneş, H., Irmak, E. ve Aşkın, A.(2005). Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları, 8 (15), 21-31
- Batur, S., Demir, H., Ulu, P., Güneş, H., Irmak, E. ve Aşkın, A.(2005). Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları, 8 (15), 21-31
- Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. New England Journal of Medicine 1999; 340: 1092-8.

- Berthoud H-R: Multiple systems controlling food intake and body weight. *Neurosci Biobehav Rev.* 2002;26;393–428.
- Birch, L. L., ve Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101 (3), 539–549
- Birmingham CL, Bone S: Pancreatitis causing death in bulimia nervosa. *Int J Eating Disorders* 36 (2): 234- 237, 2004.
- Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP ve ark. (2000) Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev*, 20:207-213
- Bone O, Lahat S, Kfir R, et al: Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry* 66(3): 244-251, 2003.
- Booth DA, ed. *Neurophysiology of Ingestion*. New York: Pergamon Press; 1993.
- Brand, S., Hatzinger, M., Beck, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2009). Perceived parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 1189-1207
- Caparrotta L, Ghaffari K. A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2006; 20(3): 175–196.
- Claudino AM, De Oliveira IR, Appolinario JC, Cordas TA, Duchesne M, Sichieri R, Bacaltchuk J. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68: 1324-1332.
- Cooper M, Wells A, Todd G: A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 43(1):1 -16, 2004.

- Dag I. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Turk Psikiyatri Derg 1991; 2:5-12.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis: NCS, 1994
- Dube SR, Fairweather DL, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. Psychosomatic Medicine 2009; 71(2): 243-50.
- Dube SR, Fairweather DL, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB.; 2009
- Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. 1993: 167-170.
- Erdil, K (1991). Aile Okulu, TDV Yay., Ankara.
- Fernandez-Aranda F, Amor A, Jimenez-Murcia, et al: Bulimia nervosa and misuse of orlistat: two case reports. Int J Eating Disorders 30 (4): 458- 461,2001.
- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. International Journal of Eating Disorders 2008; 41: 577-586.
- Fitzgibbon ML, Blackman LR: Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in quality and quantity of binge eating episodes. Int J Eating Disorders 27(2): 238- 243, 2000.
- Garner. D. M. It Garfinrel. P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Pathological Medicine 9. 273-279

- Gary j Schwartz, Chapter 1.21 Appetite Kaplan and sadock Compherensive Textbook of psychiatry 2008
- Geary N: Estradiol, CCK and satiation. *Peptides*. 2001;22:1251.
- Gold SN1, Lucenko BA, Elhai JD, Swingle JM, Sellers AH. (1999) A comparison of psychological/psychiatric symptomatology of women and men sexually abused as children. *Child Abuse Negl.*23(7):683-92.
- Granga DL, Lock J, Dymek M: Family- based therapy for adolescents vwith bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 57(2): 237- 244, 2003.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou,S. P., Ruan,W. J., Pickering, R. P., (2004). “Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”. *J Clin. Psychiatry*. c.: 65, s.: 7.
- Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebocontrolled comparison. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 301-309.
- Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20–70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach. *The International Association for the Study of Obesity. Obesity reviews* 8, 3–10, 2006
- Herzog T. Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: a pilot. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 12: 164–168, 2004
- Hoek HW. The distribution of eating disorders, *Eating Disorders and Obesity*. Brownell KD, Fairburn CG (eds.) The Guilford Press. New York, 1995; pp 207-211.

- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler HC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61: 348-358.
- Jackson D. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 2002; 31: 425–432
- Jarry JL. The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43(4): 367-374.
- Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *International Journal of Eating Disorders* 2011; 44(6): 553–560.
- Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs* 2001; 3(2): 91-99.
- Kremers, S.P.J.; Brug, J.; de Vries, H.; Engels, R.C.M.E. (2003) Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite*, 41, 43–50.
- Kulaksızoğlu A. (2009) *Ergenlik Psikolojisi* (11.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kuruoğlu AÇ. *Yeme bozuklukları*. Işık E, Taner E, Işık U, editörler. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: Asimetrik Paralel Yayınevi; 2008: 351-368.
- Küey AG. Anoreksiya nervoza: haz mı acı mı? *Psikanaliz Buluşmaları* 3. İstanbul: Bağlam yayınları; 2008: 111-117.

- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., & Blanchard, E. B. (2004). Beyond abuse: The association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 41-56
- Lechky O. Epidemic of childhood obesity may cause major public health problems, doctor warns. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 150(1):78-81.
- Lucas AR. Has the incidence of anorexia nervosa increased since the 1930s? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1993; 5-6: 260-263.
- Maner F: Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 5: 4, 130- 139, 2001.
- Maranon I, Echeburua E, Grijalvo J: Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: a pilot study using the IPDE. *Euro Eating Disorders Review* 12(4): 217-222, 2004.
- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242.
- Mivva H, NakaniShi I, Kudame R, et al: Cerebellar atrophy in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eating Disorders* 36 (2): 238- 241, 2004.
- Murray, C., Waller, G. ve Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *International Journal Eating Disorders*, 28, 84-89
- Murray, C., Waller, G. ve Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *International Journal Eating Disorders*, 28, 84-89

- O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review* 2003; 23: 57–74.
- Oral, N. ve Şahin N. (2008) Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (62), 37-48
- Oral, N. ve Şahin N. (2008) Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (62), 37-48
- Ögel, K. (2015). Bağımlılık İnternet El Kitabı
- Özünalan H (2002) Psikozlarda Madde Kullanımının Saldırganlıkla İlişkisi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Polat, S; “*Ana Baba Tutumlarının Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Düzeyine Etkisi*”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1986
- Robinson SW, Dinulescu DM, Cone RD: Genetic models of obesity and energy balance in the mouse. *Annu Rev Genet.* 2000;34:687.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Savage, J.S., Fisher, J.O. and Birch, L.B (2007) Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine, & Ethics*, 35, 22-34
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7: 19-25

- Shavv HE, Slice E, Springeri DW: Perfectionism, body dissatisfaction, and self- esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *Int J Eating Disorders* 36(1): 41-47, 2004.
- Sigström R1, Skoog I, Sacuiu S, Karlsson B, Klenfeldt IF, Waern M, Gustafson D, Ostling S. (2009) The prevalence of psychotic symptoms and paranoid ideation in non-demented population samples aged 70-82 years. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24(12):1413-9.
- Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin JR, Stotland S. Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(5): 765-775.
- Striegel-Moore RH, Fairburn CG, Wilfley DE, Pike KM, Dohm FA, Kraemer HC. Toward an understanding of risk factors for binge-eating in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological Medicine* 2005; 35: 907-917.
- Sullivan P. Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In *Eating Disorders and Obesity*. Second Edition. Fairburn C. Brownell K. (eds) The Guilford Press. New York, 2nd ed. 2002; pp 57-65.
- Swinbourne JM, Touyz SW. The Co-Morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review* 2007; 15: 253-274.
- Tata, P., Fox, J., & Cooper, J. (2001). An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 9(3), 194–206.

- Turnbull S, Ward A, Treasure A, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry* 1996; 165: 705-712.
- Vardar E, Erzenin M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları, Đki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(4): 205-12.
- Vardar E. Diğer yeme bozuklukları: Sınıflandırılmayan yeme bozuklukları, boşaltım bozukluğu, ortoreksiya nevroza, pika, diyabulimiya, kadın atlet üçlemesi. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 281-286, 2013
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psychoanalysis*, 34:89-9
- Wonderlich S.A, Gordon KH, Mitchell JE. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 42: 687–705, 2009
- Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE; et al: Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International J Eating Disorders* 30 (4)401- 412, 2001.
- Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları İstanbul Tabib Odası'nın süreli bilimsel yayınıdır. 22 (4): 39-43, 2009

