



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

**YEME BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ OLABİLECEK DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

GÜNİZ KOCAKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Nukhet İşiten

İstanbul, 2016



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

**YEME BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ OLABİLECEK DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

GÜNİZ KOCAKAYA
(144102135)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Nukhet İşiten

İstanbul, 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Güniz Kocakaya
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN
Tezin Başlığı	:	YEME BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİLİ OLABİLECEK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	25.11.2016	Saati	:	12:00
-----------------	---	------------	-------	---	-------

Öğrenci Savunmaya : 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,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

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,

OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yeme Bozuklukları İle İlişkili Olabilecek Değişkenlerin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Güniz KOCAKAYA

İmza:

ÖZET

(Kocakaya, Güniz, Yüksek Lisans Tezi, 2016)

YEME BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİLİ OLABİLECEK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada, yeme bozukluklarıyla ilişkili olabilecek değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla diyetisyen ve psikoterapi desteği alan 80 katılımcıya, Yeme Tutumları Testi, Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Anne-Baba Tutumları Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, yeme tutumlarını ile çocukluk çağı travmalarının inkarı ve depresyon arasında ilişki bulunmuş ancak, beden algısı, benlik saygısı, anne-baba tutumu ve bağlanma stilleri ile ilişki tespit edilememiştir. Diğer yandan çocukluk çağı travmaları olan duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar arttıkça depresyon düzeylerinde artış olduğu, yeme tutumunda değişme olmadığı, çocukluk çağı travmasının inkar edilmesi durumunda da depresyon düzeyinin azaldığı ve yeme tutumundaki bozulmanın da arttığı, olumlu beden algısı ve benlik saygısının da yükseldiği tespit edilmiştir. Yeme tutumu ile benlik saygısı ve beden algısı arasında ilişki tespit edilememiştir.

Anahtar Sözcükler: yeme bozukluğu, yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağı travmalarının inkarı, depresyon, bağlanma, anne baba tutumları, beden algısı, benlik saygısı

ABSTRACT

(Kocakaya, Güniz, Master of Sciences Thesis, 2016)

EVALUATION OF VARIABLES ASSOCIATED WITH EATING DISORDERS

Aim of this study is to evaluate variables associated with eating disorders. For the purpose of research 80 dietician and psychotherapy clients were filled Eating Attitude Test, Beck Depression Inventory, Rosenberg Self Esteem Scale, Body Perception Scale, Parent Attitude Scale, Attachment Scale, Childhood Trauma Scale. Research findings indicate that there are relation between eating attitudes, denial of childhood trauma and depression. On the other hand, body perception, self-esteem, parental attitude and attachment styles have no correlations with eating attitudes. Childhood traumas of physical abuse and neglect, emotional abuse and neglect leads to an increase in depression, but eating attitudes not while denial of childhood traumas leads to a decrease in depression and an increase in eating disorders, positive body perception and self esteem. There were no correlation between eating attitudes and body perception and self-esteem.

Key words: eating disorders, eating attitude, childhood trauma, denial of childhood trauma, depression, attachment, parental attitude, body perception, self-esteem

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
Tez Savunma Tutanağı	
Yemin Metni	
Teşekkür	
Özet	i
Abstract	ii
İçindekiler	iii
Tablolar	v
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. İlgili Literatür	3
2.1. Yeme Bozuklukları	3
2.1.1. Yeme Bozukluğunun Nedenleri	3
2.1.1.a. Genetik Yatkınlık	3
2.1.1.b. Mizaç	4
2.1.1.c. Biyolojik Yapı	5
2.1.1.d. Travma	5
2.1.1.e. Başa Çıkma Becerisi	6
2.1.1.f. Aile Yapısı	6
2.1.1.g. Sosyokültürel Etkenler	7
2.1.2. Psikanalitik Açından Yeme Bozuklukları	8
2.1.3. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi	11
2.1.3.1. Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa	12
2.1.3.2. Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu	14
2.2. Obezite	15
2.3. Beden Kitle Endeksi	17
2.4. Beden Algısı ve Yeme Tutumları	18
2.5. Benlik Saygısı ve Yeme Tutumları	20
2.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Tutumları	22
2.7. Anne-Baba Tutumları ve Yeme Tutumları	24

2.8. Bağlanma Stilleri ve Yeme Tutumları	27
3. Yöntem	28
3.1. Katılımcılar	28
3.2. Veri Toplama Araçları	28
3.2.1. Yeme Tutumları Testi	28
3.2.2. Beden Algısı Ölçeği	28
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri	29
3.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	29
3.2.5. İlişki Ölçekleri Anketi	30
3.2.6. Anne Baba Tutumları Ölçeği	30
3.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	32
3.2.8. Kişisel Bilgi Formu	33
3.3. İşlem	33
3.4. Veri Analizi	33
4. Bulgular	34
4.1. Demografik Bulgular	34
4.2. Ölçeklerden Alınan Puanların Değerlendirilmesi	36
4.1.2. Yeme Tutumları Testi	36
4.2.2. Beden Algısı Ölçeği	39
4.2.3. Beck Depresyon Ölçeği	39
4.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	40
4.2.5. İlişki Ölçekleri Anketi	41
4.2.6. Anne-Baba Tutumları Ölçeği	41
4.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	42
4.3. Ölçeklerden Alınan Puanların Birbirleri İle İlişkileri	43
5. Tartışma ve Sonuç	48
5.1. Tartışma	48
5.2. Kısıtlılıklar	52
5.3. Sonuç	52
6. Kaynakça	53

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. Cinsiyete göre yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi ortalamaları, standart sapmaları	34
Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları	35
Tablo 3. Katılımcıların kilo durumu dağılımları	36
Tablo 4. Cinsiyete göre Yeme Tutumu Testinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları	36
Tablo 5. BKİ'ye göre belirlenen kilo durumlarına göre Yeme Tutumu Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis Testi bulguları	38
Tablo 6. Kilo durumuna göre yeme bozukluğu olanlar ve olmayanların dağılımı	38
Tablo 7. Eğitime göre Beden Algısı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları	39
Tablo 8. Cinsiyete göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları	40
Tablo 9. Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanlara göre benlik saygısı Düzeyleri	40
Tablo 10. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketinde her bir bağlanma stilinden aldıkları ortalama puanlar ve baskın bağlanma stilleri	41
Tablo 11. Katılımcıların Anne-Baba Tutumları Ölçeğinden aldıkları puanlara göre baskın bağlanma stilleri ve bu bağlanma stillerine göre diğer bağlanma stili ortalamaları	42
Tablo 12. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ve standart sapmalar	43
Tablo 13. Yeme Tutumu, beden algısı, benlik saygısı, depresyon ilişkisi	43
Tablo 14. Anne baba tutumunun yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı, depresyonla ilişkisi	44
Tablo 15. Bağlanma stilinin yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı ve depresyonla ilişkisi	45
Tablo 16. Çocukluk Çağı Travmalarının yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı ve depresyonla ilişkisi	46
Tablo 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki	48

1. GİRİŞ

Yeme bozuklukları, erken dönemde başlayan ve uzun süre devam eden, ortaya çıkış nedenleri karmaşık ve terapötik anlamda güçlükler de yaratan bir hastalıktır (Oral ve Hisli Şahin, 2008). Bu bozukluk kişideki yeme davranışının normalden farklı biçimde seyir göstermesiyle ortaya çıkarlar ve ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir (Ertaş, 2006). En sık karşılaşılan yeme bozuklukları olan anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza zayıf olmaya karşı gösterilen yoğun arzular barındırırlar ve ölümcül sonuçları olabilmektedir (Hebebrand et al. 1997; Butcher et al. 2008).

Yeme bozukluklarının birçok olguyla doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Örnek olarak yapılan klinik çalışmalarda depresyon ve bulimia nervoza arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğu yönündedir. Kişinin benlik saygısının düşük olmasının, duygulanım, aile içi ilişkilerdeki bozukluk yeme bozukluğu tanısı alan insanlarda büyük anlamda gözlemlenebilen olgular olmuştur. Çeşitli kişilik özellikleri bile yeme bozuklukları ile ilişkilendirebilmektedir. Örneğin, kısıtlı tip anoreksiya nervoza hastalarında duygusal olarak engellenmiş olma ve riskten kaçınma gibi davranışlar gözlenmektedir. Hastalardan elde edilen geçmiş yaşantı öykülerine bakıldığında ise yeme bozukluğuna sahip olan bireylerde istismarın çeşitli türlerine (cinsel, fiziksel, psikolojik) saptanmıştır (Werne ve Yalom, 1995).

Yeme bozuklukları birçok olguyla eş zamanlı olarak görülebilmektedir, bu sebeple birçok kavram ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Örneğin bu araştırmaların birinde yeme bozukluklarıyla genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler araştırılmıştır. 292 üniversite öğrencisi kadına Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği, Yeme Tutum Testi, Belirti Tarama Listesi, Aile Değerlendirme Ölçeği, Rotter'ın İç Dış Kontrol Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Tüm bu değişkenler açısından yeme bozukluğuyla en çok ilişki içinde olan olgu obsesif-kompulsif belirtiler, beden kitle endeksi ve benlik saygısı olmuştur (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, diyetisyen ve psikoterapi desteği alan, henüz yeme bozukluğu teşhisi konmamış ancak yeme tutumlarında problemler olduğu gözlenen hastalarda, yeme tutumları ve benlik saygısı, beden imajı, depresyon ve çocukluk çağı travmaları, anne baba tutumları, bağlanma stilleri ve bunlar arasındaki ilişkileri değerlendirmektir. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıŐtır:

1. Yeme tutumları ile beden algısı arasında ilişki var mıdır?
2. Yeme tutumları ile depresyon arasında ilişki var mıdır?
3. Yeme tutumları ile benlik saygısı arasında ilişki var mıdır?
4. Yeme tutumları ile bağlanma stilleri arasında ilişki var mıdır?
5. Yeme tutumları ile anne baba tutumları arasında ilişki var mıdır?
6. Yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki var mıdır?

2. İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları ölümcül bir hastalıktır. Yapılan istatistiksel raporlar son 30 yılda anoreksik hastaların %25'inin hayatını kaybettiğini göstermektedir. Ayrıca hastaların %25'inin hastalıkları aynı seyirde devam etmekte, %40'ının düzelmekte olduğu, diğer yüzdenin ise hafif semptomlarla yaşadıkları gözlenmiştir (Maner, 2001).

Yeme bozukluğu geliştiren bireylerde ortak olarak göze çarpan noktalar normalin dışında yemek yeme alışkanlığı geliştirme, beden kilosu üzerinde aşırı bir biçimde kaygılanma ve son olarak ta beden imajında önemli bir biçimde görülen çarpıklık olarak tarif edilmektedir (Köroğlu, 2009).

2.1.1. YEME BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ

2.1.1.a. Genetik Yatkınlık

Aileler ve ikiz çocuklar arasında yapılan çalışmalar insanlar yeme bozukluğu geliştirmelerinin ailelerinden aktarılabilceğini kanıtlar niteliklerde olmuştur. Komorbidite açısından incelendiğinde ise genetik faktörlerin kısıtlayıcı tip anoreksiya nervozanın obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve madde kullanımına bağlı bulimia nervoza durumlarında olabilmektedir (Kuruoğlu, 2000).

Bu duruma örnek teşkil eden bir çalışmada, genetik etkenlerin bulimia nervoza gelişimdeki etiyolojisi araştırılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlara göre; bulimia nervoza monozygotik ikizler arasında %22,9 oranında görülmektedir. Dizigotik ikizler arasında bulimia görülme sıklığı ise %8,7 olmuştur. Yapılan bu çalışmanın gösterdiği sonuç ise genetik faktörlerin bulimiayı ne derece güçlü bir biçimde belirlediğidir. Bu araştırmayla birlikte her 25 kadından 1'nin hayatlarının bir döneminde bulimia ve bulimik semptomları yaşadığı ve genetik etkenlerin bunları güçlü bir oranda belirlediği sonucu çıkmıştır (Kendler et al. 1991).

Yapılan diğer bir araştırmada ise anoreksiya nervoza ve bulimia oranlarını belirlemek amacıyla hastaların birincil dereceden tanı almış yakınları ve sağlıklı olan akrabaları araştırılmıştır. Sonuçlara göre, sağlıklı olan akraba grubunda anoreksiya nervoza oranları nadir olarak görülmüştür. Ancak akrabaları daha önceden tanı almış kadın grupta anoreksiya nervoza riski 11,3 ve 12,3 oranında olmuştur. Kontrol grubunda bulimia nervoza oranı anoreksiya nervoza oranına göre daha fazla görülmüştür. Akrabaları daha önce tanı almış grupta bulimia nervoza görülme oranı ise 4,2 ve 4,4 oranında olmuştur. Bulgulardan elde edilen bilgiler anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın aileden gelen rahatsızlıklar olduğu hipotezini kanıtlar niteliktedir (Strober ve diğer., 2000).

Yeme bozukluklarında kişinin üst soylarından kalıtımla aktarılan genetik etkenlerin ve aile ortamı, yetiştiği evre gibi çevresel etkenlerin bazen ayırt edilmesi zordur. Örneğin farklı kültürlerdeki insanların farklı yeme alışkanlıkları onlar ile yetişen çocukların aynı yeme davranışı sergilemesine yol açabilmektedir. Yeme bozukluklarının genetik faktörlerle araştırılması için bilimsel çalışmalar surmektedir. Ancak bahsedilen diğer çalışmaların da desteklediği gibi genetik faktörlerin yeme bozuklukları üzerinde çok büyük bir etkisi bulunmaktadır (Ertaş, 2006).

Birçok çalışmanın gösterdiği sonuç bulimia nervozası olan bireylerin birinci derecede yakınlarında da bulimia olmasının yanı sıra ayrıca hastalarda, duygu durum bozuklukları ve madde bağımlılığı gözlenmektedir. Anoreksiya nervozası bulunan bireyler de de aynı şekilde rahatsızlık akrabalarda da görülmekte ve özellikle tıknırcasına yeme/çıkartma türü anoreksiya nervozası olan bireylerin ailelerinde duygu durum bozuklukları daha fazla görülmektedir (APA, 2014).

2.1.1.b. Mizaç

Yeme bozukluklarına katkı sağlayan bazı genler belirli mizaç özellikleriyle ilişkilidir. Mizaç doğuştan gelir ve yeme bozukluğundan önce vardır ve yeme bozukluğu iyileştikten sonra da vardır (Wade ve Bulic, 2007; Wilksch, 2009). Nrotizm (duygusal dengesizlik ve aşırı duyarlılık) (Cervera et al., 2003), obsesif düşünce, mükemmeliyetçilik, ödül ve cezaya duyarlılık, acıdan kaçınma, özellikle bulimia nervosadaki dürtüsellik, anoreksiya nervosadaki katılık ve aşırı ısrarcılık gibi özellikler

yeme bozukluğu geliştiren kimselerde ortak mizaç özellikleridir, ancak bu özellikler yeme bozukluğu olmadan da var olabilirler (Tyrka et al. 2002; Klump et al, 2004).

2.1.1.c. Biyolojik Yapı

Yeme bozukluğu bulunmayan sağlıklı bireylerde dahi yemekle ilgili obsesif davranışı, depresyonu, anksiyeteyi ve nörotizmi tetikleyen yarı açlık halinin açlık döngüsünün sürmesine neden olduğu gösterilmiştir (Keys et al, 1950). Diğer yandan beyin görüntüleme çalışmaları yeme bozukluğu olan kimselerin yeme bozukluğuna yol açan beyin döngüsünün değiştiğini göstermektedir (Kaye et al., 2011; Kaye, 2008). Biyolojik çalışmalarda anterior insulada, striatal alanda ve anterior ventral striatal yolundaki farklılıklar ve serotonin yoluyla ilgili problemler tespit edilmiştir (Bailer and Kaye, 2011; Lee ve Lin, 2010). Bu farklılıklar anoreksiya nervosa geliştiren insanların nasıl olup da iştahlarını ketlediklerini, tıkanırcasına yeme bozukluğu geliştiren insanların aç olduklarında nasıl olup da aşırı yemek yemeye karşı dayanıksız olduklarını ve bulimia nervosa geliştiren insanların dürtülerini nasıl olup da kontrol edemediklerinin açıklanmasına yardımcı olabilirler.

2.1.1.d. Travma

Fiziksel ya da cinsel istismar gibi travmatik olaylar bazen yeme bozukluğunun gelişiminde rol oynayabilirler (Dansky et al., 1997; Innis, Steiger and Bruce, 2011; Reyes Rodriguez et al., 2011). Travma mağdurları sıklıkla utanç, suçluluk, bedensel hoşnutsuzluk, kontrolünü kaybediyor olma hissi yaşarlar. Yeme bozukluğu kişinin yeniden kontrolünü kazanma ya da yoğun duygularla başa çıkma girişimi de olabilir. Bazı vakalarda, yeme bozukluğu travmatik olay nedeniyle kendini cezalandırma ya da yanlış yönlendirilmiş kendini cezalandırma ifadesi olarak ortaya çıkabilmektedir. Yeme bozukluğu olanların yaklaşık %50'si travmabozukluklarıyla da başa çıkmaya çalışıyor olabilir.

2.1.1.e. Başa Çıkma Becerisi

Yeme bozukluğu olan kimselerin genellikle olumsuz deneyimleri tolere etmede beceri eksiklikleri bulunmaktadır. Sınırlama, kusma tıkanırcasına yeme ve aşırı egzersiz, gibi davranışlar genellikle çatışma, düşük benlik saygısı, anksiyete, depresyon stres ya da travma gibi duygusal acıya tepki olarak gelişebilir. Pozitif başa çıkma becerilerinin yokluğunda yeme bozukluğu davranışları akut rahatlama sağlayabilir ancak fiziksel ve psikolojik zarara da kolayca neden olabilir. Ancak bu davranışlar yardımcı olmak yerine duygusal düzensizliğin ve uyuşma hislerinin olduğu tehlikeli bir döngünün sürmesine hizmet eder(Bloks et al. 2004).

2.1.1.f. Aile Yapısı

Aile yapısının yeme bozuklukları ve yeme tutumları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Araştırmacıların dikkatini çeken bu iki olgu üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Örneğin; yeme tutumları ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada yeme tutum testi puanları ortalamaları yüksek çıkan öğrencilerin %38,9'u annelerini aşırı koruyucu olarak tanımlamışlardır. Aynı zamanda yeme tutum testi puanları ortalamaları yüksek çıkan öğrencilerin %50,0'ı babalarını da aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada travma öyküsüne sahip olan katılımcıların yeme tutum testi puan ortalamaları travma öyküsü olmayana kıyasla oldukça yüksek çıkmıştır (Toker, 2008).

Ayrıca, farmoterapi ile psikodrama tekniklerinin anoreksiya nervozayla tedavisini anlatan bir olgu çalınmasında, anorektik hastanın ailesinden etkilenerek yaşamı boyunca fiziksel güzelliğe aşırı önem verdiği, annesiyle olan bağlanma ilişkisinin yeterince iyi kurulamadığı yapılan psikodrama çalışmaları esnasında keşfedilmiştir. Yapılan çalışmalar hastanın içgörü kazanmasını sağlamış ve hastayı tedavi için işbirliği yapmaya yöneltmiştir (Özdel ve diğer., 2003).

Yeme bozukluğu olan hastaların genelde olumlu bir aile geçmişi yoktur. Yeme bozukluğu olan hastaların ailelerinde aile içi çatışmalara, depresyona, anksiyeteye, alkol bağımlılığına ve son olarak ta yeme bozukluklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Ayrıca

yeme bozukluğu geliştiren hastalar ailelerinin onlardan çok fazla başarı beklediğini, çok fazla eleştirel olduklarını ve anlayışlı olmadıklarını belirtmektedirler (Toker ve Hocaoğlu, 2009). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmayeme bozukluğu riskini arttırmaktadır. Özellikle bulimik hastalarda travma geçmişine rastlanmaktadır (Ağırman ve Maner, 2010).

Yeme bozukluğu hastalarının çoğunluk anne babaları tarafından aşırı baskı ve kontrol altına alındıkları belirtilmiştir bu durumda onları özerklik duygusundan yoksun bırakmaktadır (Köroğlu, 2009).