EKLER

EK.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMUNUN YEME TUTUMUNA ETKİSİ

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu araştırmanın temel amacı 18-25 yaş arası bireylerde algılanan ebeveyn ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin saptanmasıdır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma sadece kağıt kalem uygulaması ile bireysel değerlendirmeye dayalıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmadan elde edilecek olan sonuçlar algılanan ebeveyn ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesini sağlayacaktır. Böylelikle klinik alanda oldukça önem taşıyan yeme tutumları ve psikopatolojide ebeveyn ilişkilerine yönelik daha kapsamlı bilgi sahibi olmamız ve önleyici çalışmalara destek verebilmemiz mümkün olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel kimliğinizi deşifre edecek herhangi bir bilgi talep edilmemektedir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Sümeyra Nur Güngör Yalçın

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı: Tarih ve İmza:

Telefon:

Vasi (var ise) Adı Soyadı: Tarih ve İmza:

Telefon:

Araştırmacı Adı Soyadı: Tarih ve İmza:

Adres ve Telefon:

EK.2 Sosyodemografik Veri Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Aşağıda anlatılan çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyup, aklınıza gelen herhangi bir soru varsa sorabilirsiniz.

Bu araştırma, yeme tutumları üzerine etki eden faktörleri belirlemek üzere oluşturulmuştur. Araştırmanın konusu üniversite öğrencilerinin yeme alışkanlıklarıyla algılanan ebeveyn tutumlarının ilişkisinin incelenmesidir.

Aşağıda katılacak olduğunuz araştırmaya yönelik gerekli görülen bir takım sorular mevcuttur. Kişisel bilgilerinizin tümü gizli tutulacaktır. Bütün soruların eksiksiz ve en doğru bir biçimde cevaplandırılması bu çalışma için büyük bir önem taşımaktadır.

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz: _____
3. Medeni durumunuz: Bekâr () Dul () Evli () Boşanmış ()
4. Annenizin Eğitim durumu:

| | |
|----------------|---------------------|
| Okur yazar () | Lise () |
| İlkokul () | Üniversite () |
| Ortaokul () | Yüksek lisans/+ () |
5. Anneniz çalışıyor mu?

| | |
|----------|-----------|
| Evet () | Hayır () |
|----------|-----------|
6. Kaç kardeşiniz?

| | |
|---------|----------------|
| 1-3 () | 3 ve üzeri () |
|---------|----------------|

7. Siz kaçınıcı çocuksunuz?

8. Babanızın Eğitim durumu:

Okur yazar () Lise ()
İlkokul () Üniversite ()
Ortaokul () Yüksek lisans/+ ()

9. Alkol kullanır mısınız?

Evet () Hayır ()

10. Madde kullanır mısınız?

Evet () Hayır ()

11. Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Düşük () Orta () Yüksek

12. Akademi başarı düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Düşük () Orta () Yüksek

13. Kiminle yaşıyorsunuz?

() yurttta () aileyle () tek () arkadaşlarla evde yasama

14. Genel tıbbi durum ile ilişkili hastalığınız var mı?

Var () nedir?

Yok ()

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

0 Hiç

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
- Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
- Baygınlık ve baş dönmeler
- Cinsel arzuya ilginin kaybı
- Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
- Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
- Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
- Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | ..... |
| Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | ..... |
| Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | ..... |
| Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | ..... |
| Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali | ..... |
| Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri | ..... |
| 16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma | ..... |
| 17. Titreme | ..... |
| 18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi | ..... |
| 19. İştah azalması | ..... |
| 20. Kolayca ağlama | ..... |
| 21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi | ..... |
| 22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi | ..... |
| 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma | ..... |
| 24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları | ..... |
| 25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu | ..... |
| 26. Olanlar için kendini suçlama | ..... |
| 27. Belin alt kısmında ağrılar | ..... |
| 28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi | ..... |
| 29. Yalnız hissi | ..... |
| 30. Karamsarlık hissi | ..... |
| 31. Her şey için çok fazla endişe duyma | ..... |
| 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali | ..... |
| 33. Korku hissi | ..... |
| 34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali | ..... |
| 35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi | ..... |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu | ..... |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | ..... |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak | ..... |
| 39. Kalbin çok hızlı çarpması | ..... |
| 40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi | ..... |
| 41. Kendini başkalarından aşağı görme | ..... |
| 42. Adele (kas) ağrıları | ..... |
| 43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi | ..... |

44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu

77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK:4 Anne Baba Tutum Ölçeği

ABTÖ (ANA BABA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ)

Aşağıdaki cümleleri okuyup bu cümlelerin anneniz ya da babanızın sizi eğitirken genellikle benimsediği davranışlara ne ölçüde benzediğini, onların tutumuna ne kadar uyduğunu düşünerek, seçeneklerden size uygun bulduğunuzu işaretleyiniz. Lütfen, hiç boş madde bırakmayınız ve her durum için yalnızca tek bir sütunu işaretleyiniz.

| | Hiç uygun değil | Pek uygun değil | Biraz uygun | Uygun | Çok uygun |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|-------|-----------|
| 1.Bana her zaman güven duygusu vermiş ve beni sevdiğini hissettirmiştir. | | | | | |
| 2.Çok yönlü gelişmem için beni olanakları doğrultusunda desteklemiştir. | | | | | |
| 3.Her yaptığım işin olumlu yanlarını değil kusurlarını görmüş ve beni eleştirmiştir. | | | | | |
| 4.Her zaman başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi beni koruyup kollamaya çalışır. | | | | | |
| 5.Aramızda ki ilişki ona içimi açmaya cesaret edemeyeceğim kadar resmidir. | | | | | |
| 6.Arkadaşlarımı eve çağırma izin verir, geldiklerinde onlara iyi davranırdı. | | | | | |
| 7.Elinden geldiği kadar, her konuda fikrimi almaya özen gösterir. | | | | | |
| 8.Çevremizdeki çocuklarla beni karşılaştırır, onların benden daha iyi olduklarını söylerdi. | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|
| 9.Bana hükmetmeye çalışır. | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 10.Bugün bile alışverişe çıkacağım zaman, kandırılacağımı düşünerek benimle gelmek ister. | | | | | |
| 11.Benden her zaman gücümün üstünde başarı beklemiştir. | | | | | |
| 12.Fiziksel ve duygusal olarak kendisine yakın olmak istediğim zaman soğuk ve itici davranırdı. | | | | | |
| 13.Sorunlarımı onunla rahatlıkla konuşabiliriz. | | | | | |
| 14.Neden bazı şeyleri yapmam ya da yapmamam gerektiğini bana açıklardı. | | | | | |
| 15.Birlikte olduğumuz zamanlar ilişkimiz çok arkadaşçadır. | | | | | |
| 16.Kendi istediği mesleği seçmem konusunda beni zorlamıştır. | | | | | |
| 17.Sevmediğim yemekleri bana yarayacağı düşüncesi ile zorla yedirirdi. | | | | | |
| 18.Sınavlarda hep üstün başarı göstermemi istemiştir. | | | | | |
| 19.Kendimi yönetebileceğim yaşlarda bile gittiği her yere beni de götürür, benim evde yalnız kalmamdan kaygılanırdı. | | | | | |
| 20.Evde bir konu tartışılırken görüşlerimi söylemem için beni teşvik eder. | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 21.Küçük yaşımdan itibaren ders çalışma ve okuma alışkanlığı kazanmam konusunda bana yardımcı olmuştur. | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 22.Küçüklüğümde bana yeterince vakit ayırır; parka, sinemaya götürmeyi ihmal etmezdi | | | | | |
| 23.Benim gibi evladı olduğu için kendini bahtsız hissettiğini sanıyorum. | | | | | |
| 24.Okulda başarılı olmam konusunda beni zorlar, düşük not aldığımda beni cezalandırırdı. | | | | | |
| 25.Beni kendi emellerine ulaştırmak için bir araç olarak kullanırdı. | | | | | |
| 26.Beni daima yapabileceğimden fazlasını yapmaya zorlar. | | | | | |
| 27.Paramı nerelere harcadığımı ayrıntılı bir biçimde denetler. | | | | | |
| 28.Her zaman her iste kusursuz olmam gerektiği inancındadır. | | | | | |
| 29.Ona yakınlaşmak istediğimde bana sıcak bir şekilde karşılık verir. | | | | | |
| 30.Bana önemli ve değerli bir kişi olduğum inancını aşlamıştır. | | | | | |
| 31.Cinsellik konusunda karşılaştığım sorunları kendisine anlatmak istediğimde hep ilgisiz kalmıştır. | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 32.Benim iyiliğimi istediğini, benim için neyin iyi olduğunu ancak kendisinin bileceğini söyler. | | | | | |
| 33.Her zaman nerede olduğumu ve ne yaptığımı merak eder. | | | | | |
| 34.İyi bir iş yaptığımda beni övmekten daha çok daha iyisini yapmam gerektiğini söyler. | | | | | |
| 35.Cinsel konularda çok tutucu olduğu için onun yanında bu konulara ilgi göstermem. | | | | | |
| 36.Aile ile ilgili kararlar alınırken benimde fikrimi öğrenmek ister. | | | | | |
| 37.Beni olduğum gibi kabul etmiştir. | | | | | |
| 38.Başkalarına benden daha çok önem verir ve onlara daha nazik davranır. | | | | | |
| 39.Günlük olaylar hakkında anlattıklarımı ilgi ile dinler ve bana açıklayıcı cevaplar verir | | | | | |
| 40.Benimle genellikle sert bir tonda ve emrederek konuşur. | | | | | |