Yeme bozuklukları, anne baba tutumlarına bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır. Çocuklukta başlayan yeme problemleri zaman içinde farklı biçimlere girebilir. Çocukluk döneminde görülen yemek seçme, az yeme, belli yiyeceklere takılıp kalma ya da aşırı yeme zamanla yok olabilir ya da ergenliğe doğru yeme problemlerine dönüşebilir. Obezitenin ortaya çıkışında anne baba tutumları oldukça etkilidir. Anne ve babaların çocuklarının fiziksel görünümleri ile ilgili yorumları, çocukların beden imajı ve psikolojik süreçlerini etkilemektedir (Schwartz, 1988).

2.1.1.g. Sosyokültürel Etkenler

Yeme bozukluklarının şüphesiz gelişmesindeki en önemli etken toplumun özellikle kadınları zayıf olmaya yönlendirmesidir. Zayıf olmayan insanlar kontrolsüz, güçsüz ve zayıf karakterli olarak anılmaktadır. Fiziksel görüntünün de insanlar arasında bu derece önemli hale gelmesi insanları daha formda olmaya itmektedir. Medyanın insanlar üzerindeki etkisi tartışılamayacak derecede büyüktür. Medyada başarılı insanların güzel ve zayıf olarak sunulması da günümüz gençlik ve yetişkinlerini baskı altına almaktadır (Ertaş, 2006).

Yeme bozuklukları farklı kültürlerin yeme alışkanlıkları ve davranışlarına göre ve bireylerin etnik kökenlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin 55 beyaz ve 11 siyah kadın baletin katılımcı olduğu bir araştırmada yeme bozuklukları oranları araştırılmıştır. Katılımcıların %12'si ideal vücut kilolarının altında olarak rapor edilmiştir. Siyah kadınlarda anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza bulgularına rastlanmamıştır. Ancak beyaz kadın dansçıların %15'inde anoreksiya nervosa

bulgularına, %19'unda ise bulimia nervoza bulgularına rastlanmıştır. Anorektik bulgulara rastlanan kadın dansçılarda daha fazla psikopatolojik semptomlar, düşük beden imajı ve düşük kilolara rastlanmaktadır. Bulimik bulguları taşıyan kadın dansçılarda ise iş motivasyonu daha düşük çıkmıştır.Kilo bakımından bulimiası olan grup farklılık göstermemektedir (Hamilton ve diğer., 1985).

Yeme bozukluklarında sosyokültürel değişkenlerin araştırıldığı bir diğer araştırmaya, 36 afrikan-amerikan, 34 asya-amerikan ve 28 beyaz ırktan üniversite öğrencisi katılımcı dahil edilmiştir. Siyah Amerikalıların beden kitle endeksi her iki gruptan da yüksek olarak belirtilmiştir. Ancak beyaz ırktan olan katılımcıların siyah Amerikalılar ve Asya kökenli Amerikalılara göre daha fazla yeme bozukluğu göstermiş oldukları, daha fazla diyet yaptıkları ve daha düşük beden imajına sahip oldukları belirtilmiştir. Düşük özgüvene ve yüksek toplum özbilincine sahip olan katılımcılar arasında yanlış yeme davranış ve tutumları gözlenirken aynı zamanda bu katılımcıların beden imajları da düşük olarak gözlenmiştir. Geçmiş yıllarda kilolarından ötürü diğer insanlar tarafından alay konusu olan katılımcılar arasında yeme bozukluğu riski bulunmuştur ancak bu ilişki Asya kökenli Amerikalılarda gözlenmemiştir. Bu çalışmadan çıkan sonuç diğer araştırmalar da olduğu gibi yeme bozukluklarının kültürler arasında ne denli farklılık gösterebileceği hipotezini desteklemektedir (Akan ve Grilo, 1995).

Yeme bozuklukları sıklıkla endüstrileşmiş toplumlarda daha sık görülmektedir. Örneğin anoreksiya nervoza genellikle Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Japonya, Avrupa ve Avustralya'da daha sık olarak görülmektedir. Az da olsa diğer kültürlerde de gözlenmektedir. Genelde endüstriyel toplumlara göç edip onların ideal vücut kültürünü benimsemiş diğer etnik kökenlerden bireylerde de gözlenebilmektedir. Kültürün yeme tutumları, yeme alışkanlıkları ve ideal vücut kavramına verdiği anlam anoreksiyanın o toplumlarda görülme olasılığını etkilemektedir. Bulimia nervoza'da aynı şekilde gelişmiş milletlerde görülmektedir. İki bozukluk için de görülme sıklığı kadınlarda daha fazladır (APA, 2014).

2.1.2. PSİKANALİTİK AÇIDAN YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları çoğunlukla bedensel ve ruhsal değişimlerin ortaya çıktığı zorlayıcı bir süreç olan ergenlikte başlayabilir. Bu dönemde yetişkin olmaya karşı çelişik duygular yaşayan ergen pek çok gelgit yaşar. Psikanalitik kuramlar açısından yeme bozukluklarının ergenlik döneminde ortaya çıkışına ilişkin farklı açıklamalar bulunmaktadır.

Kohut'a (1971) göre, erken dönemde yaşanan kendiliğin parçalanması ve çözülmesine ilişkin korkunun tekrar etmesi nedeniyle ergenlikte yoğun stres yaşanır. Ergen bu korku ile başa çıkabilmek için çocukken olduğu gibi kendilik nesnesine ihtiyaç duyacaktır. Socarides ve Stolorow'a (1984) göre çocuğun kaygıya tahammülü ve kendini yatıştırma becerisine sahip olması, kendilik nesnelerinin çocuğun duygulanımına uygun cevap vermesi ile mümkün olur. Ergenler kendilik nesnesine ilişkin ihtiyaçlarını genellikle yaşlıları ile giderirler. Bu ihtiyaçları karşılanmadığında ihtiyaçlarını başka kaynaklar, örneğin yemek, madde ve alkol arayarak karşılarlar (Kerr et. al, 1994). Diğer taraftan Bachar (1998) ise yeme bozukluğu olan kimselerin ihtiyaçlarını insanlardan karşılamaktan vazgeçen ve vücuduna dönen kişiler olduğunu bildirmiştir. Goodsitt'e (1985) göre, kendiliğin gelişimi iki ana ihtiyacın karşılanmasıyla sağlanabilir: yüceleştirme ihtiyacı ve benliğin büyüklenmeciliğinin aynalanması. Gelişim sürecinde bu ihtiyaçların karşılanmaması psikopatolojinin oluşumuna sebep olur. Anoreksik kişiler yaşamsal ihtiyaçlarını reddederek ve yemek yemeyerek büyüklenmeciliğin aynalanması ihtiyacını karşılar. Kişi açlığa karşı koyabildiği için bunu doğaüstü bir durummuşçasına yaşar ve kendisini tüm güçlü hisseder. Bulimada ise kendilik nesnesinin yüceleştirilmesi ihtiyacı söz konusudur. Kişi kendilik nesnesinin şefkatini ve sevgisini ister. Kendi değerlerinin oluşabilmesi için yüceleştirmeye ihtiyaç duyar. İhtiyaçlarını kendilik nesnesinden karşılayamayınca yemeği içine alarak bu ihtiyacını karşılamaya çalışır. Diğer yandan kendilik nesnesinin yüceleştirilmesi ondan ayrılmayı da gerektirdiğinden kişi kendilik nesnesinden ayrı olduğunu hissedebilmek için kusar ve içe aldıklarını dışa atar (Bachar, 1998).

Parman (2003) anoroksiklerin yemeyerek bedenlerinin gelişimine engel olduklarını ve bir çocuğun bedenine sahip olduklarını, bu şekilde de cinsel gelişimlerini durdurduklarını ve hemcinsi ebeveyninin de cinselliğini çalmamış olduklarını ileri

sürmüştür. Hogan (1992) ergenlik döneminde libidinal dürtülerin artmasıyla bilinçdışı çatışmaların da arttığını, kişinin erken döneminde yaşadığı odipal çatışmanın olanca şiddetiyle ergenlikte tekrar ortaya çıktığını bildirmiştir. Ona göre, ergen bu çatışmaların yarattığı kaygıyı yaştırmak için dürtüsel baskıyı yücelterek doyum bulmaya çalışır. Cinselliğe ve bedene olan vurgunun artması ergenlikteki oedipal çatışmanın şiddetinin artırır ve bu çatışmalarla başa çıkamayan ergen arzularına engel olmazsa ve doyuma ulaşırsa bu sefer de nesneyi yok edeceğini düşünür. Nesneye sahip olduğunda nesneden çalma hissi yaşayan kişi nesneye sahip olmayarak aslında nesneyi tehdit etmemiş ve kaygısını da azaltmış olur. Bu semptomlar yeme bozukluklarında çatışmaya karşı bir uzlaşma yolu olarak karşımıza çıkar.

Nesne ilişkileri kuramına göre, preoedipal dönemde anneyle olan sembiyotik bağ yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Klein (1948) erken dönemde, çocuğun anneye karşı sevgi ve nefret duyduğunu, nefret duygusunun yıkıcılığını anneye yansıttığını, annenin de kendisine zulüm edeceğinden korktuğunu bildirmiştir. O'Donnell'a (2005) göre, yeme bozukluğu olan kişiler erken dönemde yaşadıkları yoğun zulüm endişesini yemeğe yansıtırlar. Yemeği içe almama, içteki nesneyi korumaya çalışmalarıyla ilgilidir. Kız çocuğunun ergenlikle birlikte bedeni kadın bedenine yani annenin bedenine daha çok benzemeye başlar. Kız çocuğunun anneden ayrışamama, onunla bütün olma ve yenilip yutulma endişesini yoğun olarak tekrar yaşamasına sebep olur. Kız çocuk için bu bir tür yok olmadır. Çocuk yemeyerek anneden ayrı varlığını ortaya koyar (Sugarman and Kurash, 1982). Brough'a (2004) göre, kız çocuk bir yandan kendi varlığını ortaya koyarken diğer taraftan yemeyerek bendeni üzerinden annesinin bedenine zarar vermiş olur. Charles'a (2006) göre bu çatışmalar söz öncesi dönemde yaşandığından çocuk tarafından anlamlandırılmaz ve çatışma bedende ifadesini bulur.

Babanın, annenin arzu nesnesi olmasının, bebeği, annenin arzuladığı tek nesne olmaktan çıkarma görevi bulunmaktadır. Bu sayede anne ile bebek arasındaki sembiyotik ilişkide ayrışma söz konusu olabilir ve bebek ancak babanın varlığına rağmen annesi ile ilişkisinde kendini güvende hisseder. Baba, varlığı ile anne ve bebek arasındaki ilişkide, üçüncü kişi olarak anne ve bebek arasında mesafe oluşturur (Lacan, 1968).

Winnicott (1971) annenin bebeğin ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilmesinin ve tutunma sağlayan bir ortam verebilmesinin bebeğin sağlıklı gelişim için gerekli olduğunu bildirmiştir. Bu sağlanamadığında, çocuğun bedensel ve ruhsal olanı anlamlandıramayacağını, ikisi arasında sınır çizemeyeceğini ileri sürer. Jones'a (1985) göre, anne çocuğun kendisinden ayrılmasına izin vermediğinde ya da ihtiyaçlarını karşılama konusunda fazla sorun yaşadığında çocuk, kendisi ve diğeri arasında sınır çizmede ve iç dünyasında sağlıklı temsiller oluşturmakta zorlanır. Sugarman ve Kurash'a (1982) göre yeme bozukluğu yaşıyanlar da kendileri ve öteki, iç ve dış, ruhsal ve bedensel olan arasındaki sınırları çizmekte zorlanır, dış dünya ile ilişki kurmak yerine ruhsal yatırımlarını bedenlerine yaparlar. Onlara göre kişi, birey olabilmesi ve gelişmiş nesne ilişkilerine sahip olabilmek için geçiş nesnesi olan bedeninden vazgeçebilmelidir.

Psikodinamik model yeme bozukluklarını, yeme reddi, kilo kaybı ve kusma gibi belirtilerini dürtü-çatışma-savunma kuramı çerçevesinde ele alır ve kişinin bunları bilinçdışı oral dönem fantezilerine, anneye yaşanan çatışmalarla ilişkilendirir. Son dönemde psikanalitik modeldeki içsel çatışmaların yerini nesne ilişkileri almaya başlamıştır. Anne ile ilişkideki sorunlara bağlı olarak ayrışma / bireyselleşme aşamasında ortaya çıkan bozulmalar, dış dünya ile kurulan ilişkilerin de doyum vermesine engel olabilmektedir. Bu durumda bireyde narsistik bendensel fiksasyonun ortaya çıktığı düşünölmektedir. Erken dönemdeki ayrılma anksiyetesi ve güvensiz bağlanma kişinin narsistik biçimde bendene saplanmasına yol açmaktadır. alışmalar anoreksiyanın kadınlarda erkeklere oranla daha sık göröldüğünü ortaya koymaktadır ve analitik kuram da bunu annenin kız çocuğuna erkek çocuğa oranla daha fazla narsistik yatırım yapmasından kaynaklandığını bilmektedir. Anne, kız çocuğunu kendi uzantısı olarak görmekte ve kendi umutlarını, korkularını ve fantezilerini ona yansıtmaktadır. Bebek anneden ayrışması zor olduğundan bireyselleşmesi sekteye uğramaktadır ve anne içeriye kötü bir nesne olarak atıldığından, bedeniyle özdeşleşen sahiplenici anneye mücadele edilmeye çalışılmaktadır. Buna bağlı olarak da bedeni kontrol etmek anneyi kontrol etmekle aynı olduğundan zayıflama yoluna gidilmektedir. Dolayısıyla anoreksiya, kişinin kabul edilmesi güç olan tüm dürtülerini bedenine yansıtarak anneyi kontrol ettiği bir savunmadır (Uluhan, 2014).

2.1.3. YEME BOZUKLUĞU PSİKOPATOLOJİSİ

Bilişsel davranışçı açıdan yeme bozuklukları vücut şeklinin ve ağırlığının aşırı şekilde değerlendirildiği, kişinin kendisi ile ilgili temel negatif inançlarını yansıtan bilişsel içeriğe karşılık gelir. Bu, kişinin kendi vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri ya da işlevsel olmayan varsayımları ile kendisini gösteren temel olumsuz inançlarıdır (Fairburn, 2008).

Yeme bozuklukları geliştiren insanlar mükemmeliyetçidir. Çevrelerinden ve kendilerinden beklentileri yüksektir. Fiziksel olarak zayıf olmak çabası da mükemmel olma girişimlerinin en önemli parçasıdır. Eğer şişmanlarsa ve çevrelerinden bu konuda negatif bir geribildirim alıyorsa bu durum onları yeme bozukluğu geliştirmeye elverişli hale getirmektedir. Yeme bozukluğu geliştiren insanların mükemmeliyetçi tutumlarının yanı sıra benlik saygılarının da düşük olduğu bilinmektedir. Hastalar ayrıca kontrol duygularını ellerine geçirdiklerin de ancak huzur bulabilmektedirler. Yeme bozukluğu geliştiren hastaların ayrıca kimlik algılarının da düşük olduğu bilinmektedir. Ergenlik döneminden itibaren sosyalleşme davranışlarını dış görünüşlerine sığınarak sergilerler (Ertaş, 2006).

Kendilerini aşırı derecede eleştiren bu kişiler yemek yeme, kilo ve vücut şeklini kontrol edebilmek uğruna aşırıya kaçan standartlar koyarlar. Bu standartlara ulaşamadıklarında ya da hedeflerini gerçekleştiremediklerinde bu hedeflerin aşırı olduğunu düşünmezler. Bunu yerine hatalı olanın kendileri olduğunu düşünürler. Bunun sonucunda da kendilerini olumsuz değerlendirirler ve başarıya ulaşmak için daha çok çaba gösterirler. Başarıya ulaşma çabası yeme, kilonun ve vücut biçiminin kontrol edilmesidir. Ortaya çıkan bu kısır döngü devam eder ve yeme bozukluğunu sürdürür (Wilson and Fairburn, 1993).

Kişinin bedenine ilişkin memnuniyetsizliği, beden ölçüsü ve kilosuyla ilgili endişeler olabileceği gibi duygu durum ile ilişkili olabilir. Bu endişeler de geniş ölçüde vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili tutumları ya da aşırıya kaçan değerlendirmeleri kapsar (Fairburn, 2008; Cooper and Fairburn, 2001).

2.1.3.1. Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2014). Anoreksiya ve bulimia kadın ve erkekler açısından benzer olan farklı bir psikopatolojik özelliktir. Her iki sınıflandırmada da hastalar bedenlerini ve kilolarını abartılı şekilde değerlendirirler. Diğer insanlar kendilerini çeşitli alanlardaki performansları ile değerlendirirken anoreksik ve bulimik hastaların odak noktasında vücutlarının şekli ve kiloları ile bunlar üzerindeki kontrollerine ilişkin algıları vardır. Anoreksiyada kişi kilo kaybı için yeme miktarını minimum düzeyde tutar ve bunu sağlayabilmek için de inzivaya çekilme, rekabet ve kendini cezalandırma gibi motivasyonel araçlar kullanırlar (Fairburn and Harrison, 2003). Çoğu hastada depresyon, anksiyete bozuklukları, asabiyet, ruhsal değişkenlik, konsantrasyon bozukluğu, cinsel istekte azalma ve obsesif özellikler görülebilir. Bulimik hastaları anoreksiklerden ayıran beslenme kısıtlanmasından sonra ortaya çıkan tıkanırcasına yeme atakları ve ardından kusma ya da laksatif kullanımınıdır. Çoğu bulimia hastası aşırı yemeye ilişkin kontrol kaybı nedeniyle sıkıntı yaşar ve utanç duyarlar. Bu nedenle de anoreksik hastalara nazaran kolaylıkla tedavi alabilirler. Çoğu bulimik hastada depresyon, anksiyete bozuklukları görülür (Beumont, 2002).

Anoreksiya nervoza toplumda sık olarak görülen bir rahatsızlık değildir ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Yapılan araştırmalar her 20 kadına karşı sadece 1 erkek anoreksiya nervoza hastası olduğunu göstermektedir. Anoreksiya Nervoza birçok hastalıkla eş zamanlı olarak görülebilmektedir. Bunlardan en göze çarpanları depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007).

Anoreksiya nervozanın bedene birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. İlk olarak yemek alım miktarlarını ciddi miktarlarda keserler ve iştahları ilerleyen dönemlerde gittikçe azalmaktadır. Kadın hastaların menstrual döngüleri yavaş yavaş azalmaya başlamaktadır. Hastaların yemek yeme davranışları da anormallik göstermektedir, tabaklarındaki yemekleri çok küçük parçalara bölerek yemektirler. Aşırı kilo kaybının olumsuz getirisi olarak hastalarda; ödem, hipotansiyon, çok incelmış saç yapısı ve bradikardi gözlenmektedir. Ayrıca anoreksik hastalarda, hastalığın başlangıcında yaş

dokusunda azalma dışında klinik ve laboratuvar bulgu bulunmayan anoreksiyada bulgular malnütrisyon ve tartı kontro yöntemleri ile ilgilidir. Ciltte kuruma tüylenme ve periferik ödem görülebilir. Bu hastalarda visseral yağ dokusu, deri altı yağ dokusundan fazladır ve beden kitle endeksi normalden düşüktür. Beyin omurilik sıvısındaki leptindüzeyi sağlıklı kontrollerden daha düşük olup laboratuvar elde edilen bulgular sadece beslenmek eksikliğinin fizyolojik sonuçlarını gösterebilmektedir ve tanı koyucu değildir. Anoreksiyada kusan, laksatif ve diüretik kullanan hastalar dışında serum elektrolitleri normal gözlenir. Şiddetli kusmalarda hipkalemik metabolik alkalozla birlikte parmaklarda, damakta lezyonlar ve yüzde petişiler olabilir. Hastalık ileri evrelerde olmadığında serum protein düzeyleri normaldir ve ağır vitamin eksikliğine de rastlanmaz. Kusan, laksatif ve diüretik kullanan vakalarda elektrolit dengesizliklerin yanı sıra kardiyak aritmi, kas zayıflığı, ronal sorunlar ve ölüm görülebilir. İntihara ve tıbbi komplikasyonlara bağlı olarak %18 gibi bir ölüm oranı bulunmaktadır (Köroğlu, 2009).