EK.5 Yeme Tutumu Testi

YEME TUTUMU TESTİ

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

| | Daima | Çok sık | Sık sık | Bazen | Nadiren | Hiçbir zaman |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|-------|---------|--------------|
| 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.. | | | | | | |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem. | | | | | | |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. | | | | | | |
| 4. Şişmanlıktan ödüm kopar. | | | | | | |
| 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım. | | | | | | |
| 6. Aklım fikrim yemektir. | | | | | | |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu. | | | | | | |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. | | | | | | |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. | | | | | | |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim. | | | | | | |
| 12. Ailem fazla yememi bekler. | | | | | | |
| 13. Yemek yedikten sonra kusarım. | | | | | | |
| 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. | | | | | | |
| 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. | | | | | | |
| 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım. | | | | | | |
| 17. Günde birkaç kez tartılırım. | | | | | | |
| 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. | | | | | | |
| 19. Et yemekten hoşlanırım. | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 20. Sabahları erken uyanırım. | | | | | | |
| 21. Günlerce aynı yemeği yerim. | | | | | | |
| 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. | | | | | | |
| 23. Adetlerim düzenlidir. | | | | | | |
| 24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür. | | | | | | |
| 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder | | | | | | |
| 26. Yemeklerimi yemek başkalarinkinden uzun sürer. | | | | | | |
| 27. Lokantada yemek yemeyi severim. | | | | | | |
| 28. Müshil kullanırım. | | | | | | |
| 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. | | | | | | |
| 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. | | | | | | |
| 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. | | | | | | |
| 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm. | | | | | | |
| 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. | | | | | | |
| 35. Kabızlıktan yakınırım. | | | | | | |
| 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. | | | | | | |
| 37. Perhiz yaparım. | | | | | | |
| 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. | | | | | | |
| 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. | | | | | | |
| 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. | | | | | | |