Bulimia nervozası olan bireyleri çıkartma türü anoreksiya nervozası bulunan bireylerden ayıran ise, bulimiası olan hastaların normal kilo düzeylerinde olmaları ancak çıkartma türünde olan anoreksiya nervozası olan bireylerin kilolarının gözle görülür derecelerde az olduğu saptanmaktadır. Bu yüzden ölüm oranı açısından hastalar karşılaştırıldıklarında ise anoreksiya nervoza hastalarında ölüm oranı bulimia nervoza hastalarına oranla bir hayli yüksekte görünmektedir. Bulimik hastalar aşırı yeme davranışlarının ardından durumu telafi edecek davranışlarda bulunup kilolarını kontrol etme amacı taşımaktadırlar (Butcher, Mineka, Hooley, 2008,).

Anoreksiya nervoza hastalarının başarı odaklı insanlar oldukları bilinmektedir. Kendilerini öldürecek derecede aç bırakmalarını da özdenetimlerinin bir sonucu olarak görebilmektedirler. Bulimia nervoza hastaları ise davranışlarının üzerinde hiçbir kontrollü olmadıkları duygularını taşımaktadırlar. Aynı zamanda çoğu zaman öfkeli oldukları ve genelde dürtü kontrol bozuklukları oldukları tespit edilmiştir (Köroğlu, 2009).

2.1.3.2. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun DSM-V tarafından resmi olarak kriterleri oluşturulmamıştır. DSM-V’de başka türlü yeme bozukluklarının bünyesinde açıklanıp, önerilen tanı ölçütleri arasındadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan hastalar tıpkı bulimia nervosa hastaları gibi tıkanırcasına yeme davranışlarında bulunurlar ancak aldıkları kalori miktarlarını telafi davranışlarında bulunmamaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan hasta grubu anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan farklı olarak gençlik döneminde olan hastalarda değil 30 ve 50 yaş grubu arasındaki hastaları kapsamaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan hasta grubu kilolu veya obez kategorisine girmektedir (Butcher et al. 2008).

Fairburn’a (2008) göre tıkanırcasına yeme bozukluğu, düşünce yapısına bağlı bir bozukluktur ve kişi kendisi ve bedeni ile ilgili olumsuz düşünceler geliştirir. Bu düşünceleri nedeniyle mutsuz olan kişi daha fazla yer ve yeme davranışı ile ilgili kontrolü kaybettiği için mutsuzluğu sürer ve kısır döngü içinde kalır.

Bulimia Nervozada tıkanırcasına yeme davranışının fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili olduğu ve bu tutumların davranışın sürdürülmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Polivy and Herman, 1985; Powers et al., 1987). Fonksiyonel olmayan tutumlar açısından bulimik hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Butterfield and Leclair, 1988; Goebel et al., 1989; Steiger et al., 1990; Nauta et al., 2000).

2.2. OBEZİTE

Obezite, vücutta anormal derecede fazla yağ dokusunun bulunması olarak tanımlanan bir sağlık sorunudur (Friedman and Brownell, 1995). Bu sağlık sorunun yaşam süresi ve kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin bulunmasının yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü tarafından birçok hastalığa zemin oluşturan en riskli hastalıklardan biri olarak gösterilmektedir (Erdoğan, 2013). Obezite, birçok neden bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikler, iştahı açan ya da kişiyi yemeye sevk eden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler, karbonhidrat ve yağ depolamasıyla ilgili genetik bozukluklar insanların beslenme

derecelerini belirler (Guyton and Hall, 2001). Bouchard'ın (2001) bildirdiğine göre obezitenin genetik yönü de bulunmaktadır. Cinsiyet açısından bakıldığında, kadınların erkeklere oranla daha fazla yağ içerdikleri, bunun gebelik ve doğumla ilgili olduğu, östrojenin yağ dokusunu arttırıcı etkisinin bulunduğu bildirilmiştir (Peker ve ark., 2000). Çalışmalar, çocukluk döneminde ve yetişkinlik döneminde obez olma riskinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (Anon, 2002). Obezitenin gelişiminde genetik, cinsiyet, fiziksel aktivite miktarı, sosyo-ekonomik düzey, kültürel düzey, nörojenik faktörler, hormonlar ve nörotransmitterlerin etkisinin bulunmasının yanı sıra anne baba tutumlarının da obezitenin oluşumuna etki ettiği Erdoğan'ın (2013) çalışmasında ortaya konmuştur.

Vücutta yağ oranının aşırı artışı olarak bilinen obezite, psikolojik, sosyal ve tıbbi boyutları bulunan bir sağlık sorunudur. Obez kişilerde çok büyük miktarda yiyeceğin kontrolsüz biçimde tüketilmesi, yani tıkanırmasına yeme davranışı klinik açıdan önem kazanmıştır (Schienle et al. 2009). Legenbauer et al (2011) tıkanırmasına yeme davranışının bedeninden memnun olmama ile ilişkili depresif belirtiler ya da hayal kırıklığı gibi olumsuz duygularla başa çıkabilmek için kullanılan bir duygu düzenleme stratejisi olabileceğini ileri sürmüştür. Tıkanırmasına yemenin obezite gelişiminde önemli bir katkısı vardır (Yanovski, 2003). Marcus, Moulton ve Greeno (1995) tıkanırmasına yemek yiyen obez bireylerin vücut şekli, kilo ve yeme konusunda kaygılarının yüksek olduğunu, Wilson ve Fairburn (1993) ise tıkanırmasına yeme davranışı olan obez bireylerin yeme tutumu ile ilgili sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Tıkanırmasına yiyen obez bireylerde psikotizm ve paranoid düşüncelerin tıkanırmasına yemeyen obez bireylere göre daha yüksektir (Babayiğit, Alçalar ve Bahadır, 2013). Araştırmalar, obezitenin tek başına depresyonla bağlantısının olmadığını ancak tıkanırmasına yeme ile depresyon arasında bir ilişki olduğuna işaret etmektedir (Marcus et al., 1995; Telch and Agras, 1994; Babayiğit, Alçalar ve Bahadır, 2013).

Tıkanırmasına yeme bozukluğu ve obezite gibi hastalıkların prevalansını araştıran bir çalışmada siyahi kökenli ve beyaz olmak üzere 28 ve 40 yaş arasında değişen kadın ve erkekler kullanılmıştır. Araştırmada tıkanırmasına yeme bozukluğunun prevalansı

%1.5 olarak görülmektedir. Sonuçlar beyaz kadın, erkek ve siyahi kökenli kadınlarda farklılık göstermezken siyahi kökenli erkeklerde tıknırcasına yeme bozukluğu daha az görülmüştür. Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde depresif duygulanım daha fazla görülmüştür. Ayrıca beden kitle endeksi obeziteyi işaret eden bireyler arasında görülme sıklığı en yüksektir (Hohlstein, Smith, Atlas, 1998).

Benzer bir çalışma Fransa'da 447 kadına uygulanmıştır. Grupları kilo kontrol merkezlerine başvuran ve başvurmeyen gruplar oluşturmaktadır. Sonuçlar kilo kontrolü klinik veya merkezlerine başvuran kadınlar arasında tıknırcasına yeme semptomlarının ve bulimianın daha fazla görülmesi şeklinde olmuştur. Kilosu sürekli yükselip alçalan bireyler arasında daha fazla gözlenmiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu tespit edilen kadınların %29'u diyet hapları kullanmakta olduklarını ve %39'u zayıflamak için kendini kusturduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmadan ortaya çıkan sonuç ise tıknırcasına yeme bozukluğu kilo vermeye çalışsan insanlarda daha fazla görülmektedir (Basdevant et al. 1995).

Obez bireylerde tıknırcasına yemedeki bozukluk psikolojik ve sosyal işlevselliğin bozulması, psikopatoloji ve yaşam kalitesinin düşük ile ilişkili olabilir (Grillo et al., 2008; Goldschmidt et al., 2010). Araştırmalar tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin olmayan obezlere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Marcus et al., 1990; Friedman et al., 2002; Wonderlich et al., 2009). Didie ve Fitzgibbon'a (2005) göre tıknırcasına yeme bozukluğu ile depresif belirtiler arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Tıknırcasına yeme bozukluğunun eşlik etmediği obez kadınlarda, eşlik edenlere göre daha fazla psikiyatrik bozukluk ve tıbbi sorunlar yaşadıkları ortaya konmuştur (Bulk et al., 2005). Bunun yanı sıra tıknırcasına yeme bozukluğu teşhisi alan obezlerde almayanlara nazaran daha düşük benlik saygısı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur (Mitchell and Mussell, 1995; Yanovski et al., 1993; Kuehnel and Wadden, 1994).

2.3.BEDEN KİTLE ENDEKSİ

Kişinin sahip olduğu kilonun hangi normlarda olduğunu belirlemede kullanılan etkin yöntem beden kitle endeksinin hesaplanmasıdır. Beden kitle endeksi kilonun metre olarak kişinin boy uzunluğunun karesine bölünerek hesaplanabilmektedir. Kişinin

beden kitle endeksi 18,5 kg/m² altında bir değerde ise kişi zayıf, kişinin beden kitle endeksi 18,5-24,9 kg/m² aralığında ise kişi normal kilolu, kişinin beden kitle endeksi 25-29,9 aralığında ise kişi hafif derecede şişman, kişinin beden kitle endeksi 30-34,9 kg/m² aralığında ise kişi orta derecede şişman, kişinin beden kitle endeksi 35-39,9 kg/m² aralığında ise kişi ağır derecede şişman, son olarak aralık 40 kg/m² üzerinde seyrediyorsa ise kişi çok ağır derecede şişman anlamına gelmektedir (Kadioğlu, 2009).

910 erkek ve 955 kadının beden kitle endeksi ortalamalarının 10 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada bu süre içerisinde kadın ve erkekte beden kitle endeksinin sırasıyla 1,29 ve 1,26 kg/m² hesaplandığı ortaya çıkmıştır. Son olarak erkekler için beden kitle endeksi 26,8 kg/m² olarak hesaplanırken, kadınlar içinse bu oran 29,2 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Katılımcılardan 30 yaş ve üzerindekiiler için obezite görülme sıklığı ise erkekler için %21 ve kadınlar için %43 olarak hesaplanmıştır (Onat ve ark., 2001).

Beden kitle endeksi yeme davranışı ve tutumunu belirlemede büyük öneme sahiptir. Örneğin niversite ğrencisi kadınların yeme bozuklukları ve genel psikolojik belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada beden kitle endeksi ve obsesif kompulsif belirtilerin öğrencilerin belirti düzeyini en çok etkileyen değişken oldukları ortaya çıkmıştır (Erol ve ark., 2002).

2.4. BEDEN ALGISI VE YEME TUTUMLARI

Beden imajı içeriğini ifade eden kavram, ilk olarak Head (1920) vücut şeması olarak açıklamış ve geçmiş yaşantılar ve şimdiki yaşantıların kortekste organize olduklarını ileri sürmüştür. Schilder (1935) bu kavramı genişletmiş ve beden imajının sadece bireysel ve ruhsal durumla ilgili olmayıp hem birey hem de toplum için farklı anlamı olduğunu bildirmiştir.

Kişi kendini dışarıdan göremez, bu nedenle başkasının kişiyle ilgili düşünce ve sözleri onun için önem taşır. Ergen açısından arkadaş grubu, aile ve toplum ideal beden görünümü için belirleyicidir (Oktan ve şahin, 2010).

Harter (1990) olumsuz beden imajı algısına sahip olan ergenlerin yedikleri yemekten rahatsız oldukları ve bu sebeple yeme bozuklukları geliştirdikleri ortaya koymuştur. Ona göre, beden imajı ruhsal sağlığının önemli bir yönünü oluşturmakta ve kendini kabul, kendine güven, karşı cins için popülerlik konularında önemli bir etkiye sahiptir

Beden imajı, kişinin kendi fiziksel görünümü hakkında ne düşündüğünü, ne hissettiğini ve nasıl davrandığını temsil eden, algısal, bilişsel ve afektif unsurları olan çok boyutlu bir yapıdır (Muth and Cash, 1997). Beden imajı bireyin fiziksel görünümüne ilişkin düşüncelerini ve inançlarını ve aynı zamanda bireyin görünümüyle ilgili olarak ortaya koyduğu davranışları tanımlar (Cash and Szymanski, 1995).

Literatürdeki çalışmalar kadınların %50'sinin görünümlerinden memnun olmadıklarını (Vartanian, Giant and Passiono, 2001) vurgularken bazı çalışmalar da bu memnun olmama durumunun sadece genç kadınlarda değil yaşlı kadınlarda da olduğunu ortaya koymuştur (Allaz et al., 1998; Lewis and Cachelin, 2001; Pliner, Chaiken and Flett, 1990; Webster and Tiggemann, 2003). Diğer yandan bedenin nasıl görüldüğüne ilişkin memnuniyetsizlik hem kadın hem de erkeklerde vardır. Araştırmalar olumsuz beden algısının düşük benlik saygısıyla ilişki olduğunu (Green et al., 2009) ve olumsuz beden algısı ve memnuniyetsiz oluşun depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları açısından risk faktörü oluşturduğunu (Forman and Davis, 2005) göstermiştir.

Kişinin beden görünümüne ilişkin memnuniyetsizliği, yaşadığı ailenin zayıf olmaya önem veriyor olmasına bağlı olarak yeme bozukluklarına yol açabilir. Özellikle görünüme önem veren ailelerde yetişen kızlar, görünümünün toplum ve aile standartlarına yeterince uygun olup olmadığına fazlasıyla kaygı yaşıyor olabilirler (Ertekin, 2010). Kitchler ve Crowter (2001) çalışmalarında annelerde beden imajına ilişkin memnuniyetsiz oluşun ve yeme bozukluğunun kızları üzerinde de etkisinin bulunduğunu ortaya koymuşlardır.

Çocukluk ve ergenlik döneminde, beden görünümünün ailesi tarafından eleştirilmesi ya da alay edilmesi sonraki dönemde kişinin ben imajına ilişkin memnuniyetsizliğinin artırmasına neden olmaktadır (Schwartz et al., 1999). Anne

babaları tarafından bu tür tutuma maruz kalanlar, bedenlerinden memnun olmama, kendilerini başkalarıyla karşılaştırma, zayıf olma idealini içselleştirme, bulimik davranışlar, gıda tüketimini azaltma, kendilik saygısında azalma ve depresyonla karşı karşıya kalabilmektedirler (Keery et al., 2005).

2.5. BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMLARI

Rosenberg (1965), bireyin sahip olduğu benlik saygısını, kişinin kendi, kendisine ile ilgili, olumlu ve olumsuz tutumu olarak belirtmektedir. Benlik saygısı, kişinin kendisine yönelik yapmış olduğu analiz sonucun da oluşan sonuçtur. Kişinin kendine yönelik analizi sonucunda oluşan çıkarsamalar ile birlikte oluşan yargı, kişinin benlik saygısının düzeyi konusunda belirleyici faktör olmaktadır. Benlik saygısı için, kişinin kendi benlik kavramına ilişkin vardığı değerlilik yargısıdır (Eriş ve İkiz, 2013)

Harter (1990) kişinin benlik saygısını etkileyen en önemli faktörün görünümüyle ilgili duyguları olduğunu ileri sürmüştür. Bu fiziksel saygıyı yaşlıları tarafından kabul edilme takip eder. Diğer yandan benlik saygısı üzerinde ahlaki değerlerin ve akademik yeteneklerin etkisi daha azdır.

Benlik Saygısı; kişinin kendini geneline bakarak değerlendirmesi ile ulaştığı netice (Rosenberg, 1979) şeklinde kendilik teorileri arasında hatırı sayılır derece üzerinde durulan bir olgudur. 1990'da Harter, literatürde yer alan benlik saygısı kavramının geliştirilmesine katkı sağlamasının yanı sıra, aralarında bağlantı olabilecek diğer değişken kavramları da ele almıştır. Bu yönden literatürde yer alan araştırmalar ele alındığında modern modeller içerisinde benlik saygısıyla örtüşürülen çok çeşitli psikolojik bozukluk ve durum farklılığına sebep olan etken bulunabilmektedir.

McFarlane ve arkadaşları (2001) yetişkin kadınlarda yeme bozukluğu için beden şekli ve ağırlığıyla alakalı benlik saygısının önemli olduğunu bildirmişlerdir. Benlik saygı seviyesi normalin altında olanlar kendileri ile ilgili nasıl düşünceleri ve analiz yapmaları gerektiğini kestiremediklerinde, bu konuyu netleştirmek için yakınlarındaki kişilere güvenirlere ve bunun neticesinde devamlı olarak değişim içinde olabilmektedirler. Ancak bu değişimin sürekliliğinin olmaması kişinin özsaygısı ve öz

yeterliliği üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Kişi benlik saygısı düştüğü zaman başkalarının yaptığı değerlendirme nedeniyle sorun yaşayabilmektedir.

McFarlane et al. (2001) benlik saygısı az olan kadın bireylerin fiziksel görünümüne yüksek yatırımda bulduklarını ileri sürmüştür. Öz-değer için bir kaynak olması için beden görünümüne önem göstermelerinin yanı sıra, kendilerini daha iyi hissetmek için devamlı olarak bedenleri ile ilgili bir uğraşları bulunmaktadır.

McFarlane et al(2001) kadınların erkeklere göre çok daha zayıf ve değerşken özsaygı seviyeleri olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sonucunda erkekler, çevreye bağlı etmenlerin etkisi altında daha az kaldıkları gibi, sadece etki altında kalmadıkları anlarda bir sonuca vardıklarında özsaygılarında farklılıklar yaşandığı gözlenmiştir. Bu beslenme bozuklukları yaşayan insanlar arasındaki cinsiyet farkını açıklayıcı olması için yeterince önemli bir çıkarımdır.

McFarlane et al. (2001) benlik saygısı az olan bireylerin pozitif geribildirimleri geçerli saymadıkları, negatif tepkilere inanmaya daha meyilli olduklarını ortaya koymuştur. Benlik saygısı fazla olan bireyler, pozitif geribildirimleri kolay onaylarken, negatif yorumları olabildiğince az almaya meyillidirler. Bunun sonucunda pozitif ya da negatif yorumlara göre fiziksel görünümünde değerşiklik yapma amacı gütmeyenler.

Harter (1990) benlik saygısının kişinin kendisini bir birey olarak ne ölçüde sevdiği, saygı duyduğu ve kabul ettiği olarak tanımlamıştır. Erken ergenlik dönemi boyunca, benlik saygısı, fiziksel gelişimin de dahil olduğu pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu süreçte yaşanan bedensel değerşimler kişinin beden algısını etkilemektedir. Dolayısıyla ergenlik süreci hem beden imajı hem de benlik saygısı ile ilişkilidir (Williams and Currie, 2000).

2.6. ÇOCUKLUK ÇAğI TRAVMALARI VE YEME TUTUMLARI

Dünya Sağlık Örgütüne göre, çocuk istismarı ve çocuğa karşı kötü muamele, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerlerine zarar veren, fiziksel, duygusal

kötü davranışı, ihmali, ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşam olaylarının yeme bozukluğu üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara göre, çocukluk çağı cinsel istismarı yeme bozuklukları için spesifik olmayan bir risk faktörüdür (Brewerton, 2002, 2004, 2005, 2006; Jacobi, Morris and de Zwaan, 2004; Molinari, 2001; Smolak and Murnen, 2002; Wonderlich et al., 1997). Yeme bozukluğu ile ilgili travmatik olaylar cinsel istismarı olduğu kadar diğer istismar türleri (Dansky, Brewerton and Kilpatrick, 200; Johnson et al., 2002) ve tekrarlayan travmatik yaşantılar (Leonard, Steiger and Kao, 2003) arasında ilişki vardır.

Andrews (1995) çocukluk döneminde kişinin maruz kaldığı cinsel istismar, mağdurun bedenine ilişkin utanç duygusunu arttırdığı ve buna bağlı olarak da yeme bozukluklarına temel oluşturduğunu iddia etmiştir. Genel olarak bu çalışmalarda yeme davranışında ortaya çıkan bozulma, istismarla başa çıkabilmek için bedenin kullanılması ve yeme bozukluklarında görülen bedensel değişimlerle ilişkilendirilmiştir. Diğer yandan Wonderlich ve arkadaşlarına (1997) göre erken çocukluk çağı travmaları birden fazla psikopatolojik süreçle sonuçlanabilirler ve bu da yeme bozukluklarına yatkınlığı arttırabilmektedir. Kent, Waller ve Dagnan (1999) cinsel istismar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiye araştırdıkları çalışmalarında, impulsif davranışlar, madde kullanımı, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyasyon ve kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Özellikle kendine zarar verme davranışı ve yeme bozukluğunun çocukluk çağı istismarı ile ilişkisinin bulunduğu çeşitli araştırmalarda da ortaya konmuştur (Welch and Fairburn, 1996; Favaro and Santonastaso, 1998).

Brady (2008) fiziksel şiddet ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada fiziksel şiddete maruz kalmanın yanı sıra aile içinde şiddete tanık olmanın da yeme tutumlarını etkilediği, ayrıca bunun cinsiyet açısından fark göz etmediğini bulmuştur. Çocukluk çağı fiziksel istismarının, özellikle de aile içi şiddete maruz kalmanın travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkisi bulunmaktadır (Wolfe at al., 2003; Neumark et al., 2000).

2000'li yılların başına kadar yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalarda cinsel istismar ve fiziksel istismar önceliği bulunmaktaysa da son yıllarda duygusal istismar ve ihmalin etkileri üzerinde çalışan araştırmalar giderek artmaktadır. Yapılan ilk çalışmalarda yeme bozukluğu bulunanların ailelerinin ve aile ortamlarının anorektikler için intruzif, aşırı korumacı ve kontrolcüyken, bulumikler için kaotik ve duygusal olarak uzak, soğuk nitelikte olduğu ortaya konmuştur (Bruch, 1973). Kent, Waller ve Dagnan (1999) ise diğer istismar türleri kontrol ederek yeme bozukluğunda birincil belirleyicinin çocukluk çağı duygusal istismarı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Follette, Ruzek ve Abueg (1998) yeme bozukluğu ve travma arasındaki ilişkiye strese yatkınlık modeli açısından baktıkları çalışmalarında, tüm çocukluk çağı istismarlarının kişide sınır ihlali olarak yaşandığını ve bunun güven sorunu yarattığını, istismar devamlı ve tekrarlayıcı olduğunda ise çocuğun benlik kavramı ve benlik saygısında azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Strese yatkınlık modeli açısından bakıldığında azalmış benlik saygısı kişinin güçlü afektlerle başa çıkmasında zorlanmasına neden olmaktadır ve genel anlamda strese maruz kalmaya da yatkınlık göstermelerine sebep olmaktadır. Bu da yeme davranışının bozulması gibi uygun olmayan başa çıkma stratejilerinin gelişimine yol açmaktadır.

2.7. ANNE-BABA TUTUMLARI VE YEME TUTUMLARI

Erdoğan (2013) obez ergenlerin anne babalarının, normal ergenlerin anne babalarına göre daha fazla davranış kontrolünün olduğunu ve obezlerde normallere göre anne baba tepkiselliğinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Diğer yandan aynı çalışmada obez olanların sosyal fizik kaygı düzeylerinin de normallere göre yüksek olduğunu tespit etmiştir. Obez ergenlerde anne babaların tepkisellikleri arttıkça sosyal fizik kaygı düzeylerinin de azaldığı, anne babaların kontrolcü davranışları arttıkça obez ergenlerde sosyal fizik kaygı düzeylerinin de arttığı bulunmuştur.

Günöz ve arkadaşları (2002) çocuğun her ağlamasında biberon ile süt vermenin, kalori miktarı yüksek besinlere erken başlamanın ve bunları fazla miktarlarda vermenin

çocuklarda şişmanlığa yol açtığını bildirmişlerdir. Cinaz ve arkadaşları ise (2003) anne sütü ile beslenmenin obezite riskini azalttığını ortaya koymuşlardır.

Aile içi olumsuz ilişkiler çocuğun ruhsal yapısında etkiler bırakarak gelecekte aşırı yeme davranışının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Obezite problemi olan çocukların özellikle ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan, grup faaliyetlerine katılmama ve arkadaş edinememe gibi psikolojik problemler çocuğun giderek daha da pasif hale gelmesine ve obezitesinin artmasına sebep olmaktadır (Cinaz ve ark., 2003).

Tuner, Rose ve Cooper (2004) anne babası ile birlikte yaşayan ergenlik dönemindekilerde yeme bozukluğu belirtilerinin anne baba tutumu ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, anne ilgisi, baba ilgisi ve annenin aşırı korumacı oluşunun yeme bozukluğu belirtilerini açıklayabildiğini ortaya koymuşlardır. Bunun yanı sıra kusurluluk / utanma ve iç içe geçme/bağımlılık şemaları da yeme bozukluğunun gelişimini anlamlı biçimde açıklamaktadır. Kusurluluk /utanma ve iç içe geçme / bağımlılık şemaları ebeveyne bağlanma ve yeme tutumlarını arasındaki ilişkide önemli bir aracılık etkisine sahiptir. Anne babanın ilgisinin az oluşu ve aşırı koruyucu oluşu bireyin yeme tutumları üzerinde ve yeme bozukluklarının gelişimine katkı sağlamaktadır. Anne babanın ilgisi azaldığında kişi, kusurlu olduğuna ve önem verdiği insanlar tarafından sevilmediğine ilişkin inançlar geliştirebilmektedirler. Annenin aşırı koruyucu olduğu durumda ise çocuk, gündelik yaşam problemleri ve sorumlulukları ile başa çıkamadığına ilişkin bir inanç geliştirme eğiliminde olmaktadır. Cooper, Todd ve Wells (1998) erken dönemde gelişen uyumsuz şemalarla, beden ağırlığı, benden görünümü ve yeme ile ilişkili işlevsel olmayan varsayımların yeme bozukluğunun gelişimine neden olduğunu ortaya koymuşlardır.

Obezitede aşırı yeme sorununun açıklamaya çalışan psikanalitik kurama göre obez bireyler psikoseksüel gelişimin oral döneminde takılmaktadırlar. Bu fiksasyon hırs, bağımlılık, sabırsızlık, iyimserlik ya da karamsarlık ve oburluk ile karakterize bir kişilik yapısı oluşturmaktadır (Hamburger, 1951).

Baumrind, (1968) çalışmasında otoriter tutuma sahip ebeveynleri olan çocukların yaşlılarıyla ilişkilerinde kaygılı ve güvensiz olduklarını ortaya koymuştur. Otoriter anne baba tutumuna sahip ebeveynlerin çocukları günlük faaliyetlerinde,

isteksiz, kendini ifade edemeyen ve çekincen çocuklardır. Bunun yanı sıra özellikle erkek çocukların saldırganlık eğilimleri yüksek ve benlik saygılarının ise düşük olduğu ortaya konmuştur. Aynı şekilde izin verici anne baba tutumuna sahip ebeveynlerin de çocuklarının dürtü kontrolünde problemler yaşadıkları ve diğer çocuklara göre bağımlı özelliklerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Otoriter ebeveyn ve izin verici ebeveyn tutumları iki farklı uçta görülüyor olsa da iki tutumda da çocuklarda benlik tutumları diğer çocuklara göre düşüktür. Diğer yandan izin verici anne baba tutumu olan ebeveynlere sahip olan çocuklar duygu durum açısından otoriter anne babaların çocuklarına göre daha olumludur. Demokratik anne babaların çocukları ise kendilerini iyi ifade edebilmekte, bağımsız kalabilmekte ve iş birliğine açık olabilmektedirler.

Obezitede, hastalığı açıklamaya yönelik biyolojik ve tıbbi yaklaşımların yanı sıra psikanalitik görüşler de bulunmaktadır. Psikanalitik açıdan obezlerde bağımlılık gereksinimleri çözümlenmemiştir. Bu kişiler psikoseksüel gelişimin oral dönemine fikse olmuşlardır (Vural, 2015). Oral döneme saplanma yaşayan kişi, iyimserlik ya da karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık, sabırsızlık özelliklerine sahiptir ve bu oral kişilik yapısının obezite ile oldukça güçlü ilişkisi vardır. Freudiyen açıdan bakıldığında, yeme davranışı ve obezite arasındaki bağ oral dönemle ilgilidir. Oral dönem doğum sonraki ilk yıldır. Haz kaynağı bu dönemde daha çok ağız, dudak ve dildir ve libido bunlarla doyum sağlayabilmektedir. İçme davranışı emme, çiğneme ve yutma eylemi ile belirginleşir ve bu davranış hem ağız ve çevresinin hem de oral dönemin egemen işlevidir. Bebekler için içme ve doyum önceliklidir ve bu evrede bebek sadece doyum değil aynı zamanda alışverişi de yaşamının erken döneminde öğrenmeye başlar. Bebek ve bebeğin yaşamının devamlılığını sağlayacak anne arasındaki alışverişte yaşanacak olayların en önemli değişkeni annenin kişiliğidir. Anne çocuğa kendi alıcı ve verici özelliklerini aktarır. Verebilen anne ile almasını bilen bir çocuğun gelişimi sağlanır. Bu ilişkide almayı öğrenmek verebilmenin ön koşuludur. Kendi gereksinimlerini ön planda tutan, güçsüz ve kuşku duyan anne çocuğun sağlıklı şekilde almasına engel oluşturur. Anne vermeyi başaramadığında çocuk için vermek yerine almayı düşünen nesne tasarımının gelişmesi ve çocuğun çevresiyle ilişkisinin bozulması söz konusu olmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkabilecek alışveriş dengesizliği sadece almayı düşünen bir kişiliğin oluşumuna neden olabilmektedir. Yeme tutumlarında bozukluk olan çoğu kimsede bu dengesizlik gözlenmektedir. Anne otoriter yapısıyla bu

alışverişte bebeği farkında olmadan güç gösterisine çekmektedir. Çocuk bu tutuma bağlı olarak almayı güçlü olmak vermeyi ise güçsüzlük olarak algılamaktadır. Vural (2015) aşırı şişmanlığın temelinde annenin çocuğa senin ne zaman acıkacağına ve ne zaman doyacağına ben karar veririm mesajının bulunduğunu bildirmiştir.

Anneler umutsuz ve karamsar olduklarında çocuklarına geleceğin umut içerdiğine ilişkin inancın gelişmesini engellerken, sevemeyen anneler çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak görmelerini engellemektedirler. Dolayısıyla oral dönem umut, inanç ve temel güven duygusu ile sevginin belirleyici olduğu bir dönemdir. Analitik kurama göre aşırı yeme ve yemedeki bozulmalar depresyon, anksiyete ile uyuma yönelik ya da uyumu bozan bir başa çıkma tepkisidir. Obezitede kişi aşırı yiyerek anksiyete ile başa çıkmayı öğrenirler ve bu da obez bireylerin edilgen bağımlı özellikleri nedeniyle alternatif başa çıkma becerilerini geliştirmelerine engel olur (Vural, 2015).

2.8. BAĞLANMA STİLLERİ VE YEME TUTUMLARI

Safran (1990) insanların gelecek dönemlerinde kişilerarası ilişkilerinde ortaya koydukları tutumların çocukluklarında bağlanma ilişkisi kurdukları kişilere göre belirlendiğini bildirmiştir. Bağlanma ilişkileri sonucunda gelişen içsel çalışan modellerin yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerde prototip olarak kullanıldığı ve bunlar doğrultusunda ilişkilerin yapılandırıldığı bildirilmiştir. İçsel çalışan modeller kişinin genel sosyal etkileşimleri ve duygu düzenleme tarzını ortaya koymada önemli görünmektedir. Bowlby'e (1973) göre bağlanma ilişkisinin kurulduğu kimselerle olumsuz yaşantıların bulunuyor olması öfke ve kaygı duyguları yaratmaktadır ve yeme bozukluklarının tedavisinde bu duygular önemli bir etki olarak ortaya çıkmaktadır.

Yeme bozuklukları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmalara bakıldığında anoreksik hastaların kayıtsız bağlanma, bulimik hastaların saplantılı bağlanma stiline sahip oldukları (Ward et al., 2000) bildirilmiştir. Kayıtsız bağlanması olanların, korkulu ve güvenli bağlanması olanlara göre daha fazla işlevsel olmayan yeme davranışları sergiledikleri; saplantılı bağlanması olanların korkulu

bağlanması olanlara göre işlevsel olmayan yeme davranışları daha fazla sergiledikleri bulunmuştur (Keskingöz, 2002). Batur ve arkadaşları (2005) yeme bozukluğu olanlarda korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma skorlarının diğer bağlanma stillerine göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu bulmuştur.

Bağlanma stillerinin yeme bozukluğu geliştirmede oldukça belirgin olduğunu tespit eden bir derleme çalışmasında, ebeveyn ve çocuk arasındaki dengesiz ve yetersiz kurulan iletişimlerin, çocukların daha sonraki yaşamlarında yeme bozukluğu geliştirebilme olasılıklarını sunmuştur. Çalışmada ayrıca güvensiz bireylerle ortak olarak yeme bozukluğu geliştiren bireylerde de düşük kendilik saygısı ve yeterli hissetmeme duyumları gözlenmektedir (Alantar ve Maner, 2008).

3. YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Bu araştırmanın katılımcıları, diyetisyen ve psikoterapi desteği alan teşhis koyulmamış yeme tutumlarında problemler olduğu gözlenen gönüllü danışanlardan oluşmuştur. Araştırma n=60 kadın (yaş ort.: 25,93; ss: 4,790) ve n=20 erkek (yaş ort.: 26,25; ss), toplamda N=80 (yaş ort.: 26,01; ss:4,670) katılımcı ile yürütülmüştür.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Yeme Tutumları Testi

Anoreksiya nevoza belirtilerini ölçmek amacıyla Garfinkel ve Garfinkel tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması ise Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılan ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir.

YTT, 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 6'lı likert tipi bir ölçektir ve kesme puanı 30'dur. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27, 39 için Bazen 1 puan, Nadiren 2 puan, Hiçbir zaman 3 puan, Diğer seçenekler 0 puan, olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise Daima 3 puan, Çok sık 1 puan, Diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir

3.2.2. Beden Algısı Ölçeği

Secord ve Jourand'ın (1953) geliştirdiği ölçek, Hovardoğlu (1990) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 40 ifadeden oluşan ölçekte yer alan her madde bir organ ya da beden bir bölümü veya işlevi ile ilgilidir. Her bir madde için 1- 5 arasında "Hiç beğenmiyorum" ile "Çok beğeniyorum" arasında değişen yanıt seçeneği bulunmaktadır ve ölçekten alınabilecek toplam puanı 40 ile 200 arasındadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması beden doyumunun yüksekliğini gösterir. Ölçeğin kesme puanı 135'dir ve kesme puanın altında puan alanların beden algısının düşük olması beklenir.

3.2.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck'in (1961) geliştirdiği envanterin geçerlik güvenirlik alışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Envanter, depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel ve vegetatif alanlarda ortaya çıkan belirtileri lemeye yaramaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme leğidir. Bu ölçekle depresyon tipleri ve psikaytrik tanılar arasında ayırım yapılmaz. Depresyonun derecesini sayılarla ifade eden objektif bir değerlendirme aracıdır. Ölçekte bulunan her ifade, depresyona özgü olan davranışsal örüntüye işaret etmektedir. Sıfırdan 3'e kadar, depresyonun şiddetine göre sıralanan ifadeler, depresyonun görünümüyle ilgilidir. Toplam puanı alınarak hesaplanan ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değerir.

3.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı leği

Rosenberg (1963) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları uhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik kat sayısı $r = 71$ olarak bulunmuştur. Test- tekrar test güvenilirlik kat sayısı $r = 75$ olarak saptanmıştır. oktan seçmeli 63 sorudan oluşan ölçek on iki alt kategoriden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısını ölçmektedir. 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesi ile ilgilidir ve 3'den 0'a kadar değerren puanlama yapılır. 3, 5, 8, 9, 10. maddeler ise olumsuz kendilik değerlendirmesi ile ilgilidir ve 0'dan 3'e kadar değerren bir puanlama yapılır.

3.2.5. İlişki lekleri Anketi

Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen, Türk kültürüne Sümer ve Güngör (1999) tarafından uyarlanan ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değerrenmektedir. Katılımcılardan, her bir maddenin, yakın ilişkilerinde genel tutumlarını derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlemeleri istenmektedir (1= beni hiç tanımlamıyor; 7= tamamıyla beni tanımlıyor). Ölçekte korkulu ve saplantılı bağlanmayı ölçen 4'er soru ve güvenli ve kayıtsız bağlanmayı ölçen 5'er soru bulunmaktadır. Gruplandırma işleminde, her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır. Bu da

ölçeklerden alınan puanlar o alt ölçekteki soru sayısına bölünerek bulunmaktadır. Ölçekteki 5. maddenin hem orijinal, hem de ters yüklü hali kullanılmaktadır. 5. soru doğrudan değerlendirildiğinde kayıtsız bağlanma stilini, tersten değerlendirildiğinde ise saplantılı bağlanma stilini göstermektedir. Ölçekte 5, 7 ve 17. maddelerin yeniden kodlanması gerekmektedir. 3, 7, 8, 10 ve 17 güvenli bağlanma stilini; 1, 4, 9 ve 14 korkulu bağlanma stillini; 5 (ters yüklü), 6, 11 ve 15 saplantılı bağlanma stilini; 2, 5 (orijinal), 12, 13 ve 16. kayıtsız bağlanma stilini göstermektedir.

3.2.6. Anne Baba Tutumları Ölçeği

Kuzgun (1972) tarafından geliştirilen ölçek, **Demokratik, Otoriter ve İlgisiz** olarak belirlenen 3 anne ve baba tutumu boyutu için 40'ar madde olmak üzere toplam 120 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerin ana ve babanın tutumlarına uyacak şekilde spesifik olmasına çalışılmıştır. Envanterin yönergesinde katılımcılardan her maddeyi dikkatlice okumaları, eğer anneleri için uygunsu 1, babaları için uygunsu 2, her ikisine uygunsu 3'ü işaretlemeleri, ancak ifade ne annesi ne de babasına uygunsu boş bırakmaları istenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla, demokratik ana baba tutumu için .66, otoriter ana baba tutumu için .59 ve ilgisiz ana baba tutumu için .65'tir.

Demokratik Ana Baba Tutumu

Çocuğuna karşı içten sevgi ve saygı duyan ve bunu koşulsuz olarak gösteren, çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olma, yaşına göre çocuğu kendisi ile ilgili bazı kararları almaya teşvik etme çocuğun görüşlerine değer verme söze alışverişe olanak sağlama, hemen her konuda çocuğuna iyi bir rehber olma gibi tutum ve davranışları içerir. 40 maddeden oluşan bu alt ölçeğin maddeleri şunlardır: **1-3-6-7-12-13-17-21-22-23-26-28-32-33-36-37-42-45-48-49-50-51-54-55-60-61-62-68-69-77-82-85-88-94-97-105-109-112-117-119**

Otoriter Ana Baba Tutumu

Kendini toplumsal otoritenin temsilcisi olarak gören çocuktan mutlak itaat bekleyen çocukta sözel alışverişte bulunmayan istek ve emirlerinin yerine getirilmesini isteyen çocuğu yerine göre kendini yönetebilecek ve kendi hakkındaki kararları

alabilecek güçte görmeyen her türlü kararı kendisi alan ana baba tutumlarını kapsar. 40 maddeden oluşan bu alt ölçeğin maddeleri şunlardır: **2-5-8-11-14-15-18-24-25-29-34-35-40-43-44-52-57-63-64-66-67-73-74-75-76-79-81-84-87-91-92-93-98-99-101-102-110-113-115-118**

İlgisiz Ana Baba Tutumu

Çocuğunu ihmal hatta psikolojik bakımdan reddeden çocuğun ilgi v3 ihtiyaçlarından habersiz olan çocuğunun nerede ve ne yaptığı ile pek ilgilenmeyen çocuğunu mümkün olduğu kadar çevresinden uzak tutmaya çalışan çocuğuna en az sevgi gösteren ve davranışlarına en az kontrol uygulayan ana baba davranışları bu kategoride yer alır. 40 maddeden oluşan bu alt ölçeğin maddeleri şunlardır: **4-9-10-16-19-20-27-30-31-38-39-41-46-47-53-56-58-59-65-70-71-72-78-80-83-86-89-90-95-96-100-103-104-106-107-108-111-114-116-120.**

3.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılan değerlendirme aracı, üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden(madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlarters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4puana dondurulur). Beş alt puanın toplamı CTQ toplampuanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmenminimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerinpuanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkübu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte vetoplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanınıhesaplamak için bu üç maddenin her birindenalınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesabakatılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyonpuanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı

maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel)ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinselistismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuştur.

3.2.8. Kişisel Bilgi Formu

Tarafımızdan geliştirilen bu formda katılımcıların özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, boy ve kilo değişkenleri bu formda sorulmuştur.

3.3. İşlem

Araştırmada kullanılan ölçekler katılımcılara başvurdukları beslenme ve diyetetik uzmanı tarafından verilmiştir. Testi buldukları klinikte yaklaşık bir saat sürede tamamlayarak teslim etmişlerdir. Tüm formlar kalem kağıt testi biçimde, öz bildirim ölçekleridir.

3.4. Veri Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler SPSS v21 (Statistical Package for Social Sciences) Programı ile istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur. Verileri analizi için ortalama hesabı, frekans dağılımları, bağımsız örneklem t testi, tek Pearson korelasyon analizleri ve regresyon analiziyle aracılık etkisi testleri yapılmıştır. Sobel testi ise elle yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizlere yer verilmiştir. Birinci bölümde demografik verilere ilişkin bulgular, ikinci bölümde araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulgular, üçüncü bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların birbirleri ile ilişkileri ele alınmıştır.

4.1. Demografik Bulgular

Tablo 1’de katılımcıların cinsiyetlerine göre, yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi ortalamaları verilmiştir.

Araştırmada n=60 kadın ($\bar{X}=25,93$) ve n=20 erkek ($\bar{X}=26,25$), toplamda N=80 ($\bar{X}=26,01$) katılımcı bulunmaktadır.

Kadın katılımcıların boy ortalamaları ($\bar{X}=167,00$), erkek katılımcıların boy ortalamaları ($\bar{X}=178,90$), grubun tamamında

ise ($\bar{X}=169,98$) bulunmuştur. Kadın katılımcıların kilo ortalamaları ($\bar{X}=65,02$), erkek katılımcıların kilo ortalamaları

($\bar{X}=95,40$), grubun tamamında ise ($\bar{X}=72,61$) bulunmuştur. Kadın katılımcıların beden kitle indeksi ortalamaları

($\bar{X}=24,11$) ve erkek katılımcıların beden kitle indeksi ortalamaları ($\bar{X}=29,64$), grubun tamamında ise ($\bar{X}=25,49$)

bulunmuştur.

Tablo 1. Cinsiyete göre yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi ortalamaları, standart sapmaları

		N	Ort.	ss
Yaş	Kadın	60	25,93	4,790
	Erkek	20	26,25	4,399
	Toplam	80	26,01	4,670
Boy	Kadın	60	167,00	13,348
	Erkek	20	178,90	4,855
	Toplam	80	169,98	12,869
Kilo	Kadın	60	65,02	21,958
	Erkek	20	95,40	24,213
	Toplam	80	72,61	26,007
BKİ	Kadın	60	24,11	11,582
	Erkek	20	29,64	6,841
	Toplam	80	25,49	10,829

Tablo 2’de katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %48,3’ü lise, %51,7’si üniversite mezunudur. Erkeklerin %45’i lise, %55’i üniversite mezunudur. Toplamda katılımcıların %47,5’i lise, %52,5’i üniversite mezunudur.

Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim Durumu		Kadın	Erkek	Toplam
Lise	n	29	9	38
	%	48,3	45,0	47,5
Üniversite	n	31	11	42
	%	51,7	55,0	52,5
Toplam	n	60	20	80
	%	100,0	100,0	100,0

Tablo 3’te katılımcıların kilo durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Kadın katılımcıların %53,3’ü zayıf, %6,7’si normal kilolu, %15’i fazla kilolu, %11,7’si birinci derecede obez, %13,3’ü ikinci derecede obez olarak dağılmıştır. Erkek katılımcıların %10’u zayıf, %10’u normal kilolu, %20’si fazla kilolu, %40’ı birinci derecede obez, %13,3’ü ikinci derecede obez olarak dağılmıştır. Toplamda katılımcıların %42,5’i zayıf, %7,5’i normal kilolu, %16,3’ü fazla kilolu, %18,8’i birinci derecede obez, %15’i ikinci derecede obez olarak dağılmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların kilo durumu dağılımlarına göre yaş ortalamaları

Kilo durumu		Kadın	Erkek	Toplam
Zayıf	n	32	2	34
	%	53,3	10,0	42,5
	Yaş Ort.	28,25	23,00	27,94
	ss	5,236	0,000	5,228
Normal kilolu	n	4	2	6
	%	6,7	10,0	7,5
	Yaş Ort.	28,50	29,50	28,83
	ss	6,455	6,364	5,776
Fazla kilolu	n	9	4	13
	%	15,0	20,0	16,3
	Yaş Ort.	26,78	29,75	27,69
	ss	3,833	4,573	4,131
1. Derece obez	n	7	8	15
	%	11,7	40,0	18,8
	Yaş Ort.	30,29	27,62	28,87
	ss	4,536	4,138	4,389
2. Derece obez	n	8	4	12
	%	13,3	20,0	15,0
	Yaş Ort.	25,63	30,00	27,08
	ss	2,387	4,546	3,728
Toplam	n	60	20	80
	%	100,0	100,0	100,0
	Yaş Ort.	27,93	28,25	28,01
	ss	4,790	4,399	4,670

4.2. Ölçeklerden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

4.2.1. Yeme Tutumları Testi

Tablo 4'te cinsiyete göre Yeme Tutumları Testinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Kadınlarla erkeklerin yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t(1-78)=2,474$; $p<0,05$]. Kadınların yeme tutumu ortalamaları ($X^2=15,10$) erkeklerin ortalamalarından ($X^2=10,65$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Cinsiyete göre Yeme Tutumu Testinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Cinsiyet	N	Ort.	ss	t	p
Yeme Tutumu	Kadın	60	15,10	9,596	2,474	0,017
	Erkek	20	10,65	5,833		
	Toplam	80	13,99	8,985		

Eğitim durumuna göre Yeme Tutumları Testinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5’de BKİ’ye göre belirlenmiş olan kilo durumlarına göre Yeme Tutumu leğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis Testi bulguları verilmiştir. Katılımcıların kilo durumlarına göre dağılımları normal dağılıma uygun olmadığından parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Kilo durumuna göre yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=10,424$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda kilo durumu zayıf olanlarla birinci derecede obez olanların yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,541$; $p=0,011$]. Zayıf olanların yeme tutumu ortalamaları ($X = 16,06$) birinci derece obez olanların ortalamalarından ($X = 9,27$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kilo durumu zayıf olanlarla ikinci derecede obez olanların yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,004$; $p=0,045$]. Zayıf olanların yeme tutumu ortalamaları ($X = 16,06$) ikinci derece obez olanların ortalamalarından ($X = 10,00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kilo durumu fazla kilolu olanlarla birinci derecede obez olanların yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,517$; $p=0,012$]. Fazla kilolu

olanların yeme tutumu ortalamaları ($\bar{X} = 15,15$) birinci derece obez olanların ortalamalarından ($\bar{X} = 9,27$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kilo durumu fazla kilolu olanlarla ikinci derecede obez olanların yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z = -2,073$; $p = 0,038$]. Fazla kilolu olanların yeme tutumu ortalamaları ($\bar{X} = 15,15$) ikinci derece obez olanların ortalamalarından ($\bar{X} = 10,00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. BKİ'ye göre belirlenen kilo durumlarına göre Yeme Tutumu Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis Testi bulguları

	N	Ort.	ss.	χ^2	p
Zayıf	34	16,06	9,257		
Normal kilolu	6	19,50	16,429		
Fazla kilolu	13	15,15	6,492	10,424	0,034
1. Derece obez	15	9,27	5,861		
2. Derece obez	12	10,00	5,576		
Toplam	80	13,99	8,985		

Tablo 6'da kilo durumlarına göre yeme bozukluğu olanlarla olmayanların dağılımları verilmiştir.

Kilo durumlarına göre yeme bozukluğu olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2 = 178,150$; $p < 0,05$]. Yeme bozukluğu olanların %66,7'si zayıf, %33,3'ü normal kilolulardan oluşmaktadır. Fazla kilolu, birinci derecede obez ve ikinci derecede obez olanlarda yeme bozukluğu tespit edilmemiştir. Bu kişiler Yeme Tutumları Ölçeğinden düşük puan almıştır.

Tablo 6. Kilo durumuna göre yeme bozukluğu olanlar ve olmayanların dağılımı

Yeme Bozukluğu		Var	Yok	Toplam	χ^2	p
Zayıf	n	4	30	34	178,150	0,000
	%	66,7	40,5	42,5		
Normal kilolu	n	2	4	6		
	%	33,3	5,4	7,5		
Fazla kilolu	n	0	13	13		
	%	0,0	17,6	16,3		
1. Derece obez	n	0	15	15		
	%	0,0	20,3	18,8		
2. Derece obez	n	0	12	12		
	%	0,0	16,2	15,0		
Toplam	n	6	74	80		
	%	100,0	100,0	100,0		

4.2.2. Beden Algısı Ölçeği

Cinsiyete ve kilo durumuna göre Beden Algısı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 7’de eğitime göre Beden Algısı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları verilmiştir. Eğitim durumuna göre beden algısı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lise mezunlarının beden algısı ortalamaları ($X = 145,34$) üniversite mezunlarının ortalamalarından ($X = 135,26$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Lise mezunlarının beden doyumu düzeyleri üniversite mezunlarının beden doyumu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 7. Eğitime göre Beden Algısı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Eğitim	N	Ort.	ss	t	p
Yeme Tutumu	Lise	38	145,34	21,914		
	Üniversite	42	135,26	19,213	-2,192	0,031
	Toplam	80	140,05	21,027		

4.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 8’de cinsiyete göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları verilmiştir. Cinsiyete göre depresyon ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t(1-78)=-2,080$; $p<0,05$]. Kadınların depresyon ortalamaları ($\bar{X}=15,40$) erkeklerin ortalamalarından ($\bar{X}=13,15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Cinsiyete göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Cinsiyet	N	Ort.	ss	t	p
Depresyon	Kadın	60	15,40	11,381		
	Erkek	20	13,15	7,761	-2,080	0,044
	Toplam	80	14,84	10,592		

Eğitim durumuna ve Kilo durumuna göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Cinsiyete, eğitim ve kilo durumuna göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 9’da katılımcıların ölçekten aldıkları puanlara göre benlik saygısı düzeylerinin frekans dağılımları verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanlara göre benlik saygısı Düzeyleri

Benlik Saygısı Düzeyi	N	Ort.	ss
Yüksek	9	5,11	0,408
Orta	47	3,21	0,441
Düşük	24	1,65	0,538
Toplam	80	2,96	1,139

4.2.5. İlişki Ölçekleri Anketi (Bağlanma)

Cinsiyete, eğitim ve kilo durumuna göre bağlanma stilleri ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 10’da katılımcıların baskın bağlanma stilleri ve her bir bağlanma stilinden aldıkları ortalama puanlar verilmiştir.

Katılımcıların baskın bağlanma stillerinin her birinden aldıkları toplam puanlar ölçekte her bir bağlanma stiline ait soru sayısına bölünerek bağlanma ortalamaları alınmıştır. Ölçekte her bağlanma stili için farklı sayıda soru bulunmaktadır. Bu işlem önerildiği şekilde, baskın bağlanma stilini belirlemek için yapılmıştır. Katılımcıların 20’sinin güvenli, 20’sinin korkulu, 16’sının saplantılı ve 24’ünün kayıtsız bağlandığı görülmüştür.

Tablo 10. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketinde her bir bağlanma stilinden aldıkları ortalama puanlar ve baskın bağlanma stilleri

Bağlanma Stili		Korkulu Bağlanma	Güvenli Bağlanma	Kayıtsız Bağlanma	Saplantılı Bağlanma
Güvenli	N	20	20	20	20
	Ort.	3,04	5,14	4,20	3,45
	ss	0,886	0,649	0,677	0,941
Korkulu	N	20	20	20	20
	Ort.	5,41	4,07	4,75	4,04
	ss	0,508	0,809	0,539	0,882
Saplantılı	N	16	16	16	16
	Ort.	3,70	3,85	4,28	5,77
	ss	1,046	0,792	0,478	0,680
Kayıtsız	N	24	24	24	24
	Ort.	3,59	4,04	5,01	4,07
	ss	0,905	0,698	0,548	0,819
Toplam	N	80	80	80	80
	Ort.	3,93	4,29	4,60	4,25
	ss	1,225	0,879	0,655	1,154

4.2.6. Anne-Baba Tutumları Ölçeği

Cinsiyete, eğitim ve kilo durumuna göre anne baba tutumları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 11’de katılımcıların Anne Baba Tutumları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir.

Katılımcıların Anne-Baba Tutumları Ölçeğinin demokratik, otoriter ve ilgisiz tutumlara ilişkin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Ölçekte her bir alt boyut için sorulan soru sayısı aynıdır. Katılımcıların 59’u demokratik tutuma, 11’i otoriter tutuma ve 10’u ilgisiz tutuma sahip ebeveynler tarafından yetiştirilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Anne-Baba Tutumları Ölçeğinden aldıkları puanlara göre baskın tutumları ve bu tutumlara göre diğer tutum ortalamaları

Baskın Anne Baba Tutumu		Demokratik	Otoriter	İlgisiz
Demokratik	N	59	59	59
	Ort.	71,80	20,24	11,83
	ss	21,441	12,413	9,774
Otoriter	N	11	11	11
	Ort.	17,91	58,45	38,91
	ss	7,063	19,730	22,038
İlgisiz	N	10	10	10
	Ort.	36,90	38,00	56,70
	ss	30,723	33,260	29,963
Toplam	N	80	80	80
	Ort.	60,03	27,72	21,16
	ss	29,488	21,798	22,420

4.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Cinsiyete, eğitim ve kilo durumuna göre çocukluk çağı travmaları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 12’de katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir.

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, puanlarının duygusal ihmal başta olmak üzere, duygusal istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar puanlarının sıralandığı görülmüştür. Bu ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar 5-25 arasında değişmektedir. Dolayısıyla duygusal ihmal dışındaki alt boyutlardan alınan puanlar alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puana yakındır. Travmanın inkarı ise 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Grubun tamamında travmanın inkarına ilişkin ortalama 0,50 bulunmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ve standart sapmalar

	N	Ort.	ss
ÇÇTÖ Travmanın İnkarı	80	0,50	0,796
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	80	8,59	3,996
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	80	5,94	2,263
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	80	6,96	2,645
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	80	11,34	4,978
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	80	6,34	2,895

4.3. Ölçeklerden alınan puanların birbirleri ile ilişkileri

Tablo 13’de Yeme Tutumu Testi, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 13. Yeme Tutumu, beden algısı, benlik saygısı, depresyon ilişkisi

	Yeme Tutumu	Beden Algısı	Benlik Saygısı	Depresyon
Yeme Tutumu	1			
Beden Algısı	-,127	1		
Benlik Saygısı	-,127	,496**	1	
Depresyon	,270*	-,280*	-,439**	1

*p<0,05

**p<0,01

Yeme tutumu puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,270$; $p<0,05$). Depresyon düzeyi arttığında yeme bozukluğu düzeyi de artmaktadır.

Beden algısı ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,496$; $p<0,01$). Benlik saygısı arttıkça beden doyumu da artmaktadır.

Benlik saygısı ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,439$; $p<0,01$). Depresyon düzeyi arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

Beden algısı ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,280$; $p<0,05$). Depresyon düzeyi arttıkça beden doyumu azalmaktadır.

Tablo 14’de Anne Baba Tutumları Ölçeğinden alınan puanlar ile Yeme Tutumu Testi, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları verilmiştir.

Tablo 14. Anne baba tutumunun yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı, depresyonla ilişkisi

	Yeme Tutumu	Beden Algısı	Benlik Saygısı	Depresyon
Demokratik	-,114	,246*	,162	-,093
Otoriter	,146	-,083	-,161	,324**
İlgisiz	,018	-,001	-,143	,267*

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Beden algısı ile demokratik anne baba tutumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,246$; $p<0,05$). Demokratik ebeveyn tutumu arttıkça beden doyumu da artmaktadır.

Depresyon ile otoriter anne baba tutumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,324$; $p<0,01$). Otoriter anne baba tutumu arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Depresyon ile ilgisiz anne baba tutumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,267$; $p<0,05$). İlgisiz anne baba tutumu arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Tablo 15’te İlişki Ölçekleri Anketi ile Yeme Tutumu Testi, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları verilmiştir.

Tablo 15. Bağlanma stiline göre yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı ve depresyonla ilişkisi

	Yeme Tutumu	Beden Algısı	Benlik Saygısı	Depresyon
Güvenli Bağlanma	,009	,241*	,185	-,346**
Korkulu Bağlanma	,158	,014	-,013	,190
Saplantılı Bağlanma	,016	-,327**	-,260*	,110
Kayıtsız Bağlanma	-,006	,081	,139	,005

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Depresyon ile güvenli bağlanma arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,346$; $p<0,01$). Güvenli bağlanma arttıkça depresyon azalmaktadır.

Beden algısı ile güvenli bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,241$; $p<0,05$). Güvenli bağlanma arttıkça beden doyumu da artmaktadır.

Beden algısı ile saplantılı bağlanma arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,327$; $p<0,01$). Saplantılı bağlanma arttıkça beden doyumu azalmaktadır.

Benlik saygısı ile saplantılı bağlanma arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,260$; $p<0,05$). Saplantılı bağlanma arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

Tablo 16’da Çocukluk Çağı Travmaları Alt Ölçekleri ile Yeme Tutumu Testi, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları verilmiştir.

Tablo 16. Çocukluk Çağı Travmalarının yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı ve depresyonla ilişkisi

	Yeme Bozukluğu	Beden Algısı	Benlik Saygısı	Depresyon
Travmanın İnkarı	,245*	,326**	,343**	-,324**
Duygusal İstismar	,129	-,262*	-,212	,254*
Fiziksel İstismar	,006	-,211	-,072	,238*
Fiziksel İhmal	-,065	-,151	-,149	,231*
Duygusal İhmal	,077	-,209	-,191	,290**
Cinsel İstismar	,070	-,284*	-,090	,069

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Yeme tutumu puanları ile çocukluk çağı travmasının inkarı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,245$; $p<0,05$). Çocukluk çağı travmalarının inkarı arttıkça yeme bozuklukları da artmaktadır.

Beden algısı ile çocukluk çağı travmasının inkarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,326$; $p<0,01$). Çocukluk çağı travmasının inkarı arttıkça beden doyumu artmaktadır.

Beden algısı ile çocukluk çağı duygusal istismarı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,262$; $p<0,05$). Çocukluk çağı duygusal istismarı arttıkça beden doyumu azalmaktadır.

Beden algısı ile çocukluk çağı cinsel istismarı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,284$; $p<0,05$). Çocukluk çağı cinsel istismarı arttıkça beden doyumu azalmaktadır.

Benlik saygısı ile çocukluk çağı travmalarının inkarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,343$; $p<0,01$). Çocukluk çağı travmaları inkar edildikçe benlik saygısı artmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı travmasının inkarı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,324$; $p<0,01$). Çocukluk çağı travmasının inkarı arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı duygusal istismarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,254$; $p<0,05$). Çocukluk çağı duygusal istismarı arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı fiziksel istismarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,238$; $p<0,05$). Çocukluk çağı fiziksel istismarı arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı fiziksel ihmali arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,231$; $p<0,05$). Çocukluk çağı fiziksel ihmali arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı duygusal ihmali arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,290$; $p<0,01$). Çocukluk çağı duygusal ihmali arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Tablo 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki

	Demokratik	Otoriter	İlgisiz
ÇÇTÖ Travmanın İnkarı	.385 ^{**}	-.135	-.157 ^{**}
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	-.483 ^{**}	.525 ^{**}	.481 ^{**}
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	-.263 [*]	.392 ^{**}	.234 [*]
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	-.380 ^{**}	.292 ^{**}	.548 ^{**}
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	-.657 ^{**}	.364 ^{**}	.517 ^{**}
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	-.240 [*]	.308 ^{**}	.260 [*]

Tablo 17’de çocukluk çağı travmaları ile anne baba tutumları arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon katsayıları verilmiştir. Demokratik anne baba tutumu ile Çocukluk Çağı Travmalarının İnkarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,385$; $p<0,01$). Demokratik anne baba tutumu arttıkça çocukluk çağı travmalarının inkar edilmesinde de artış olmaktadır. Diğer ebeveyn tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki bulunmamıştır.

Demokratik anne baba tutumu ile duygusal istismar arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,483$; $p<0,01$); otoriter anne baba tutumu ile duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,525$; $p<0,01$); ilgisiz anne baba tutumu ile duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,481$; $p<0,01$) bulunmuştur. Duygusal istismar düzeyi anne baba tutumu demokratikleştiğinde azalmakta, otoriter ve ilgisiz tutum söz konusu olduğunda artmaktadır.

Demokratik anne baba tutumu ile fiziksel istismar arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,263$; $p<0,05$); otoriter anne baba tutumu ile fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,392$; $p<0,01$); ilgisiz anne baba tutumu ile fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,234$; $p<0,05$) bulunmuştur. Fiziksel istismar düzeyi anne baba tutumu demokratikleştiğinde azalmakta, otoriter ve ilgisiz tutum söz konusu olduğunda artmaktadır.

Demokratik anne baba tutumu ile fiziksel ihmal arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,380$; $p<0,01$); otoriter anne baba tutumu ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,292$; $p<0,01$); ilgisiz anne baba tutumu ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,548$; $p<0,01$) bulunmuştur. Fiziksel ihmal düzeyi anne baba tutumu demokratikleştiğinde azalmakta, otoriter ve ilgisiz tutum söz konusu olduğunda artmaktadır.

Demokratik anne baba tutumu ile duygusal ihmal arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,657$; $p<0,01$); otoriter anne baba tutumu ile duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,364$; $p<0,01$); ilgisiz anne baba tutumu ile duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,517$; $p<0,01$) bulunmuştur. Duygusal ihmal düzeyi anne baba tutumu demokratikleştiğinde azalmakta, otoriter ve ilgisiz tutum söz konusu olduğunda artmaktadır.

Demokratik anne baba tutumu ile cinsel istismar arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,240$; $p<0,05$); otoriter anne baba tutumu ile cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,308$; $p<0,01$); ilgisiz anne baba tutumu ile cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,260$; $p<0,05$) bulunmuştur. Cinsel istismar düzeyi anne baba tutumu demokratikleştiğinde azalmakta, otoriter ve ilgisiz tutum söz konusu olduğunda artmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, araştırma amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Katılımcıların kilo durumlarına göre yeme tutumu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bulgular değerlendirildiğinde kilo durumu zayıf olanların birinci derece obezlere ve ikinci derece obezlere yeme bozukluğunun daha yüksek olduğu; aynı şekilde fazla kilolu olanların da yeme bozukluklarının birinci derece ve ikinci derece obezlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu olanların %66,7'si, zayıf, %33,7'si normal kilolulardan oluşmaktadır. Fazla kilolu ve obezlerde yeme bozukluğu tespit edilmemiştir. Ancak yine de fazla kilolu olanların yeme tutumundaki bozulma bozukluk seviyesinde olmasa da obeziteden yüksektir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, obezitenin DSM V'te yeme bozukluğu olarak ele alınmadığı düşünülmelidir.

Obezite yeme bozukluğu olmaktan ziyade bir sağlık sorunudur. Friedman ve Brownel'in (1995) bildirdiğine göre, obezite, vücutta anormal derecede fazla yağ dokusunun bulunması olarak tanımlanan bir sağlık sorunudur. Obezite, birçok neden bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Beslenme merkezinde, enerji deposunun düzenlenmesindeki anormal durumlar, yemeye yönelten anormal durumlar ve kalıtsal psikolojik değişkenler, karbonhidratların ve yağların depolanmasıyla ilgili genetik bozukluklar insanların beslenme derecelerini belirler (Guyton, and Hall, 2001). DSM V'te anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmışlardır. Tüm yeme bozukluklarında kilo durumunun zayıf olması beklenen bir durumdur. Diğer yandan tıkanırcasına yeme bozukluğunun DSM-V'te resmi kriterleri henüz oluşturulmamış ve başka türlü yemek bozuklukları kategorisinde ele alınmıştır.

Tıkanırcasına yeme tüm kilo durumlarında görülebilir ancak bulumik hastalarda kusma ile seyreden kusma davranışı yoktur, yani tıkanırcasına yeme durumunda alınan kalorilerin telafi edilme davranışı sadece bulumiklerde vardır. Butcher ve arkadaşları (2008) tıkanırcasına yeme bozukluğunun kilolu ve obez kilo durumundaki kişileri temsil ettiğini ileri sürerken, Yanovski'ye (2003) göre, tıkanırcasına yemenin obezite

gelişiminde önemli bir katkısı vardır ancak her obezite tikanırcasına yeme sonucu gelişmemektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular yeme tutumundaki bozulmanın, zayıf ve fazla kilolu olanlarda obez olanlara oranla daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Zayıf olanların yeme tutumlarındaki bozulmanın anoreksiya ve bulumia ile ilişkili olabileceği, fazla kilolu olanların ise tikanırcasına yeme problemleri olup, bulumikler gibi kalori telafisi davranışı geliştirmedikleri, birinci ve ikinci derece obezite geliştirenlerin ise yeme bozukluğundan ziyade sağlık sorunlarına bağlı olarak kilo aldıkları ileri sürülebilir.

Obezite genetik ve tıbbi etkenler dışındaki sebeplerle ortaya çıktığında, özellikle tikanırcasına yeme davranışı söz konusu olduğunda klinik açıdan önem kazanır (Schienle et al. 2009) ve tikanırcasına yemenin obezitenin gelişiminde önemli bir katkısı bulunmaktadır (Yanovski, 2003). Obezlerin de anoreksiya ve bulumiada olduğu gibi vücut şekilleri, kilo ve yeme konusunda kaygıları yüksektir (Marcus, et al.;1995). Zayıf olanlarda obezlere oranla yeme bozukluğunun yüksek olmasının nedeni obez katılımcıların bir kısmının obezitesinin yeme tutumlarıyla ilişkisinin bulunmuyor olmasından kaynaklandığı ileri sürülebilir. Bu bulgu obezitenin psikolojik ve sosyal etkilerinin yanı sıra genetik ve tıbbi etkilerinin bulunmasına destekler niteliktedir. Yeme tutumlarındaki bozulmanın depresyonla anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Obezite normalde tek başına depresyonla ilişkili değilken tikanırcasına yeme ile depresyon arasındaki doğrudan ilişki defalarca ortaya konduğundan (Marcus et al., 1995; Telch and Agras, 1994; Babayiğit, Alçalar ve Bahadır, 2013) obezitenin bir yönüyle yeme bozuklukları içinde yer alabileceği ileri sürülebilir.

Çalışmada, Eğitim durumuna göre, beden algısı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lise mezunlarının bedenlerini, üniversite mezunlarına göre daha olumlu algılamaktadır ve beden doyumları daha yüksektir. Literatürde eğitim düzeyine göre beden algısının karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmalarda eğitim durumu, katılımcıların özelliklerine ilişkin bilgi vermek amacıyla ele alınmış ancak araştırmalarda bağımsız değişken olarak kullanılmamıştır. Bu çalışmada eğitim durumuna göre de karşılaştırılmalar yapılmıştır. Şimdiki araştırmada lise mezunlarının beden doyumlarının üniversite mezunlarına göre yüksek olması, ileri düzeydeki eğitimle birlikte zihinsel faaliyetin üniversite mezunlarında daha fazla olması ile ilgili

olduğu düşünülebilir. Üniversite mezunları beden doyumlarının lise mezunlarına göre düşük olması nedeniyle ilgilerini bedenlerinden ziyade akademik gelişmeye çeviriyor olabilirler. Dahası lisans düzeyindeki eğitime devam edebilme ülkemiz koşullarında çok çeşitli değişkenlere bağlı olmakla beraber kişinin eğitimini sürdürmeye istekli olup olmaması, ergenlik döneminde ilgisini bedenine ve cinselliğine yönelttiğinde bunun akademik başarıyı etkilemesine bağlı olabilir. Lisans eğitimi alanlar ergenlik döneminde beden doyumunun düşük olmasına bağlı olarak akademik çalışmalara daha yoğun ilgi gösteriyor olabilirler.

Kadınlarda yeme tutumlarındaki bozulma erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu APA'nın (2014) ortaya koyduğu bulguları destekler niteliktedir. Kültürün yeme tutumları, yeme alışkanlıkları ve ideal vücut kavramına verdiği anlam anoreksiyanın o toplumlarda görülme olasılığını etkilemektedir. Bulimia Nervoza ve Anoreksiya Nervoza bozukluk için de görülme sıklığı kadınlarda daha fazladır. Yeme Bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmesinin sebebi, annenin kız çocuğuna erkek çocuğa oranla daha fazla narsistik yatırım yapmasından kaynaklanıyor olabilir. Anne, kız çocuğunu kendi uzantısı olarak gördüğünden kendi umutlarını, korkularını ve fantezilerini ona yansıtır. Anneden ayrışma zor olduğundan bebeğin bireyselleşmesi sekteye uğrar ve anne içeriye kötü bir nesne olarak atılır. Kız çocuğu kendi bedeniyle özdeşleşen sahiplenici anneyle mücadele etmeye çalışırken bedeni kontrol etmek anneyi kontrol etmeyle aynı şey olduğundan zayıflama yoluna gidebilmektedir. Diğer yandan kadınların depresyon düzeyleri de erkeklerinkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. Thayer ve arkadaşları (2003) kadınlardaki duygu düzenleme stratejilerinden kaynaklı olarak, depresyon yaşama riskinin daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Kadınların erkeklere göre duygusal olarak daha fazla hassas olmaları nedeniyle psikopatolojiye yatkınlıkları daha yüksek olabilir. Kadınlar erkeklere göre daha çok ve tekrar tekrar düşünmeye yatkın olduklarından ve dikkatleri genel olarak yaşadıkları duygular üzerinde olduklarından erkeklere göre daha fazla depresif semptom bildirdikleri düşünülmektedir (Thayer ve ark. 2003). Yeme bozuklukları ile depresyon arasındaki ilişkiler pek çok çalışmada ortaya konmuştur (Werne and Yalom, 1995; Erol vd., 2002; Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007). Şimdi çalışmada da depresyon düzeyi arttıkça yeme tutumlarındaki bozulmanın arttığı ortaya konmuştur.

Katılımcıların eğitim durumu ve kilo durumuna göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde eğitim düzeyinin depresyona etkisine ilişkin çalışmalara rastlanmamakla beraber, Rettner (2013) eğitim düzeyi yükseldikçe ruh sağlığının bozulduğunu ortaya koymuştur. Şimdiki çalışmada elde edilen bulgu Rattner'ın bulgusuyla örtüşmemektedir. Bunu sebebi, şimdiki çalışmanın örnekleminin klinik olmasa da klinik örnekleme yakın olmasıyla ve örneklem büyüklüğü ile açıklanabilir. Diğer yandan eğitim düzeyinin depresyon düzeyini açıklayabilmesi, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey, aile durumu gibi sosyo demografik değişkenlere ya da diğer insanlarla ilişkilere bağlı olabilir. Diğer yandan kilo durumuna göre de depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmanın katılımcıları yeme bozukluğu teşhisi konmamış ancak yeme problemleri nedeniyle diyetisyen ve psikoterapi desteği alan kimselerden oluşmaktadırlar. Dolayısıyla katılımcıların depresyon düzeyleri arasında fark bulunmayabilir.

Yeme tutumu ile benlik saygısı ve beden algısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki bulgularla uyuşmamaktadır. Yeme tutumlarındaki bozulmanın olumsuz beden algısı ile ilişkisi (Harter, 1990; Forman and Davis, 2005) ve benlik saygısıyla ilişkisi (Harter, 1990; McFarlane et al., 2001) pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Şimdiki çalışmada, katılımcıların sadece %7,5'inde (n=6) yeme tutumunda bozulma bulunmuştur. Örneklemin küçük olmasının yeme tutumu ile benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişkinin açıklamaya yeterli olmadığı düşünülmektedir. Klinik açıdan yeme bozukluğu teşhisi konmuş katılımcılar ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması durumunda sonuçların değişmesi beklenebilir. Ayrıca küçük bir grup olsa da yeme tutumundaki bozulmanın benlik saygısı ve beden algısını bozmayan başka değişkenlerle ilişkisi olabileceği söylenebilir.

Benlik saygısı ile beden algısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benlik saygısı arttıkça olumlu beden algısı da artmaktadır. Bu bulgu literatürdeki bulgularla uyumludur. Yapılan çalışmalar olumsuz beden algısının düşük benlik saygısıyla ilişki olduğunu (Green et al., 2009) göstermektedir. Benlik saygısı genel olarak, kendini sevme, kendini kabul ve yeterlilikle ilgilidir (Wells and Marwel, 1976). Benlik saygısı yüksek olanlar, kendilerini, kabul edilmeye ve saygı duyulmaya değer, önemli ve yararlı kimseler olarak algırlar (Dönmez, 1985). Düşük benlik saygısı söz konusu olduğunda

ise kişi reddedilmekten korkar, kendini sergilemek ve dikkat çekici olmaktan kaçınırlar (Skaalvik and Hagvet, 1990). Dolayısıyla kişi benlik saygısına bağlı olarak dış dđnyaya kendisini gösterdiği bedeni ve bedensel özelliklerinden hoşnut olmayabilir.

Benlik saygısı ve beden algısındaki düşüşün depresyondaki artışla ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Olumsuz beden algısı ve memnuniyetsiz oluşun depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları açısından risk faktörü oluşturduğunu (Forman and Davis, 2005) ortaya koymuştur. Benlik saygısı ve beden algısının yeme tutumu ile ilişkisinin bu örnekleme ortaya çıkmamış olması klinik olarak yeme bozukluğu teşhisi konmamış ancak yeme problemleri nedeniyle diyetisyen ve psikoterapiye başvuran danışanlardan oluşan bir örnekleme çalışılmış olması ve yeme tutumlarındaki bozulmanın düşük seviyelerde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer yandan depresyon ile yeme tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu yeme tutumu ile depresyon arasındaki ilişkide beden algısı ve benlik saygısının düzenleyici etkisinin olabileceğine işaret ediyor olabilir.

Anne baba tutumlarıyla yeme tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki bulguları desteklememektedir. Anne baba tutumlarıyla yeme tutumları arasındaki pek çok çalışmada ortaya konmuştur (bkz. Erdoğan, 2013; Günöz ve ark., 2002; Cinaz ve ark., 2003; Tuner et al., 2004; Wells, 1998; Hamburger, 1951; Baumrind, 1968; Vural, 2015). Şimdiki çalışmada, literatürdeki yaygın kabulün aksine anne baba tutumlarıyla yeme tutumları arasında ilişkinin ortaya çıkmaması, katılımcıların ebeveynleri ile ilişkilerinde yaşadıkları duygusal ihmali inkar ediyor olmaları ile ilgili olabilir. Nitekim şimdiki çalışmada demokratik anne baba tutumları ile çocukluk çağı travmasının inkarı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların bildirdiklerinin aksine anne baba tutumlarının demokratik olmayabileceği düşünülmektedir.

Demokratik anne-baba tutumu arttıkça olumlu beden algısı artmakta, otoriter ve ilgisiz anne baba tutumu arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Bu bulgular literatürü destekler niteliktedir. Bebeğin erken dönemden itibaren mutlu bir anne tarafından emzirilmesi ve sonraki süreçte zorlanma ve baskıya maruz kalmaması doyumunu olumlu yönde etkiler. Aksi takdirde doyma hissi gelişmeyen çocuk ihtiyaçlarının zamanında karşılanmaması ve kendisini güvende hissetmemeye ve hoşlandıklarıyla

hoşlanmadıklarını ayırt edemez hale gelir. Tüm bunlar annenin davranışına bağlı olarak çocuğun kabul ve onay gördüğünü, önemli ve değerli olduğunu hissedip hissetmemesiyle sonuçlanır. Kendisini önemsiz ve değersiz hisseden, aile üyeleri tarafından bedensel özellikleri ile dalga geçilen çocuklar olumlu beden algısı da geliştiremezler (Sinirlioğlu-Ertaş, 2014). Bu bulgular ayrıca yeme bozukluğu ile anne baba tutumları arasındaki ilişkide beden algısı ve depresyonun düzenleyici etkisinin olabileceğine işaret ediyor olabilir.

Bağlanma stilleriyle yeme tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki bulguları desteklememektedir. Bağlanma stilleri ile yeme tutumları arasındaki ilişki daha önceki araştırmalarda ortaya konmuştur (Safran, 1990; Bowlby; 1973; Ward et al., 2000; Keskingöz, 2002; Batur vd., 2005; Alantar and Maner, 2008). Katılımcıların bağlanma stilleriyle yeme tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmayışı şimdiki çalışmada katılımcılara uygulanan ölçeklerin sayılarının fazla olması ile açıklanabilir. Anne baba tutumları ile de yeme tutumları arasında anlamlı ilişki çıkmadığı hatırlanacak olursa ve bu ölçeklerdeki soru sayılarının dikkate değer şekilde katılımcıyı yorduğu düşünülebilir. Nitekim soru sayısının fazla olması nedeniyle araştırmaya katılmayı reddeden katılımcılar olmuştur. Diğer yandan güvenli bağlanma stilinden alınan puanlar arttıkça olumlu beden algısının arttığı, depresyon düzeyinin ise düştüğü; saplantılı bağlanma arttıkça olumlu beden algısının ve benlik saygısının düştüğü tespit edilmiştir. Bu bulgular literatürü destekler niteliktedir (bkz. Sinirlioğlu-Ertaş, 2014). Bebek ile anne arasındaki ilişkiden doğan bağlanma stili, bu ilişkide çocuğun ne kadar zorlandığına, ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığına göre kabul görüp görmediğine ve önemli ve değerli olup olmadığına ilişkin algısını etkileyecektir. Kabul gören, sevildiğini, önemli ve değerli olduğunu hisseden insanların yani güvenli bağlanan insanların bedenlerine ilişkin doyumlarının artması, daha az depresif olmaları beklenirken, saplantılı bağlanan bireylerin bedenlerine ilişkin doyumlarının düşmesi ve benlik saygılarının düşmesi, hatta tüm bu değişkenlerin ileride geliştirdikleri ya da geliştiremedikleri ilişkilere yansımaları beklenir.

Çocukluk çağı travmalarıyla yeme tutumu arasındaki ilişkiler incelendiğinde ihmal ve istismar türlerinin hiçbir ile yeme tutumu arasında anlamlı ilişki bulunamazken, çocukluk çağı travmalarının inkar edilmesinin yeme tutumundaki

bozulmaları arttırdığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları inkar edilirken aynı zamanda beden algısının ve benlik saygısının yükselmekte ve depresyon düzeyi de azalmaktadır. Duygusal istismar arttıkça olumsuz beden algısı artmakta ve depresyon düzeyi artmaktadır. Fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal depresyon düzeyini arttırırken cinsel istismardaki artışın depresyon düzeyi ile ilişkisi bulunmamış, ancak cinsel istismar arttıkça olumsuz beden algısının arttığı tespit edilmiştir. Genel olarak bu bulgular değerlendirildiğinde literatürdeki çalışmalarla uyumlu görünmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşam olaylarının yeme bozukluğu üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar, çocukluk çağı cinsel istismarının yeme bozuklukları üzerinde belirgin olmayan bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (Brewerton, 2002, 2004, 2005, 2006; Jacobi, Morris and de Zwaan, 2004; Molinari, 2001; Smolak and Murnen, 2002; Wonderlich et al., 1997). Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar Andrews'a (1995) göre kişinin bedenine ilişkin utanç duygusunu arttırmaktadır ve bu da yeme bozukluklarına temel oluşturabilmektedir. Genel olarak tüm istismar türleri ruhsal ve bedensel dokunulmazlıkla ilgili olduğundan yeme bozukluklarının ortaya çıkması psikanalitik açıdan değerlendirildiğinde anlamlı görünmektedir. Şimdiki çalışmada yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki çıkmazken bu travmatik yaşantıların inkar edilmesinin yeme tutumunda bozulmaları beraberinde getirdiği görülmüştür. Ayrıca çocukluk çağı travmaları inkar edildikçe depresyonda manidar azalma görülürken, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Cinsel istismarda ise depresyon düzeyinde değişim gözlenmezken olumlu beden algısında düşüş gözlenmektedir. Travmatik yaşantının inkarı yeme bozukluğunu arttırırken aynı zamanda olumlu beden algısı ve benlik saygısını yükseltmekte, depresyon düzeyinde ise azalma olmaktadır. Dolayısıyla çocukluk çağı travmatik yaşantısının inkar edilmesi kişinin hem beden algısını ve benlik saygısını koruması adına savunma oluşturuyor hem de depresif duygu durumunu düzenliyor olabilir. Yeme tutumundaki bozulma da depresif duyguların regülasyonunu sağlayarak kişinin benlik saygısını ve beden algısını koruyabilmesine olanak sağlıyor olabilir. Bu bulgu literatürdeki bulgularla uyumlu görünmektedir. Lagenbauer et al. (2011) yeme bozukluklarında depresif belirtiler ve hayal kırıklıklarıyla başa çıkabilmede tıkanırcasına yemenin bir duygu düzenleme stratejisi olabileceğini ileri sürmüştür.

Çocukluk çağı travmaları ile anne baba tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, demokratik ana baba tutumu arttığında duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar olasılığı azalmakta ancak travmanın inkarı artmaktadır. Otoriter anne baba tutumunda veya ilgisiz anne baba tutumunda artış olduğunda ise duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar olasılığı da artmaktadır ancak travmanın inkarı ile otoriter ve ilgisiz anne baba tutumu arasında ilişki yoktur. Bu bulgu literatürle uyumludur. Çocuk travmatik bir olay yaşadığında, beklenmedik ve acı veren bu olayı algılaması, yorumlaması ve tepkisi büyük ölçüde kendi etrafında bulunan yetişkinler ve özellikle de anne ve babaya bağlı olacaktır. Çocuk ihtimali olarak ilke böyle bir olayla karşılaşmaktadır ve henüz olaya ilişkin davranış kalıbı da oluşturamamıştır. Buna bağlı olarak çocuk anne babasını izler (DBE-2016). Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik olaylar insan eliyle, doğal afetler ve kazalar sonucunda ortaya çıkabilirler. İnsan eliyle ortaya çıkan travmatik olaylar genellikle fiziksel, duygusal ve cinsel alanda istismarın yoğun olduğu olaylardır. Çalışmaya katılanların çocukluk çağı travmatik yaşantılarının düşük seviyede olduğu ancak duygusal ihmal düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Demokratik tutuma sahip ebeveyni olanların çocukluk çağı travmalarını inkar ediyor oluşu, otoriter ve ilgisiz anne babaya göre çocuğun travmatik olaylarla nadiren karşılaşması ile ilgili olabilir. Otoriter anne baba ve ilgisiz anne baba ile yetişen çocuklar yetişkinlerin istismarına daha açık ancak zamanla başa çıkma mekanizması geliştiriyor olabilirler, diğer yandan çocukluk çağı travmalarını inkar etmeyebilirler. Ancak demokratik ebeveynle yetişen çocukların travmatik yaşantılarının ebeveynleri ile ilgili olmadığı ancak dış kaynaklı travmatik yaşantılarının olabileceği, dahası travmanın “iyi insanların başına iyi şeyler gelir” düşüncesini yerle bir ettiği düşünülecek olursa demokratik ebeveynle yetişenlerin çocukluk çağında yaşadıkları travmayı inkar etmelerine neden olabilecek mükemmeliyetçiliğe dolayısıyla da inkara yöneldiklerini söylemek mümkün olabilir.

Sonuç olarak, araştırma bulgularına bakıldığında yeme tutumlarını ile çocukluk çağı travmalarının inkarı ve depresyon arasında ilişki bulunmuş ancak, beden algısı, benlik saygısı, anne-baba tutumu ve bağlanma stilleri ile ilişki tespit edilememiştir. Diğer yandan çocukluk çağı travmaları olan duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar arttıkça depresyon düzeylerinde artış olduğu, yeme tutumunda değişme

olmadığı, çocukluk çağı travmasının inkar edilmesi durumunda da depresyon düzeyinin azaldığı ve yeme tutumundaki bozulmanın da arttığı, dahası olumlu beden algısı ve benlik saygısının da yükseldiği tespit edilmiştir. Yeme tutumu ile benlik saygısı ve beden algısı arasında ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının kişide depresyonu arttırdığı (Tablo 15), depresyon düzeyindeki artışın, yeme tutumunda bozulmayı arttırdığı, olumlu beden algısı ve benlik saygısını düşürdüğü (Tablo 12) yönündedir. Çocukluk çağı travmalarının inkarının ise kişide depresyonu azalttığı, olumlu beden algısı ve benlik saygısını arttırdığı (Tablo 15) yönündedir. Dolayısıyla çocukluk çağı travmalarının inkarının ve bastırılmasının depresif duyguların da ortaya çıkışına engel olduğu, ancak kişiyi bilinç dışında rahatsız etmeye devam ettiği için duygu regülasyonu sağlamak ve ruhsal bütünlüğü korumak amacıyla savunma olarak yeme tutumunda bozulmaların (örneğin tıkanırcasına yeme) ortaya çıkıyor olabileceği söylenebilir. Kişi çocukluk çağı travmasını kabullendiğinde bunun kişide çökkünlük yaratıyor olduğu, travmayı inkar ettiğinde ise travmatik yaşantıya ilişkin duyguların bedende depolandığı ve somatik yakınmalar olarak, örneğin yeme bozukluğu, karın ağrısı, migren gibi – ortaya çıkıyor olabileceği düşünülebilir. Çocukluk çağı travmalarının özellikle 0-3 yaş preodipal dönemde yaşantılanması, o dönemde hipokampusün henüz gelişmemiş olması nedeniyle anı olarak değil duygu olarak depolandığı düşünülürse, özellikle zorla yedirilen bebeklerde benlik algısının bozulduğu, doyurduğu midenin kendi midesi mi yoksa kendisine bakım veren kişinin midesi mi olduğunu ayırt edemeyen bebek, ileriki dönemde sakinleşebilmek için çok yemek yiyebilir. Kişi, çocukluk çağı travmalarının yarattığı duygu ile başa çıkabilmek için somatik yakınması olan yeme bozulmasını kullanmaktadır. Yani somatik yakınma ile gerginlik yaratan duyguyu kontrol edebilmektedir. Çocukluk çağı travmasını kabul ettiğinde ise eğer egosu yeterince güçlü değilse savunmaları kırılacak ve depresyona girecektir. Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluğu yakınmaları ile çalışılırken hastanın egosu güçlendirilmeden travmanın kabulünün sağlanması ve kişinin depresyona sokulması uygun olmayacaktır. Anoreksiya da kişi ödipal dönemde anne ile rekabete girmemek için bebek kalmaktadır ve yemek yediğinde anneyi yemektedir. Bulumiada ise kişide kendisine ait olmayan bir üzüntü ya da travma söz konusu olabilir ve bu kişiye ait olmayan duygu çocuğa kendisine bakım veren kişiden

yani anneden geçmiştir. Yeme bozukluğundaki travmalar kişinin kendisinin yaşadığı ya da annesi tarafından yüklenen travmalar olarak ele alınmalıdır.

Bu araştırmada yeme tutumlarında ortaya çıkan bozulmalarla ilişkili olabilecek değişkenler değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının ve travmanın inkarının önemini vurgulamış aynı zamanda yeme bozukluklarının ortaya çıkışının sadece travmatik olaya bağlı olmadığı ama kişiyi travmatik olayın inkarına götüren ve inkarın sürdürülmesini sağlayan değişkenlerin yeme tutumunda bozulmaları ortaya çıkarabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kişinin gelecekteki psikolojik gelişimini sekteye uğratabileceği, ruhsal iç dünyasını ve zihnini oldukça olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Çocukluk çağı travmaları ile çalışanların özellikle yeme tutumunda ortaya çıkabilecek bozulmalara karşı önleyici tedbirlere başvurması oldukça önemli görünmektedir.

5.2. KISITLILIKLAR

Araştırma verilerinin toplandığı dönemde yeme bozukluğu teşhisi alan katılımcılara ulaşmada yaşanan güçlükler ve yeter sayıda katılımcıya ulaşamadığından, araştırmanın katılımcıları diyet ve psikoterapi desteği alan ancak yeme bozukluğu teşhisi henüz yapılmamış danışanlardan oluşmuştur. Dolayısıyla araştırma örneklemini klinik olarak yeme bozukluğu teşhisi yapılmamış hastalardan oluşmaktadır. Örneklem sayısının az olduğundan evreni yansıtmayabilir.

6. KAYNAKÇA

- Alantar, Z., Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (2) 97-104.
- Allaz, A. F., Bernstein M, Rouget P, Archinard M, Morabia (1998). A. Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders* 23: 287–294.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of abnormal psychology* 1995; 104(2): 277-285.
- Anon. (2002). T.C. Sağlık Bakanlığı toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Babayiğit, Z., Alęalar, N., Bahadır, G. (2013). Obez Kadınlarda Tıkanırcasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açıdan İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 33 (4) 1077-1087.
- Bailer, U. F., Kaye, W. H. (2011). Serotonin: imaging findings in eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci*, 6, 59-79.
- Basdevant, A., Poullion, M. Lahlou, N. et al. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French Women. *Int J. Eat Disord*, 18, 309-315.
- Batur, S., Demir, H., Ulu, P., Güneş, H., Irmak, E. ve Aşkın, A.(2005). Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleriarasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8 (15), 21-31.
- Baumrind, D. (1968). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Beumont, P. J. V. (2002) Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, 2nd edn. New York: Guildford Press, 162–70.

- Bouchard, C. (2001). The genetics of human obesity: Recent progress. *Bull Mem Acad R Med Belg*, 156, 455- 462.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Brady, S. S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of ED among both men and women. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 34-351.
- Brewerton, T. D. (2002). Bulimia in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11, 237–256.
- Brewerton, T. D. (2004). Eating disorders, victimization and comorbidity: Principles of treatment. In: Brewerton TD, editor. *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. New York: Marcel Dekker Inc., 509–545.
- Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders* 1, 137–154.
- Brewerton, T. D. (2006). Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents with eating disorders. In: Jaffa T, McDermott B, editors. *Eating disorders in children and adolescents* 158–168.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 32 (1) 72-78.
- Butcher, J. N., Gass, C. S., Cumella, E., Kally, Z., Williams, C. L. (2008). Potential for Bias in MMPI-2 Assessment Using the Fake Bad Scale (FBS). *Psychol. Inj and. Law*. 1-19.

- Butcher, J. N., Mineka, S. M., Hooley, J. M. (2008). *Abnormal Psychology: Core Concepts*. Pearson. USA. ISBN-13: 9780205486830
- Butterfield, P. S., Leclair, S. (1988) Cognitive characteristics of bulimic and drug-abusing women. *Addict Behav* 13(2) 131-138.
- Cash, T. F., Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the body-image ideals questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 466-477.
- Cervera, S. Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., de Irala-Estevez, J., Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem ask risk factors for incident eating disorders in a prospecti ve cohort study. *Int J Eat Disord.*, 33 (3) 271-80.
- Cinaz, P., Bideci, A., Günöz, H., Öcal, G., Yordam, N., Kurtoğlu, S. (2003). Obesite. *Pediatric Endocrinoloji, Pediatric Endocrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları 1*, Kalkan Matbaacılık, 487–505.
- Cinemre, B., Kulaksızoğlu, B. (2007). Olgu Sunumu: Bir Erkek Hastada Anoreksiya Nervoza ve Şizofreni Eşhastalanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (1) 87-91.
- Cooper, M.J., Todd, G., Wells, A. (1998). Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 21(3) 213-228.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D. (2000). Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders* 27, 180–190.

- DBE. (2016). Yetişkinlerin Çocuğun Travmayı Anlamasındaki Rolü.
<http://www.dbe.com.tr/Yetiskinveaile/tr/psikolojik-travma-ve-emdr/cocuk-ve-genclerde-travma/> (Erişim tarihi: 10.09.2016)
- Didie, E. R., Fitzgibbon M. (2005). Binge eating and psychological distress: is the degree of obesity a factor? *Eat Behav* 6(1) 35-41.
- Dönmez, A .(1985), Denetim odağı, kendine saygı ve üç değişken: Çevre büyüklüğü, yaş, aile ortamı, *Eğitim ve Bilim*, 10: 4-15.
- Erdoğan, G. (2013). 13-18 yaş obez tanısı almış ergenlerin anne-baba tutumu ve sosyal fizik kaygı ile ilişkisinin normal ergenlerle karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilimdalı, İstanbul
- Eriş, Y., İkiz, F. E. (2013). Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Kişisel Değişkenlerin Etkisi. *International Periodical For THE Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 8 (6), 179-193.
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (1) 48-57.
- Ertaş-Sinirlioğlu, H. (2006). Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri. Ed. Seval Akbıyık, Timaş Yayınları, İstanbul
- Ertekin, B. A. (2010). Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamı ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. 1st ed. New York: The Guilford Press, 7-22.
- Fairburn, C. G., Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

- Favaro, A., Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in BN: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 157-165.
- Follette, V. M., Ruzek, J. I., Abueg, F. R. (1998). A contextual analysis of trauma: Theoretical considerations. In: Follette VM, Ruzek JI, Abueg FR, editors. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Forman, M. E, Davis, W. N. (2005). Characteristics of Middle-Aged Women in Inpatient Treatment for Eating Disorders. *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*; 13(3): 231-243.
- Friedman, K. E, Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 10 (1) 33-41.
- Goebel, M., Spalhoff, G., Schulze, C., Florin, I. (1989). Dysfunctional cognitions, attributional style, and depression in bulimia. *J Psychosom Res* 33 (6) 747-52.
- Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., et al. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 48 (3) 187-93.
- Green, M. A., Scott, A., Cross, S. E., Liao, K. Y. H., Hallengren, J. J., Davids, C. M., Carter, L. P., Kugler, D. W., Read, K. E., Jepsen, A. J. (2009). Eating disorder behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. *Journal of Clinical Psychology*; 65(9) 989–999.
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I, White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *J Abnorm Psychol* 117(2) 414-9.

- Guyton, A. C., Hall, J. E. (2001). Textbook of Medical Physiology. İstanbul: Nobel Kitapevi, 797-800.
- Günöz, H., Saner, G., Demirkol, M., Gökçay, G., Hüner, G., & Garibağaoğlu, M. (2002). Beslenme ve beslenme bozuklukları. Ed., Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, *Pediatric*. 3. Baskı, 1. Cilt, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 221-226.
- Hamburger, W.W. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483-499.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. Shirley S, Elliott GR, editors. *The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Pres. Feldman, 1990 352-387.
- Hebebrand, J., Blum, W. F., Barth, N., Coners, H., Englaro, P., Juul, A., Ziegler, A., Warnke, A, Rascher, W., Renschmidt, H. (1997). Leptin levels in patients with anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration. *Mol Psychiatry*, 2 (4) 330-334.
- Hohlstein, L. A., Smith, G. T., Atlas, J. G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10 (1), 49-58.
- Inniss, D., Steiger, H., Bruce, K. (2011). Threshold and subthreshold post-traumatic stress disorder in bulimic patients: Prevalences and clinical correlates. *Eat Weight Disord*. 16 (1) 30-36.
- Jacobi, C., Morris, L., de Zwaan, M. (2004). An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In: Brewerton TD, editor. *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. New York: Marcel Dekker Inc., 117–163.
- Johnson, J. G, Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during

- adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 159, 394–400.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav.* 94(1):121-135.
- Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L., Paulus, M. (2011). Neurocircuitry of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 6, 37-57.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health* 37(2): 120-127.
- Kendler, K. S., MacLean, C. J., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry.* 148, 1627–1637.
- Kent, A., Waller, G., Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 161-167.
- Keskingöz, B. (2002). Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: H. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Keys, et al. (1950). *The biology of human starvation.* (2 vols).
- Kichler, J. C., Crowther, J. H. (2001) The effects of maternal modeling and negative family communication on women's eating attitudes and body image. *Behavior Therapy*, 32 443-457.
- Klump, K. L, Strober, M., Bulik, C. M, et al. (2004) Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med.* 34(8) 1407-1418.

- Köroğlu, E. (2009). Benlik saygısı ve sağlıklı benlik algısı geliştirme. Ankara Hyb.
- Kuehnel, R. H., Wadden TA. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord* 15 (4) 321-329.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10 (1) 32-37.
- Lee, Y., Lin, P. Y. (2010). Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: a meta-analytic study. *Int J Eat Disord*. 43(6) 498-504.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Betz, S., Báguena-Puigcerver, M. J., Benecke, A., Troje, N. F, et al. (2011). Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behav Modif*, 35 (2) 162-86.
- Leonard, S., Steiger, H., Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*; 33: 397–405.
- Lewis, D. M., Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders* 9: 29-39.
- Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 130-139.
- Marcus, M. D., Moulton, M. M., Greeno, C. G. (1995). Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addict Behav* 20 (6) 747-55.
- Marcus, M. D., Wing, R. R, Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *Int J Eat Disord* 9 (1) 69-77.

- McFarlane, T., McCabe, R. E., Jarry, J., Olmsted, M. P., Polivy, J. (2001). Weight Related and shape related self evaluation in eating disordered and non eating disordered women. *Int. J. Eat. Disord.*, 29 (3), 328-335.
- Mitchell, J. E., Mussell, M. P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav* 20 (6) 725-32.
- Molinari, E. (2001). Eating disorders and sexual abuse. *Eating & Weight Disorders*; 6, 68-80.
- Muth, J. L., Cahs, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.
- Nauta, H., Hospers, H., Jansen, A., Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research* 24 (5) 521-31.
- Neumark, S. D., Story, M., Hannan, P. J., Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders* 2000, 249-258.
- Oktan, V., Şahin, M. (2010). Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 543-556.
- Oral, N., Hisli-Şahin, N. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (62), 37-48.
- Peker, İ., Çılıoğlu F., Buruk, Ş., & Burka, Z. (2000). Obezite, egzersiz biyokimyası ve obezite. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Pliner, P., Chaiken, S., Flett, G. L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin* 16: 263-273.

- Powers, P. S., Schulman, R. G., Gleghorn, A. A., Prange, M. E. (1987). Perceptual and cognitive abnormalities in bulimia. *Am J Psychiatry*, 144 (11) 1456-60.
- Rettner, R., (2013). Overeducation Linked with Poor Mental Health. *Livescience.com*.
<http://www.livescience.com/38803-overeducation-mental-health-depression.html> (Erişim tarihi. 15.08.2016)
- Reyes-Rodriguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., et al. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 73(6) 491-497.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Malabar, F. L
- Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.
- Schienze, A., Schafer, A., Hermann, A., Vaiti, D. (2009). Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biol Psychiatry*, 65 (8) 654-61.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Oxford, England.
- Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., Thompson, J. K. (1999). Body image: Psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.
- Schwartz, H.J. (1988). *Bulimia: Psychoanalytic Perspectives*, 31-55.
- Sinirlioğlu-Ertas, H. (2014). *Beden Algısının Gelişimi*. *Projektif Testler Ders Notları*.
http://www.itugvo.k12.tr/ilkogretim/rehberlik_bultenler/beden-algisi.pdf
(Erişim Tarihi: 10.08.2016)
- Skaalvik, E. M. & Hagtvet, K.A. (1990), Academic achievement and self-concept: an analysis of causal predominance in a developmental perspective, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 292-307.

- Smolak, L., Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 136-150.
- Steiger, H., Goldstein, C., Mongrain, M., Van der Feen, J. (1999). Description of eating disordered, psychiatric and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *Int J Eat Disord*. 9 (2) 129-40.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci*, 32 (4), 1054-1063.
- Telch, C. F., Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord* 15(1) 53-61.
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., Johnsen, B. H. (2003). Gender Differences in the Relationship Between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, (3), 349-364.
- Turner, H.M., Rose, K.S., Cooper, M. J. (2004). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eating ehaviors*, 6, 113-118.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J. (2002) Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord*. 32 (3) 282-290.
- Uluhan, F. (2014). Anoreksiya Nervoza. <http://www.psikoterapi.pro/psikiyatri-antalya/anoreksiya-nervoza> erişim tarihi: 17.08.2016
- Vural, E. (2015). Psikanalitik kurama göre neden yemek yiyoruz. <http://www.drerolvural.com/psikanalitik-kurama-gore-neden-yemek-yiyoruz/> erişim tarihi 12.08.2016
- Vartanian, L. R, Giant, C. L., Passino, R. M. (2001). Ally McBeal vs. Arnold Schwarzenegger: Comparing mass media, interpersonal feedback and

- gender as predictors of satisfaction with body thinness and muscularity. *Social Behavior and Personality*, 29, 711–724.
- Wade, T. D., Bulik, C. M. (2007) Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychol Med.* 37(5) 635-644.
- Ward, A., Ramsay, R. ve Treasure, J. (2000). Attachment research in eating research. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Webster, J., Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology* 164: 241-252.
- Welch, S. L., Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in BN: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 169, 451-458.
- Wells, E. & Marwell, G. (1976), *Self –Esteem: Its conceptualization and Measurement*, Sage Publications, Inc. Beverly Hills.
- Werne, J., Yalom, I., (1995). *Treating Eating Disorders*. Jossey Bass Social and Behavioral Science Series. Jossey-Bass Inc. U.S.
- Wilksch, S. M., Wade, T. D. (2009) An investigation of temperament endophenotype candidates for early emergence of the core cognitive component of eating disorders. *Psychol Med.* 39 (5) 811-821.
- Williams, J. M., Currie, C. (2000). Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image, *The Journal of Early Adolescence*; 20(2) 129-149.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*, 61 (2) 261-9.

- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A metaanalysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., Abbott, D. W. (1997). The relationship of childhood sexual abuse and eating disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- Wonderlich, S. A, Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8) 687-705.
- Yanovski, S. Z, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 150 (10) 1472-9.
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord* 34, 117-20.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	1	2	3	4	5
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

		Çok beğeniy orum	Beğeniy orum	Orta	Beğenmi yorum	Çok beğenmi yorum
1. Saçlarım						
2. Yüzümün rengi						
3. İştahım						
4. Ellerim						
5. Vücudumdaki kıl dağılımı						
6. Burnum						
7. Fiziksel Gücüm						
8. İdrar-dışkı düzenim						
9. Kas kuvvetim						
10. Belim						
11. Enerji düzeyim						
12. Sırtım						
13. Kulaklarım						
14. Yaşım						
15. Çenem						
16. Vücut yapım						
17. Profilim						
18. Boyum						
19. Duyularımın keskinliği						
20. Ağrıya dayanıklılığım						
21. Omuzlarımın genişliği						
22. Kollarım						
23. Göğüslerim						
24. Gözlerimin şekli						
25. Sindirim sistemim						
26. Kalçalarım						
27. Hastalığa direncim						
28. Bacaklarım						
29. Dişlerimin şekli						
30. Cinsel gücüm						
31. Ayaklarım						
32. Uyku düzenim						
33. Sesim						
34. Sağlığım						
35. Cinsel faaliyetlerim						
36. Dizlerim						
37. Vücudumun duruş şekli						
38. Yüzümün şekli						
39. Kilom						
40. Cinsel organlarım						

YEME TUTUMU TESTİ

Aşağıda insanların yeme tutumları ile ilgili çeşitli ifadeler verilmiştir. Bu ifadelerin sizin için ne kadar geçerli olduğunu sağ taraftaki kutucuklarda en uygun yere "X" işareti koyarak belirtiniz.

	Dahma	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadir en	Hiçbirzama n
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemek yemeye başlamadan önce gergin olurum.						
4. Şişmanlamaktan dehşet derecede korkarım.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Zihnim sürekli yemekle meşguldür.						
7. Durduramayacakmışım gibi hissettiğim aşırı yemelerim olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim besinlerin kalorisini bilirim.						
10. Yüksek karbonhidratlı besinlerden özellikle kaçınırım (örn; ekmek, patates, pirinç vb.).						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Yakınlarım daha fazla yememi ister.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Daha zayıf olma arzusu sürekli aklımdadır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için enerjim tükenene kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu sıkça saran giysilerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı besinleri tüketirim.						
22. Egzersiz yaparken harcadığım kalorileri düşünürüm.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Çevremdekiler aşırı zayıf olduğumu düşünür.						
25. Vücudumun yağlanması düşüncesi sürekli aklımdadır.						
26. Yemeklerimi yemem başkalarinkinden uzun sürer.						
27. Restoranlarda yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet besinleri yerim.						
31. Yiyeceğin yaşamımı kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Çevremdekilerin daha çok yemem için baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Sürekli diyet yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Besin değeri yüksek yeni yiyecekler denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra kusma dürtüsü gelir.						

ANA – BABA TUTUMU ENVANTERİ

Bu ölçek anne ve babanızın size karşı tutumunu ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. **İfade annenize uygunsu 1... babanıza uygunsu 2... her ikisine de uygunsu 3... ü işaretleyiniz. Hiç birine uygun değilse boş bırakınız.** Üvey anne veya babası olanlarda aynı işlemi yapacaklardır.

	Anne	Baba	Her ikisi de
1- Arkadaşlarımı benim gözümle görmeye çalışırdı.			
2- Sevmediğim bir yemeği sırf bana yarayacağı düşüncesiyle zorla yedirdiği çok olmuştur.	1	2	3
3- Daima kendi aklımı kullanmama ve kararlarımı kendim vermeme beni teşvik etmiştir.	1	2	3
4- Nadiren beni bir işe teşvik edip desteklemiştir	1	2	3
5- Küçük kabahatlerimi bile çok şiddetle cezalandırırdı.	1	2	3
6- Yerinde ve uygun kararlar verebileceğime inanır.	1	2	3
7- Bana önemli ve değerli bir kişi olduğum inancını vermiştir.	1	2	3
8- Gençlerin, ailelerin seçeceği ya da onaylayacağı kimselerle evlenmesi gerektiği görüşündedir.	1	2	3
9- Muâşeret kurallarını öğrenmede kendisinden hiç yardım görmedim.	1	2	3
10- Arkadaşlarımın evimize gelmesinden hoşlanmaz, benim onların evine gitmemi isterdi.	1	2	3
11- Karşılaştığım bir güçlükte kendi bulduğu bir çözüm yolunu uygulamaya beni zorlardı.	1	2	3
12- Bir çatışmaya girdiğim zaman kimin neden haklı olduğunu görmeme yardım eder.	1	2	3
13- Karşı cinsten bir arkadaşımın aramda geçenleri kendisine rahatça anlatabilirim.	1	2	3
14- Bir şeyi yapmamı üst üste söyler mazeretimi dinlemez.	1	2	3
15- Karşı cinsten arkadaş edinmemi hoş karşılamaz	1	2	3
16- Çok zaman beni dinlemeyecek kadar meşguldü.	1	2	3
17- Çok cana yakın ve müşfik bir insandır; evladı olmaktan gurur duyuyorum.	1	2	3
18- Yapacağımdan fazlasını yapmama beni zorlardı.	1	2	3
19- Sık sık beni başından atmak istediğini hissederim.	1	2	3
20- Kendisine çok ihtiyacım olduğu zamanlar ya evde bulunmaz ya da fazla meşgul görünürdü.	1	2	3
21- Kötülemekten çok överdi ama bunda çok ileri gitmezdi.	1	2	3
22- Oldukça küçük yaşta bile kendime ilişkin ufak tefek kararlar almaya beni teşvik ederdi.	1	2	3
23- Daima öfkesine hakim olmuş pek seyrek olarak ufak tefek şeylere kızmıştır.	1	2	3
24- Sokağa çıkıp oynamak için her seferinde kendisinden izin almak zorundayım.	1	2	3
25- Sofrada konuşmama izin vermezdi.	1	2	3
26- Bana karşı imkan ölçüsünde cömert olmayı bilmiştir.	1	2	3
27- Bütün gün boyunca sokaklarda başıboş dolaşmama aldırış etmezdi.	1	2	3
28- Günlük olaylar hakkında anlattıklarımı ilgi ile dinleyecek vakti vardı.	1	2	3
29- Okul gezilerine katılmama izin vermez.	1	2	3
30- Beni benimsemekten çok bana katılmadığı duygusu içindeyim.	1	2	3
31- Etrafta başka yetişkinler olduğu zaman beni görmezlikten gelir, sorduklarıma cevap vermezdi.	1	2	3
32- Daima gücüne ve kararlarımın isabetine güvenirdi.	1	2	3
33- Daima yaptıklarımın yakından ilgilenirdi.	1	2	3

34- Okuldan parlak notlar getirmediğim zaman çok kızar.	1	2	3
35- Okulda üstün başarı göstermemde o kadar ısrar eder ki bu yüzden not konusunda aşırı derecede kaygılanırım.	1	2	3
36- Duygu ve ihtiyaçlarıma karşı daima hassas davranmıştır.	1	2	3
37- Bana yeterince özgürlük vermiştir.	1	2	3
38- Kimlerle arkadaşlık ettiğim onu pek ilgilendirmez.	1	2	3
39- Sırf benim için hiçbir şey getirmez, birlikte çarşıya çıktığımızda şeker, çiklet, balon gibi şeyler almayı düşünmezdi.	1	2	3
40- Seks konusunda o kadar mutaassıptır ki onun yanında bu konuya ilgi gösteremem.	1	2	3
41- Çocukken pis ve düzensiz bir kılıkla dolaşmam onu rahatsız etmezdi.	1	2	3
42- Güç durumda olduğum zamanlar bana daima cesaret vermiştir.	1	2	3
43- Hiçbir zaman bir şeyi onu tatmin edecek kadar iyi yapmam.	1	2	3
44- Dini ve siyasi konularda kendisi ile aynı fikirde olmadığım zaman benimle daima alay etmiş ve benim bu konuları kavrayamayacak kadar cahil olduğumu ileri sürmüştür.	1	2	3
45- Haklı olduğum zaman bunu bana açıkça söylerdi.	1	2	3
46- Görüşlerim, fikirlerim, duygu ve ihtiyaçlarımla ilgilenmezdi.	1	2	3
47- Kendisini öpmek, kucaklamak istediğimde bundan rahatsız olduğunu hissedirim.	1	2	3
48- Ancak hak ettiğim zaman beni cezalandırmıştır.	1	2	3
49- Benimle ilgili karar alınırken istek ve ihtiyaçlarımı dikkate alır.	1	2	3
50- Cinsiyet ile ilgili konulara karşı normal ve sağlıklı bir tavır geliştirmeme yardımcı etti.	1	2	3
51- Geleceğime karşı içten bir ilgi göstermiş ama hiçbir zaman amaçlarımı kendisi belirlemeye kalkışmamıştır.	1	2	3
52- Hemen hemen hiçbir konuda görüşümü sormaz.	1	2	3
53- Çocukluğumda bana hikaye, masal anlatmak için vakit harcamazdı.	1	2	3
54- Bir derdim olduğu zaman beni dinlemeye hazırdı.	1	2	3
55- Anlaşmadığımız konularda da fikirlerimi rahatça anlatma imkanı verir ve beni sabırla dinler.	1	2	3
56- Anlamadığım şeyleri anlatmaya gayret etmezdi.	1	2	3
57- Hakkımdaki kararları çok kere kendisi verir.	1	2	3
58- Bana karşı o kadar soğuktu ki acaba “öz evladı değil miyim?” diye şüphe vardı içimde.	1	2	3
59- Kazancı elverdiği halde benim için para harcamaktan çekinir yetecek kadar harçlık vermezdi.	1	2	3
60- Evde var oldukça sevdiğim her şeyi istediğim kadar yememe itiraz etmezdi.	1	2	3
61- Kendisine sormaksızın şahsi eşyalarından herhangi birini alıp kullanmama izin vermiştir.	1	2	3
62- Uygun zamanlarda kendisinden izin almaksızın oynamak için sokağa çıkabilirdim.	1	2	3
63- Kişisel problemlerimi kendisine açmakta çok zorluk çekerdim.	1	2	3
64- Bugün bile kendisine sormadan bir arkadaşımın sinemaya gidemem.	1	2	3
65- Okuldan ya da gezmeden ne zaman döndüğüm onu hiç ilgilendirmezdi.	1	2	3
66- Kendisinin gerçekleştiremediği arzularımı bende gerçekleşmiş görmek istediğini hissediyorum.	1	2	3
67- Elbiselerimi kirlettiğim zaman çok kızardı. Bu yüzden bazı sevdiğim oyunlara katılmazdım.	1	2	3
68- İlgil ve yeteneklerime uygun meslek seçmemde beni serbest bırakmıştır.	1	2	3
69- Bir güçlükle karşılaştığımda istediğim yardımcı sağlar fakat kararı bana bırakırdı.	1	2	3
70- Beni başından savmak istediğini hissedirim.	1	2	3
71- Nadiren bana bir şeyler öğretmeye çalışırdı.	1	2	3
72- Beni daha temiz ve güzel giydirebilirdi inancındayım.	1	2	3
73- Beni sık sık başkalarıyla karşılaştırmış, onların benden ne kadar üstün olduklarını söyleyip durmuştur.	1	2	3
74- Bana açıkça belli etmese de beni sevdiğini hissediyorum.	1	2	3
75- Herhangi bir konuda isabetli kararlar verebileceğime inanmazdı.	1	2	3
76- Beklentilerine uygun davranmazsam, bazen haftalarca bana küser.	1	2	3

77- Ailemizi ilgilendiren konularda benimde fikrimi sorar, karar dikkate alır.	1	2	3
78- Sağlık muayenesinde ihtiyacım olduğunda bunu hep ihmal ederdi.	1	2	3
79- Ancak istediğini yerine getirdiğim zaman beni okşar öperdi.	1	2	3
80- Hastalıklarında benimle pek az ilgilenirdi.	1	2	3
81- Beni sık sık cezalandırırdı fakat ben bu cezaların nedenlerini çok kere bilmezdim.	1	2	3
82- Eve geldiklerinde arkadaşlarıma iyi davranırdı.	1	2	3
83- Vakti olduğu halde derslerime hiç yardım etmezdi.	1	2	3
84- Bana daha az hükmetmesini isterdim.	1	2	3
85- Makul hudutlar içinde mümkün olan fırsatlara sahip olmam gereğine inanırdı.	1	2	3
86- Varlığımdan habersiz görünür hiçbir konuda fikrimi sormaz.	1	2	3
87- Beni cezalandırdıktan sonra aşırı sevgi ve şefkat gösterirdi.	1	2	3
88- Nüktedan bir kimsedir ama hiçbir zaman benimle alay etmemiştir.	1	2	3
89- Kendisine yaklaştığımda çok kere soğuk bir şekilde karşılık verirdi.	1	2	3
90- Okulda aldığım notlar onu hiç ilgilendirmez.	1	2	3
91- Hoşlanmadığı kimselerle arkadaşlık etmemi kesinlikle yasaklar.	1	2	3
92- Elbiselerimin kumaşlarını ve biçimlerini kendisi seçerdi.	1	2	3
93- Yüksek tahsil yapmasam çok mutsuz olacağını ima eder dururdu.	1	2	3
94- Bir başkası ile konuşurken kendisine soru sormama ya da kendisinden bir şey istememe katiben kızmazdı.	1	2	3
95- Beni dünyaya getirdiğine pişman görünürdü.	1	2	3
96- Hiçbir zaman nerede olduğumu ve ne yaptığımı merak eder görünmemiştir.	1	2	3
97- Beraber çalışırken işlerin nasıl ve neden böyle olduğunu açıklamaya çalışır.	1	2	3
98- Daima iyi bir evlâdın ana ve babasının istediği biçimde yetişen onların dediklerini aynen yerine getiren kimse olduğunu söyler dururdu.	1	2	3
99- Kendisini memnun etmek için bir alanda okuyorum. Oysa hayatımı başka türlü kazanmak isterim.	1	2	3
100- Cinsiyet konusunda karşılaştığım problemlerimi kendisine açtığımda çok ilgisiz davranmıştır.	1	2	3
101- Yalnız derslerimle uğraşmamı ister, oyun oynamak istediğim zaman çok öfkelenirdi.	1	2	3
102- Yatma saatim gelince beni hemen yatağa yollar. Misafir çocukları ile oynamama izin vermezdi.	1	2	3
103- Ergenlik çağında benimle pek az ilgilenmiştir.	1	2	3
104- Yemeği hazırlamadığı için aç kaldığım olmuştur.	1	2	3
105- Beni anlamak için daima içten bir gayret sarf ederdi.	1	2	3
106- (Annelik)-(Babalık) ödevinin kendisini bir esir durumuna düşürdüğünü kendisini bu işe feda ettiğini söyler dururdu.	1	2	3
107- Üzüntülü anlarında bana çok az şefkat göstermiştir.	1	2	3
108- Artık çocuk olmadığımı farkında değil görünüyor.	1	2	3
109- Bana her zaman iyi bir rehber oldu. Hiçbir zaman davranışlarıma hükmetmedi.	1	2	3
110- Tabagımdaki tamamen bitirmeden sofradan kalkmama izin vermez.	1	2	3
111- Nadiren bana "moral destek" vermiştir.	1	2	3
112- Beni nadiren cezalandırırdı ve hiçbir zaman arkadaşlarımla yanında utandırmadı.	1	2	3
113- Bana ait kararları çok kere kendisi verdi.	1	2	3
114- Beni başkalarının yanında küçük düşürücü sözler söyler, kırıcı tenkitlerde bulunurdu	1	2	3
115- Çocuklarının yaratılıştan kötü olduğuna inanır devamlı kontrol altında bulunmaları gereğini savunurdu.	1	2	3
116- Onun gözünde değersiz bir insanım.	1	2	3
117- Beni cezalandırmaktansa meseleleri benimle konuşup tartışmayı tercih eder.	1	2	3
118- Karşı cins hakkında daima korku ve güvensizlik uyandıracak telkinlerde bulunur.	1	2	3
119- Anlattıklarımı daima can kulağı ile dinler. Fakat hiçbir zaman sırlarımı öğrenmeye kalkışmaz.	1	2	3
120- Başkalarına benden daha fazla önem verir, daha nazik davranır	1	2	3

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç tanımlamıyor

Beni kısmen tanımlıyor

Tamamıyla beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1 2 3 4 5 6 7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1 2 3 4 5 6 7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1 2 3 4 5 6 7
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.	1 2 3 4 5 6 7
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1 2 3 4 5 6 7
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1 2 3 4 5 6 7
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	1 2 3 4 5 6 7
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1 2 3 4 5 6 7
9. Yalnız kalmaktan korkarım.	1 2 3 4 5 6 7
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	1 2 3 4 5 6 7
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1 2 3 4 5 6 7
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.	1 2 3 4 5 6 7
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	1 2 3 4 5 6 7
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1 2 3 4 5 6 7
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1 2 3 4 5 6 7
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.	1 2 3 4 5 6 7
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.	1 2 3 4 5 6 7
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1 2 3 4 5 6 7
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.	1 2 3 4 5 6 7
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.	1 2 3 4 5 6 7
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1 2 3 4 5 6 7
23. Terk edilmekten korkarım.	1 2 3 4 5 6 7
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1 2 3 4 5 6 7
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1 2 3 4 5 6 7
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1 2 3 4 5 6 7
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.	1 2 3 4 5 6 7
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1 2 3 4 5 6 7
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.	1 2 3 4 5 6 7
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.	1 2 3 4 5 6 7

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğiniz en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyiniz.

A. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B. 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E. 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F. 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G. 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H. 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ. 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J. 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R-0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum. a.
ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Eğitim Durumu:

Yabancı Dil(ler) ve düzeyi:

İş Deneyimi:

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar: