



T.C.

**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı**

**ANOREKSİYA NERVOZA TANISI ALAN KADINLARDA
BEDEN İMGESİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra Zeynep COŞKUN

155180134

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi CEYLİN ÖZCAN

İstanbul, 2019



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Programı

**ANOREKSİYA NERVOZA TANISI ALAN KADINLARDA
BEDEN İMGESİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: Kübra Zeynep COŞKUN

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Kadınlarda Beden İmgesi ve Çocukluk Çağı Travmasının İncelenmesi’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Kübra Zeynep COŞKUN





Babaanneme...

ÖZET

ANOREKSİYA NERVOZA TANISI ALAN KADINLARDA BEDEN İMGESİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ İNCELENMESİ

Kübra Zeynep COŞKUN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ceylin ÖZCAN

Ağustos, 2019 - 82 sayfa

Bu araştırmanın temel amacı anoreksiya nervoza tanısı alan kadınlarda beden imgesi ve çocukluk çağı travması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının incelenmesidir. İkinci amacı ise sosyo-demografik değişkenler ile çocukluk çağı travması ve beden imgesi arasındaki ilişkilerin araştırılmasıdır.

Araştırmaya anoreksiya nervoza tanı grubunu oluşturan 30 kadın hasta ile sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 30 kadın olmak üzere toplam 60 kişi katılmıştır. Araştırmada kişisel bilgileri belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu, kişinin kilosunun boyuna oranını tanımlamak için Beden Kitle İndeksi (BKİ), bedenlerini algılama düzeylerini belirlemek amacıyla “Çok Yönlü Beden-Kendilik (Self) İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ)” ve çocukluk çağında yaşanmış ihmal ve istismar durumunu belirlemek için de “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)” kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre anoreksiya nervoza ile beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travması arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki saptanmıştır. Sosyo-demografik değişkenler ile çocukluk çağı travması ve beden imgesi bozukluğu arasında olan ilişkilere bakıldığında; 25 yaş üstü grupta cinsel istismar faktör puanı 25 yaş altı gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Önlisans ve altı eğitilmiş grupta fiziksel ihmal faktör puanı lisans ve üstü eğitilmiş gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahip olma ile kilo memnuniyet durumunun çocukluk çağı travması ve beden imgesi bozukluğu ile anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur. Beden imgesi bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasında olan ilişkilere

bakıldığında; beden imgesi bozukluğu ile duygusal ihmal faktörü puanı arasında anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoza, Beden İmgesi, Çocukluk Çağı Travmaları, Kadın



ABSTRACT

THE EXAMINATION OF THE BODY IMAGE AND CHILDHOOD TRAUMA IN WOMEN DIAGNOSED WITH ANOREXIA NERVOZA

Kübra Zeynep COŞKUN

Master Thesis, Department of Psychology

Advisor: Associate Doctor Ceylin ÖZCAN

August, 2019 - 82 pages

The main purpose of this study is to investigate whether there is a meaningful relation between body image and childhood trauma on women received anorexia nervosa. The other purpose is to investigate the relation between socio-demographic factor and childhood trauma with body image.

60 women were participated for this study, 30 of those are of anorexia nervosa diagnosis group and the other 30 of those are of healthy control group. In this research, methods used are listed as follows Personal Information Form for stating personal information developed by the researcher, Body Mass Index (BMI) for obtaining mass-height ratio, “Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)” for determining the level of perceiving their body and “Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) for determining the situation of being neglected and abused in childhood. Data is obtained by SPSS 22.0.

According to the result of this research, a strong and meaningful link is found between body image disorder and childhood trauma. In the consideration of relation between socio-demographic factors and childhood trauma with body image disorder; in the group of over the age of 25, sexual abuse factor score is found to be meaningfully greater than the group of under the age of 25. In the group of associate degree or lower level educated people, physical neglect factor score is found meaningfully greater than undergraduate and upper level of education. It is found that having a child and weight satisfaction show no meaningful relations with childhood trauma and body image.

In the consideration of relation between body image disorder and childhood trauma; it is found that there is meaningful relation between body image disorder and emotional neglect factor score.

Key Words: Anorexia Nervosa, Body Image, Childhood Traumas, Woman



ÖNSÖZ

Tez sürecinin başından beri sorularımı yanıtızsız bırakmayan, her daim anlayışlı olan, fikirleri ile yol gösteren, mesleki duruşunu her zaman örnek aldığım, her dersini ilgiyle dinlediğim çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ceylin ÖZCAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreç boyunca fikirleri ve paylaşımları ile bana destek olan, motivasyonumu arttıran, bana güç veren sevgili dostlarım Uzm. Psikolog Mihriban YAZAR, Uzm. Psikolog Özge YAĞMURLU ve Uzm. Psikolog Rabia Gamze YÜRÜK'e her şey için çok teşekkür ederim. Sizin gibi dostlara sahip olduğum için çok şanslı hissediyorum.

Hayatımın her anında bana destek olan, bana inanan, bu zorlu süreçteki gerginliğime katlanan, ilgilerini ve şefkatlerini hep hissettiren sevgili annem Çiçek COŞKUN'a, babam Murat COŞKUN'a, ablam Yasemin COŞKUN'a ve kardeşim Oğuzhan COŞKUN'a çok ama çok teşekkür ederim. İyi ki sizin gibi bir aileye sahibim.

Son olarak psikolog olmama çok sevinen ve bu mutluluğunu her fırsatta dile getirmiş olan canım babaannem Nazlı COŞKUN' a hayatıma kattığı her şey için çok teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2019

KÜBRA ZEYNEP COŞKUN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	X
TABLolar LİSTESİ	xi
GRAFİKLER LİSTESİ	xii
EKLER LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1
1.1.Problem	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	1
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4.Sınırlılıklar	2
1.5.Sayıtlar	2
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anoreksiya Nervosa	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji ve Alanda Yapılan Çalışmalar	6
2.1.4. Komorbidite	7
2.1.5. Etiyoloji.....	7
2.1.5.1. Genetik Faktörler	8
2.1.5.2. Biyolojik Faktörler	8
2.1.5.3. Sosyo-Kültürel Faktörler	8
2.1.5.4. Ailesel Faktörler	8
2.1.5.5. Bireysel Faktörler	9
2.1.5.6. Çocukluk Çağı Travmaları Faktörü	10
2.1.6. Tedavi.....	10
2.1.6.1. Farmakoterapi	10
2.1.6.2. Beslenme Tedavisi	11
2.1.6.3. Aile Terapisi	11
2.1.6.4. Bilişsel-Davranışçı Terapi	12
2.2. Çocukluk Çağı Travması	12
2.2.1. Tanım.....	12
2.2.2. Tarihçe.....	13

2.2.3. Epidemiyoloji ve Alanda Yapılan Çalışmalar	13
2.2.4. Etiyoloji.....	14
2.2.4.1. Toplumsal faktörler	14
2.2.4.2. Ailesel faktörler.....	15
2.2.4.3. Kişisel faktörler	15
2.2.5. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....	15
2.2.5.1. Fiziksel İstismar.....	15
2.2.5.2. Cinsel İstismar	16
2.2.5.3. Duygusal İstismar	16
2.2.5.4. Fiziksel İhmal	17
2.2.5.5. Duygusal İhmal.....	17
2.2.6. Çocukluk Çağı Travması ve Anoreksiya Nervoza İlişkisi.....	18
2.3. Beden İmgesi	19
2.3.1. Tanım	19
2.3.2. Tarihçe.....	20
2.3.3. Beden İmgesi Bozukluğu	22
2.3.4. Beden İmgesinin Anoreksiya Nervoza ile İlişkisi	23
YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Modeli	24
3.2. Evren ve Örneklem	24
3.3. Veri Toplama Araçları.....	24
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	24
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	24
3.3.3. Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ)	25
3.3.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ).....	27
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5. Verilerin Çözümlemesi	27
BULGULAR	28
TARTIŞMA	44
SONUÇ VE ÖNERİLER	49

KISALTMALAR LİSTESİ

AN: Anoreksiya Nervoza

ANG: Anoreksiya Nervoza Grubu

Bİ: Beden İmgesi

BİB: Beden İmgesi Bozukluğu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

KG: Kontrol Grubu

MBSRQ: Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların genel yapısına ilişkin bilgiler	28
Tablo 2. Grupların yaş, çocuk ve eğitim durumu özellikleri	29
Tablo 3. Grupların fiziksel özellikleri, kilo memnuniyetleri ve kendini kabul durumları	30
Tablo 4. Grupların Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ) puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 5. Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 6. Grupların kilo kontrolü ve sağlık durumlarının karşılaştırılması	35
Tablo 7. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 8. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması	39
Tablo 9. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile kilo memnuniyet durumlarının karşılaştırılması	40
Tablo 10. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile kendini kabul durumlarının karşılaştırılması	41
Tablo 11. Anoreksiya nervoza grubunun BKİ değeri, ÇYBKİÖ puanları ve ÇÇTÖ puanları açısından karşılaştırılması	42
Tablo 12. Anoreksiya nervoza grubunun çocukluk çağı travma faktörlerine ilişkin frekans ve yüzdeleri	42

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Grupların BKİ ve fiziksel özellikleri açısından karşılaştırılması	31
Grafik 2. Grupların kilo memnuniyetleri ve kendini kabul durumları açısından karşılaştırılması	32
Grafik 3. Grupların Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ) puanlarının karşılaştırılması	33
Grafik 4. Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarının karşılaştırılması	34
Grafik 5. Grupların kilo kontrolü ve sağlık durumlarının karşılaştırılması	36



EKLER LİSTESİ

EK 1. Sosyodemografik Bilgi Formu	60
EK 2 . Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	62
EK 3 . Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ).....	64



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.Problem

Anoreksiya nervoza (AN) özellikle 1980'li yıllardan sonra daha çok araştırılan ve tartışılan psikiyatrik bir bozukluktur (Anıl, 1992), özellikle de 2000'li yıllardan beri bu konudaki araştırmalar artmıştır (Dinç ve Koçhan, 2016). Ancak araştırmalardaki artışa rağmen etiyojisi ve tedavisi tamamıyla açığa kavuşturulamamıştır (Anıl, 1992).

AN'nin etiyojisinde bir çok faktör öne atılmaktadır. Halen tartışmalı olan bu konuda; sosyokültürel, biyolojik, ruhsal etkenleri sorgulayan ve hastalığın bu faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını ifade eden araştırmalar bulunmaktadır (Siyez ve Baş, 2009, Sönmez, 2017). AN'nin gelişimindeki birçok faktörün yanı sıra, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan travmatik olayların da etkisinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde son yıllarda yapılan araştırmalar, yeme bozuklukları arasında özellikle anoreksiya nervozanın görülme sıklığında önemli bir artış olduğunu ortaya koymaktadır (Horozcu, 2016). Ayrıca mortalite oranının da yüksek olduğunu göstermektedir (Bulut ve ark.,2017).

Tüm bunlar AN'nin gelişiminde rol alan etmenlerin daha iyi aydınlatılması gerektiğini düşündürmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

AN psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek mortalite oranına sahip hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yurtiçi literatürde anoreksiya nervoza ile ilgili birkaç çalışma yapılmış olmakla birlikte yeterli görünmemektedir. Bu araştırmada temel amaç anoreksiya nervozanın beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travması ile ilişkisini araştırmak ve bu anlamda literatüre katkı sağlamaktır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

1. Anoreksiya Nervoza grubunun çocukluk çağı travma belirti düzeyleri, sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travma belirtilerinden daha yüksektir.
2. Anoreksiya Nervoza grubunun beden imgesi bozukluğu belirti düzeyleri, sağlıklı kontrol grubunun beden imgesi bozukluğu belirti düzeylerinden daha yüksektir.
3. Anoreksiya Nervoza grubunda çocukluk çağı taravma belirti düzeyleri ile beden kitle indeksi arasında negatif korelasyon vardır.
4. Anoreksiya Nervoza grubunda beden kitle indeksi ile beden imgesi bozukluğu belirti düzeyleri arasında negatif korelasyon vardır

1.4.Sınırlılıklar

1. Araştırma, 18-50 yaş aralığındaki kadınlar ile sınırlı tutulmuştur.
2. Araştırma, elde edilen sonuçlar bakımından Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği, Demografik Bilgi Formu ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden elde edilen ölçümlerle sınırlıdır.
3. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar anoreksiya nervoza tanı grubundaki kişilere ulaşmak güç olduğu için 60 kişilik örneklem ile sınırlıdır.

1.5.Sayıtlar

1. Çalışılan örneklemin evreni yansıttığı varsayılmıştır.
2. Katılımcıların Sosyodemografik bilgi formunda ve diğer ölçme araçlarında yer alan soruları doğru ve samimi bir biçimde cevaplandıkları varsayılmıştır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Anoreksiya Nervosa

2.1.1. Tanım

Anoreksiya nervosa “sinirsel sebeplerden dolayı iştah kaybı” olarak tanımlanır (Palmer, 2004). Kilo kaybı sonucu kişinin vücut ağırlığının yaşına ve boyuna göre olağan ağırlığın yüzde 85’inin altında yani vücut kitle indeksinin 18,5 kg/m² ya da bu değerinin altında olması tanı koymak için yeterlidir (Köroğlu, 2015). Bu hastalar kilo almaktan ya da şişman olmaktan çok korkarlar. Hastalardaki bu korku kilo kaybına rağmen azalmaz aksine kilo kaybı olsa bile kilo alma korkusu artarak devam eder (Köroğlu, 2015). Kilo kaybı temel olarak gıda alımındaki bir azalmadan kaynaklanır. Bu bozukluk genellikle basit bir diyet ile başlar (Garner, 1988) en sonunda ise çok kısıtlı yemekler seçilir. Bunun yanı sıra aşırı egzersiz yapmak ve kusma, idrar söktürücülerin ve bağırsak boşaltıcıların kötüye kullanılması gibi yedikleri yiyeceği çıkarma yöntemleri de hastalığa katkıda bulunabilir. Ayrıca anorektik kişilerin yavaş kalp atışı, düşük tansiyon gibi anormal hayatı belirtileri de bulunabilir (Morrison, 2016).

Anoreksiya nervosa önemi ve zararı gittikçe artmakta olan bir hastalıktır (Ziyalar, 1976). AN önemli bir özelliği de bireyin kendini 'hasta' olarak görmemesi ve başkaları tarafından algılanan yetersiz beslenmesidir (Zipfel ve ark., 2015).

DSM-5’e göre Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri

- A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlamaktadır. Bireyin cinsiyeti, yaşı, beden sağlığı ve gelişimsel olarak izlediği yol bağlamında belirgin biçimde düşük kilonun olmasına yol açmaktadır. Belirgin bir biçimde düşük kilo, olağan en düşük kilonun altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşük kilonun altında olarak tanımlanır.
- B. Beklenenin altında bir kiloya sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan çok korkma ve bireyin kilo almayı zorlaştıran sürekli davranışlarda bulunması.

C. Bireyin kilosunu ya da biçimini algılaması ile ilgili bir bozukluk olması. Bireyin, kendini değerlendirirken kilosunun ve biçiminin anlamsız bir etkisinin olması, o sıradaki kilosunun düşük olmasının önemini kavrayamaması.

1. Kısıtlayıcı Tür: Bireyin son üç ay içerisinde, yinelenen tıkanırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri olmamıştır. Bu alt tür, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da çok fazla spor yaparak, daha çok diyet yaparak, kilosunun kaybedildiği görünümünü tanımlamaktadır.

2. Tıkanırcasına Yiyen/Çıkarıcı Tip: Bireyin son üç ay içinde yineleyen tıkanırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri bulunmaktadır.

Anoreksiya nervozanın ağırlık düzeyi erişkinler için vücut kitle indeksine göre belirlenir (Köroğlu, 2014). Erişkinler için DSÖ kategorisinin değer aralıkları aşağıda belirtilmiştir:

Ağır olmayan: BKİ ≥ 17 kg/ m²

Orta derecede: BKİ 16-16.99 kg/ m²

Ağır: BKİ 15-15.99 kg/ m²

Aşırı düzeyde: BKİ < 15 kg/ m²

2.1.2. Tarihçe

Anoreksiya nervoza ile ilgili ilk klinik açıklama 1686 yılında Richard Morton tarafından “Treates of Consumption” isimli kitabında yapılmıştır. Morton 1694 yılında da hastalığın tarifini yapmıştır (Ziyalar, 1976, Horozcu, 2016). Morton, 18 yaşında bir kadın ve 16 yaşında bir erkek hastasından bahseder. Kadın hastanın tedaviyi reddederek tamamen iskelet haline geldiğini ve üç ay sonra öldüğünü ve erkek hastanın ise iyileştiğini bildirir (Butcher ve ark., 2011, Ziyalar, 1976).

Anoreksiya nervoza başlangıçta bir hastalık değil, hastalığın bir belirtisi olarak görülmüştür. Bunun nedenlerinden biri ise doktorların etiyojiden ziyade semptomlara odaklanmış olması ve bunun sonucunda da fizyolojik hastalıklarla psikolojik hastalıkları birbirinden ayıramamasıdır (Horozcu, 2016).

Anoreksiya nervoza Sir William Gull ve E.C. Leségue tarafından 1868 yılında kesin

olarak tanımlanınca ün kazanmıştır. Ancak “anoreksiya nevroza” olarak anılmıyordu. Gull ilk olarak daha çok kadınlarda olan ve şiddetli derecede yemeği reddetme sonucu aşırı zayıflama olarak belirttiği hastalığı kadın histerisiyle ilişkilendirerek ona “apepsia hysterica” adını vermiştir. Daha sonra ise bu duruma erkeklerde de rastlanmasıyla birlikte adını “anorexia apepsia” olarak değiştirdi. Son olarak da nedeninin pepsin yetersizliğinin olmadığı anlaşılacak “ iştah kaybı” anlamına gelen “anorexia”, sinirsel ve psikiyatrik anlamı çağrıştıran “nervosa” kelimelerini bir araya getirerek günümüzde de kullanılmakta olan “anoreksia nervosa” adını verdi (Horozcu, 2016, Ziyalar, 1976). Ayrıca Gull kabızlık, düşük nabız, aşırı kilo kaybı, amenore ve hareket artması görülmesine rağmen organik belirtilere rastlanmadığına dikkat çekti ve psikolojik faktörlerin önemi üzerinde durdu (Ziyalar, 1976).

Laseque de 1874 yılında GULL'den habersiz olarak anoreksiya histerik olarak adlandırdığı anoreksiya nervozayı tarif eden bir makale yayınladı. Bu makalede 8 vakadan bahsetti ve Gull'un aksine aşırı iyimser bir tavırla hastaların iyileştiğini belirtti (Ziyalar, 1976).

Ünlü psikiyatr Pierre Janet de 1906-1907 eğitim öğretim yılında verdiği bir koferansta o dönemde histerik anoreksiya olarak isimlendirdiği anoreksiya nervozayı tanıtmıştır. Bu konferansında hastalığın bir kız hastalığı olduğunu, hastanın hiperaktif ve inatçı olduğunu, kendini kusturmayı alışkanlık haline getirdiğini ve bunun sonucunda gıdasız kalarak hayati tehlike içerisine girdiğini belirtmiştir (Sarı, 2009). Pierre Janet anoreksiya nervozayı “obsesyonel” ve “histerik” olmak üzere iki tipe ayırmıştır. Obsesyonel anoreksiyayı fikir saplantısı olarak görüp obsesyon ve fobiler nedeniyle açlık hissinin bastırıldığından, histerik anoreksiyada ise hastanın yemek yiyemeyeceğine inandığından bahsetmiştir (Ziyalar, 1976).

1883'de Huchard “anoreksiya nervoza” terimini tanıtmıştır ve Freud (1895) anoreksiyanın melankoli ile ilişkili olduğunu ve cinsel gelişimini tamamlamamış kadınlarda meydana geldiğini öne sürmüştür (Wozniak ve ark., 2012).

Simmon de anoreksiya norvoza üzerinde düşünmüş ve hastalığı psikopatolojik olarak ele almıştır. 1930'lu yıllarda ise Bruch'un yeme bozukluklarında bedensel imgenin ve duygu durumun bozulması, açlık ve tokluk bilincinin kaybolması ilkeleri psikoloji tarihine geçmiştir ve günümüzde de kabul görmektedir (Sarı, 2009).

Anoreksiya nevroza 1972 yılına kadar hiçbir resmi tanı kategorisine girmemiştir. İlk olarak 1972 de Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winkour ve Munoz tarafından

sınıflandırmaya dahil olmuştur. Sonrasında da 1980' de DSM-III e dahil edilmiştir. Bunu 1987'de yayınlanan DSM-III-R, 1994' te yayınlanan DSM-IV ve DSM-IV-TR izlemiştir (Sarı, 2009). DSM-5' te Beslenme ve Yeme Bozuklukları kategorisinde yer almıştır. Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma Tipi ve Kısıtlayıcı Tip olmak üzere iki ayrı tipi vardır. Ayrıca DSM-IV deki temel tanı ölçütleri amenore olması gerekliliği dışında aynı kalmıştır (Sarı, 2009, Morrison, 2016).

2.1.3. Epidemiyoloji ve Alanda Yapılan Çalışmalar

Hilde Bruch 1978 yılında yazdığı bir yazısında anoreksiya nervozanın ilk yıllarda nadir iken 15-20 yıl içerisinde hızla arttığını son yıllarda sık görüldüğünü ifade etmiştir. Brumberg'de 1988 yılında hastalığın görülme sıklığında artış olduğunu ancak hala az sayıda anorektik vakaya rastlandığını söylemiştir. Oysa günümüzde nadir olmaktan çıkıp yaygın görünür hale gelmiştir (Horozcu, 2016)

Yaygınlık durumu sosyo-kültürel açıdan incelendiğinde anoreksiya nervozanın daha çok endüstrileşmiş Batı toplumlarında görülmekte olduğu, batı dışı toplumlarda ise pek fazla rastlanmadığı tespit edilmiş olsa da bugün itibariyle dünyanın hemen her toplumunda görülme sıklığında artış bulunmaktadır (Horozcu, 2016). Ayrıca araştırmalar anoreksiya nervozanın üst sosyo-ekonomik düzeyde olanlarda daha sık görülürken son zamanlarda her sosyal sınıfta artış olduğunu da göstermektedir (Horozcu, 2016) Yapılan çalışmalar anoreksiya nervozanın tek bir sosyo-ekonomik düzey ve kültüre özgü olmadığını düşündürmektedir. (Erbay ve Seçkin, 2016)

Anoreksiya nervoza cinsiyet açısından incelendiğinde kadınlarda görülme sıklığının erkeklere oranda 10-20 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Genellikle ergen kızlarda ve genç kadınlarda görülmekte olup ergen veya genç erkekler ile 40 yaşın üzerindeki kadınlarda nadiren rastlanmaktadır (Horozcu, 2016, Köroğlu, 2015). Ayrıca homoseksüel erkeklerde heteroseksüel erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Yaraman, 2003). Ergenlik dönemindeki genç kızlarda fazla görülmesi, bu dönemim özelliklerinin hastalığı tetiklediğini düşündürmektedir (Küey, 2006). Bu düşünceden yola çıkarak anoreksiya nervoza, ergenlik değişimlerine uyum sağlamakta yetersizlik olarak ifade edilebilir.

ABD' deki tahminlere göre anoreksiya nervozanın prevalansı kadınlarda %0,9 erkeklerde ise %0,3'tür. İsviçre'deki oranlar ise kadınlarda %1,2, erkeklerde %0,29 ile ABD' deki oranlara benzer niteliktedir (Butcher ve ark., 2011, Ziyalar, 1976). Hastalığın

Türkiye'deki prevalansı ise bilinmemektedir. Lise öğrencileri üzerinde yürütülen bir araştırmada hastalığın görülme sıklığı kızlarda %0.29, erkeklerde %0.1 olarak bulunmuştur (Bulut ve ark., 2017).

Anoreksiya nervozanın yaşam boyu prevalansı % 1'dir. 13-14 yaşlarında ve 17-18 yaşlarında görülme sıklığı iki kez pik yapar (Köroğlu, 2015). Anoreksiya nervoza, en yüksek ölüm oranına sahip psikiyatrik bozukluktur (Morris ve Twaddle, 2007). Bu oran çalışmalara göre %2-10 arasında değişmektedir (Perçinel, 2013).

2.1.4. Komorbidite

AN'nin görülme sıklığına belirli kişilik bozukluğu kümeleri bağlamında bakıldığında, tıkanırçasına yeme-çıkarma tipinde en çok sınır kişilik bozukluğu görülürken, kısıtlı tipinde en çok obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB), görüldüğü bildirilmiştir (Batum, 2008).

AN'nin komorbidite prevalansı anksiyete bozuklukları için % 30-65 ve depresyon için ise %50-68 ve aralığındadır (Sönmez, 2017). Beden dismorfik bozukluğunda ise %39 olduğu saptanmıştır. Beden dismorfik bozukluğunun anoreksiya nervoza ile komorbid olduğu durumlarda anoreksiya nervozanın daha erken başladığı ve daha ağır bir gidiş gösterdiği bildirilmiştir (Altınyazar ve Maner, 2014).

Anoreksiya nervoza başlamış olan hastalarda bir süre sonra nadir de olsa şizofreninin ortaya çıktığı görülmektedir (Ziyalar, 1976). Bunun yanı sıra anoreksiya nervozanın kısıtlı tipinde alkol kullanım bozukluklarına sık rastlandığı saptanmıştır (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Yapılan araştırmalar anorektik hastalarda histerik ve otistik özelliklerin de olabileceğini göstermektedir (Kerimoğlu ve Ceyhun, 1986).

2.1.5. Etiyoloji

Son yıllarda yapılan çalışmalar, anoreksiya nervozanın etiyojisinde tek bir faktörden ziyade birden çok faktörün etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar arasında; gelişimsel, genetik, nörobiyolojik, aile dinamikleri, cinsel travma, psikososyal ve biyolojik faktörler yer almaktadır. (Siyez ve Baş, 2009, Sönmez, 2017).

2.1.5.1. Genetik Faktörler

Yapılan ikiz araştırmalarında hastalığın konkordans oranının çift yumurta ikizlerinde % 10, tek yumurta ikizlerinde ise % 50 olduğu bulunmuştur. Ayrıca akrabaları arasında da hastalığa rastlanma oranının normalden 10 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Tüm bunlar anoreksiya nervozanın genetik yatkınlığa sahip olduğunu düşündürmektedir (Odağ, 2016).

2.1.5.2. Biyolojik Faktörler

Anoreksiya nervozada ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeniyle nörobiyolojik faktörler üzerinde de durulmaktadır (Kerimoğlu ve Ceyhun, 1986). Bu alanda yapılan bir çok çalışmada hastalarda genel olarak hem gri hem de beyaz maddede azalmalar, serebral atrofi ve genişlemiş ventriküller olduğu saptanmıştır (Sönmez, 2017).

Beyin lezyonları ile ilişkili çalışmalarda hipotalamus ve beyin sapının yiyeceği reddetme veya daha az yiyecek alma gibi bozukluklara neden olduğu görülmüştür (Sönmez, 2017).

2.1.5.3. Sosyo-Kültürel Faktörler

Kilolu olmak geçmişte beğenilir olsa da günümüzde bunun aksine zayıf olmak beğenilir hale gelmiş, çekici ve başarılı olmakla ilişkilendirilir olmuştur. Bugün birçok magazin dergisinin kapağında ve medyada da gördüğümüz gibi ideal kadın olarak algılanan modellerin beden ölçüleri gün geçtikçe incelmektedir. Bu durum da ergen ve genç yetişkin kadınların kendi bedenlerini algılama biçimleri ile ideal kadın bedeni arasında uyumsuzluğa neden olmaktadır. Buna paralel olarak toplumda da zayıf olma yönündeki baskılar da artmaktadır (Butcher ve ark., 2011). Ancak basının bazı kadınları etkilediği fakat pek çoğunu etkilemediği üzerinde durarak basının yeni bir kültür oluşturmadığını aksine olanı yansıttığını düşünen araştırmacılar da vardır (Palmer, 2004).

2.1.5.4. Ailesel Faktörler

Klinisyenler anoreksiya nervoza hastalarının ailelerinde belirli ortak sorunların olduğunu gözlemlediklerini belirtmiştir. Bu ortak sorular arasında; iç içe girmiş, aşırı

korumacı, sorun çözme yetileri düşük, katı aileler olmaları ve anne kız arasındaki yıkıcı iletişim yer almaktadır (Butcher ve ark., 2011, Dinç ve Koçhan, 2016). Tüm bunlar aile ilişkileri açısından yeterli doyum sağlanamamasına zemin hazırlayarak kişileri anoreksiya nervozaya eğilimli hale getirmektedir (Siyez ve Baş, 2009). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar kardeşler arasındaki kıskançlığın fazla olduğunu ve ebeveyn beklentilerinin de daha yüksek olduğunu göstermektedir (Kaya ve ark., 2003).

Anoreksiya nervozalı çocuk ve ergenlerin ailelerinde daha fazla ruhsal bozukluk, ölüm ve ayrılma, alkol kullanımı ve kumar sorununun varlığını gösteren çalışmalar da vardır. Aynı zamanda ebeveynlerin de çocukları gibi mükemmeliyetçi eğilimler sergilediği ve yine çocukları gibi diyet yapma ve iyi bir fiziğe sahip olma endişesi içerisinde oldukları gözlemlenmektedir (Sönmez, 2017). Bunların yanı sıra bütün hastalarda görülen belirli bir aile tipi de yoktur (Palmer, 2004).

2.1.5.5. Bireysel Faktörler

Önceki faktörlerde de belirttiğimiz gibi çocukluktaki olumsuz yaşantılar; ebeveynlerin aşırı korumacı, katı olmaları ve sorun çözme yetilerinin düşük olması gibi durumların kişilerde özgüven kaybına neden olmakta ve bu öz güven kaybının telafisi olarak da kontrol arayışı ortaya çıkmaktadır. Kontrol arayışının üzerinde duran araştırmacılar anoreksiya nervozalı hastaların kendilerini kukla gibi hissettiklerini, kontrolcü ebeveynlere karşı kendilerini savunamadıklarını ve yemeyerek başkaları üzerinde kuramadıkları kontrolü kendi üzerlerinde kurduklarını öne sürmektedir (Horozcu, 2016). Richard Morton da anoreksiya nervozalı kişilerin kendilerini cinsellikte dahil olmak üzere yetişkinliğin psikolojik ve sosyal getirilerine hazır hissetmediğini ve kontrol edemediği hayatın yerine bedenlerini koyarak onu kontrol ettiklerini öne sürmektedir (Horozcu, 2016).

Yapılan araştırmalar anoreksiya nervoza tanılı hastaların kontrol gruplarına göre mükemmeliyetçilik ölçeğinden daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. Ayrıca anoreksiya nervozası olan ikizlerde yapılan çalışmalarda bu kişilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinin yüksek çıktığını göstermektedir (Butcher ve ark., 2011).

Kim ise anoreksiya nervozalı hastaların yetiştirilme biçimlerinden dolayı düşük öz saygı ve öz güvene sahip olduklarını ve ince bir bedene sahip olarak değerlilik duygusunu elde edebileceklerini düşünerek diyet yaptıklarını öne sürmektedir (Horozcu, 2016).

2.1.5.6. Çocukluk Çağı Travmaları Faktörü

Yapılan araştırmalar yeme bozukluğu vakalarında çocukluk çağı cinsel taciz ve istismarı ile travma sonrası stres bozukluğuna sık rastlandığını ve anoreksiya nervoza hastalarının sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla cinsel kötüye kullanıma maruz kaldıklarını göstermektedir (Kaya ve ark., 2002, Oğur ve ark., 2016).

2.1.6. Tedavi

Anoreksiya nervozanın tedavisi halen tartışmalıdır (sosyal biliş). Tedavi edilebilme olasılığı hastaya, anoreksiya nervozanın türüne, hastalığın süresine, beden kitle indeksine göre değişmektedir. Bununla birlikte çevresel faktörler, hastanın ruhsal durumu, ekonomik durumu ve içinde bulunduğu toplumun kültürü tedavide etkili olmaktadır (Ziyalar, 1976).

Anoreksiya nervozanın klinik olarak denetim altına alınması konusunda pek çok güçlükle karşılaşmaktadır. Bu hastalar büyük oranda tedaviye direnç gösterir (yaklaşım) çoğunlukla iyileşme konusunda isteksiz olurlar. Terapiyi bırakma oranları da yüksektir özellikle tıkanırcasına yeme/çıkarma alt türü hastalarında yatılı tedaviyi zamanından önce bırakma eğilimi yüksektir (Butcher ve ark., 2013).

Bu hastalarda, birkaç tedavi yönteminden aynı anda yararlanılması ve kişiye özgü özellikler dikkate alınarak özgün tedavi çerçevesinin çizilmesi önerilmektedir (Perçinel, 2013).

2.1.6.1. Farmakoterapi

AN'nin tedavisinde pek çok farklı ilaç grubu denenmiş olmasına rağmen tutarlı bir etki söz gözlemlenmemiştir, spesifik bir ilaç tedavisi olmadığı için de her hasta özel olarak değerlendirilmektedir (Ergüney, 2012).

Multidisipliner tedavide özellikle çok düşük kilolu hastalarda, komorbid duygudurum, OKB veya anksiyete bozukluğu varlığında, antidepresanların da eklenmesi tavsiye

edilmektedir (Zwaan ve Roerig, 2003).

Ayrıca tedavi sonrasında nüks oranlarının yüksek olması sebebiyle taburculuk sonrası kilo korunumunu sağlamak amacıyla antidepresanlar kullanılmaktadır (Zwaan ve Roerig, 2003). Bunun yanı sıra bazen de kişinin sorunlu düşünme biçimlerini önleme amaçlı antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır. Ancak kullanılan bu ilaçların yararlı olduğunu gösteren herhangi bir veri bulunmamaktadır. Ayrıca farmakoterapiye eşlik eden başka bir tedavi yöntemi olmadığında hastaların sıklıkla ilaç kullanımını reddettikleri görülmektedir (Butcher ve ark., 2013). Bu nedenlerden dolayı ilaç tedavisi tek başına yeterli bir yol olarak görülmemekte, psikoterapilerle birlikte uygulandığında başarılı sonuçlara ulaşıldığı düşünülmektedir (Perçinel, 2013).

2.1.6.2. Beslenme Tedavisi

AN vakalarında tıbbi komplikasyonlar ve ölüm ihtimalinin azaltılması ardından da alınan kilonun korunmasını sağlamak hedeflenmektedir. AN tedavisinde kilo alımı, kilonun korunmasından daha kolay olmaktadır. Hastaların büyük kısmında bir yıl içerisinde relaps görülmektedir (Ergüney, 2012).

2.1.6.3. Aile Terapisi

Aile terapisi daha çok ailesiyle birlikte yaşayan genç hastalarda etkili olmaktadır. Terapi de genellikle hastalığın özelliği gözden geçirilmekte; iletişim sorunları, iyi yetiştirme endişesi gibi bütün aileyi ilgilendiren ve düzelmesi gereken konular tanımlanmaktadır (Dinç ve Koçhan, 2016).

Aile terapisinde bilinen en iyi incelenmiş yaklaşım Maudsley modeli olarak anılmaktadır. Tipik bir tedavi programı 10-20 seans ve üç evreden oluşmakta olup 6 ile 12 aya yayılmaktadır. Yeniden beslenme evresinde terapist ebeveynlerle işbirliği yaparak çocuklarının sağlıklı beslenmesi konusunda onlara yardım etmekte ve çocuğun iyileşmesinde etkili bir destek olmaları konusunda onları yönlendirmektedir. Hasta kilo almaya başladıktan sonra yeni bir ilişkiler örüntüsü konusunda uzmanlaşma evresine geçilmektedir. Bu evrede aile meseleleri ve sorunları ele alınmaktadır. Son olarak bitirme evresi devreye girmektedir. Bu evrede ise hasta ile ebeveynleri arasında sağlıklı ilişkiler geliştirmeye odaklanılmaktadır (Butcher ve ark., 2013).

2.1.6.4. Bilişsel-Davranışçı Terapi

Davranışsal ve duygusal değişiklikler meydana getirmek için hastanın inanç ve düşünme sisteminde bilişsel değişiklikler yapmayı amaçlayan (Beck, 2018) bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) anoreksiya nervozanın tedavisinde de sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Butcher ve ark., 2013). Tedavi özellikle kilo ve yemekle ilgili çarpık inançların değiştirilmesine ve hastalığa sebep olabileceği düşünülen benlikle ilgili çarpık düşüncelere odaklanmaktadır (Butcher ve ark., 2013). Bunun yanı sıra kişisel değer ve kontrol hakkındaki inançların değiştirilmesi gerektiği de düşünülmektedir (Beck, 2018).

2.2. Çocukluk Çağı Travması

2.2.1. Tanım

Çocukluk çağı travmaları 'bireylerin çocuklukta veya genç erişkinlikte maruz kaldığı duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin yanı sıra ebeveyn kaybı, boşanma, şiddete tanıklık etme, göç, doğal afetler ve kazalar' şeklinde tanımlanır. 18 yaşın altındaki çocuklara karşı yapılan duygusal, fiziksel, toplumsal ve zihinsel gelişimlerini zedeleyen her tür davranışın istismar; yine 18 yaşın altındaki çocukların bakım, gözetim, eğitim ve beslenme gibi gereksinimlerinin karşılanmaması ise ihmal olarak kabul edilmektedir (Yöyen, 2016, Çelik ve ark., 2018). Bu yaşantılar bireylerin kişiliğini olumsuz şekilde biçimlendirmekte ve algılarını çarpıtmaktadır. Bu da bireylerin hem şimdiki yaşamlarının hem de gelecekteki yaşamlarının olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır (Çakar ve ark., 2018).

İhmal ve istismarın tanınması oldukça zordur bu nedenle sağlık alanından çalışanların çocuk ve aile ile ilk karşılaştıklarında yüksek düzeyde şüphe göstermesi gerekmektedir. Sağlık sistemiyle ilgili etmenler erken tanıyı güçleştirmekte, ihmal ve istismara olanak sağlamaktadır. Tanılanmamış ihmal ve istismar ise istismarın kronikleşmesine, hastalık ile ölüm oranlarının artmasına sebep olmaktadır (Sarı ve ark., 2016).

Çocuk ihmal ve istismarı çocukların yaşamında onarılmaz yaralar açmakta ve yetişkinlikte görülecek problemlere zemin hazırlamaktadır. Bu nedenlerden dolayı ihmal ve istismarın prevalansını azaltmak, çocuklara ve topluma fayda sağlayacak ahlaki zorunluluktur (Sarı ve ark., 2016).

2.2.2. Tarihçe

İnsanlık tarihi incelendiği zaman çocuk istismarının insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. Eski çağlara bakıldığında kültürün ve inanışların etkisiyle çocukların kurban edildiği, öldürüldüğü, mal gibi görülüp kötüye kullanıldığı, köle olarak satıldığı görülmektedir. Meksika, Çin, Peru ve Hindistan gibi ülkelerde bebeklerin nehre atılması ve su üzerinde kalmayı başaramazlarsa güçsüz olduklarından dolayı yaşamaya haklarının olmadığı düşünülmesi; Roma’ da kanunların babalara çocuklarını terk etme, satma ve öldürmesine izin vermesi; İslamiyet öncesi Arap toplumlarında kız çocukların utanç sebebi olarak görülmesi ve diri diri gömülmesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Felendecioğlu ve Bulut, 2005).

Ancak çocuk istismarı, her ne kadar insanlık tarihi kadar eski de olsa, bir problem olarak tanımlanması ve üzerinde çalışılmaya başlanması ne yazık ki, ancak 100 yıllık bir geçmişe sahiptir (Uğurlu, 2017). 1970’lerin ortasında ABD, İngiltere ve Kanada’da vaka bildirimleri yayınlanmaya başlamıştır. Doğu ülkelerine bakıldığında ise vaka bildirimlerinin ancak son yıllarda yayınlanmaya başladığı görülmektedir (Yıldırım, 2010).

Ülkemizde de çocuk istismarıyla ilgili istatistiksel veriler 1970 yılından itibaren toplanmaya başlanmıştır. Bu konuda araştırmalar yapılıyor olsa da bu araştırmalar çok yetersiz kalmakta, her yıl ne kadar çocuğun istismar mağduru olduğu bilinmemektedir (Kır, 2013).

2.2.3. Epidemiyoloji ve Alanda Yapılan Çalışmalar

Çocukluk çağı istismarının prevalansı ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamış, bu konuda yapılmış olan araştırmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bunun da istismar kavramının tanımlanması, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel farklılıklar ve sosyal damgalamadan kaynaklandığı düşünülmektedir (Yıldırım, 2010).

İstismarlara yönelik ilk tahmin çalışmaları; bu oranların sadece devlet kayıtlarından alınıyor olması, her istismar vakasının adli takibe girmemesi, aile içinde gizli tutulması gibi sebeplerden dolayı gerçeği yansıtmadığı şeklinde eleştirilmiştir (Erdoğan, 2018).

Araştırmalar travmaların dünya genelinde %60- 70 oranında olduğunu göstermektedir. 60 yaş ve üstü bireylerle yapılan araştırmalarda, örneklemin % 69- %86’ sının, hayatlarının en

az bir dönemde duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar , fiziksel ihmal ya da cinsel istismara maruz kaldıklarını ortaya koymakta ve bu travmaların da büyük bir bölümünün çocukluk döneminde olduğuna işaret etmektedir (Erdoğan, 2018).

Yirmi ülkede yayınlanmış toplam 24 çalışmayı içeren bir derlemede, cinsel istismar oranlarının erkekler için %3-29, kadınlar için %7-36 oranında değiştiği bildirilmiştir. Çalışmalar, ilk istismara uğramanın 8-12 yaşları arasında pik yaptığını, 12 yaşından sonra ise büyük oranda azaldığını göstermektedir (Talu, 2015).

ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun istismar veya ihmal sonucu hayatını kaybettiği tahmin edilmekte ve bu kayıpların %52’sine fiziksel istismar, %42’sine ihmal ve %5’ine ise ihmal ve istismarın neden olduğu görülmektedir (Gülömür Çınar, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre; dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk ihmal veya istismara maruz kalmaktadır (Gülömür Çınar, 2010). Yine dünya sağlık örgütünün verilerine göre tüm dünyada kadınların %20’si, erkeklerin ise yaklaşık olarak %8’i çocukluklarında cinsel istismara maruz kalmaktadır; tüm yetişkinlerin ise %25’i çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kalmaktadır (Arslan, 2016). Yapılan araştırmalara göre, çocuk istismarı sıklığı Almanya’da % 1,5, İngiltere % 1,3 ve Hollanda’da % 0,5’tir (Sarı ve ark., 2016). Ülkemizde ise netleşen istismar ve ihmal vakalarının prevalansı ve dağılımı ile ilgili resmi bir veri yoktur bunun yanı sıra toplumsal tarama çalışmalarının sayısı da oldukça azdır (Yıldırım, 2010).

2.2.4. Etiyoloji

Çocukluk çağı travmasına sebep olan etmenler çok boyutlu olarak ele alınmaktadır (Kaygusuz, 2018). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın risk faktörleri; kişisel, ailesel ve toplumsal olarak sınıflandırılmaktadır (Özçetinkaya, 2011).

2.2.4.1. Toplumsal faktörler

Çocuğun azınlık ya da engelli olması ya da cinsiyeti gibi nedenlerle değerinin azalması, sosyal eşitsizlikler, savaş ve kavgalar gibi organize şiddet, medya şiddeti, toplumda şiddete hoşgörüle bakılması, kültürel normlar toplumsal faktörler arasında yer almaktadır. Amerikan ulusal verilerine göre, yerli erkek çocuklarının çoklu fiziksel ve cinsel saldırılara uğrama oranlarının daha fazla olduğu; bölgesel çalışma sonuçlarında ise, şiddetli saldırılara ve

ev içi şiddete daha fazla uğradıkları görülmektedir (Özçetinkaya, 2011).

2.2.4.2. Ailesel faktörler

Yapılan çalışmalarda geniş aile, yabancılaşıma, yüksek stres düzeyleri ve aile içi şiddet, düşük gelir düzeyi, annenin düşük eğitim düzeyi, deneyimsiz anne-baba, yalnız ebeveyn, genç yaş,, istenmeyen gebelik, ebeveynlerin erken yaşta şiddete maruz kalması, madde kullanması ve fiziksel ya da ruhsal hastalıkları olması, yetersiz doğum öncesi bakım gibi faktörlerin çocukluk çağı travması görülme riskini arttırdığı saptanmıştır (Özçetinkaya, 2011). Bunun yanı sıra anne ya da babanın ruh sağlığının bozuk olması, kişilerin madde bağımlılığı, alkol kullanımı ve aile içi şiddetin yaşanması da risk unsurları arasında yer almaktadır. Çocuk sayısının fazla olması ve olumsuz yaşam koşulları gibi durumlarda travma nedenleri arasında yer almaktadır (Kaygusuz, 2018).

2.2.4.3. Kişisel faktörler

Çocuğa ilişkin faktörler: cinsiyet, engellilik, istenmeyen çocuk, düşük zekâ seviyesidir. Kötüye kullanıma maruz kalan çocuklar, anne-babanın istediği cinsiyette veya kişilikte olmayan, genellikle istenmeyen gebeliklerden doğan, , annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklardır. Anne babanın duygusal problemleri, evliliklerindeki problemler, maddi bunalımlar da çocuğa karşı davranışı şekillendirebilir (Özçetinkaya, 2011).

Çocukluk çağı travması her sosyal çevrede ve sosyoekonomik düzeyde karşılaşılan bir sorundur. Aile kaynaklı stres faktörleri incelendiğinde genç yaşta ebeveyn olmak, istenmeyen anne babalık, sosyoekonomik durumun düşük olması, ailenin izole bir yaşantı sürmesi, ebeveynler arası anlaşmazlıklar ve anne babanın sorumluluk dağılımında var olan problemler travmaya zemin hazırlamaktadır (Polat, 2007).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travma Türleri

2.2.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, en sık rastlanan ve bulguları en kolay tespit edilen istismar türüdür (Avşar ve ark., 2014). On sekiz yaşını doldurmamış çocuğun kendisinden sorumlu ebeveyn ya da bakıcısı tarafından sağlığına zarar gelecek derecede fiziksel hasar verilmesi fiziksel istismar olarak adlandırılır. Bunun yanı sıra çocuğun yaralanması ya da yaralanma riski taşınması da fiziksel istismar olarak kabul edilir (Bal ve ark., 2018). Fiziksel İstismar örnekleri olarak; elle vurma, tekme atma gibi dövme türleri, sallama ve sarsma, ısırma, nefessiz

bırakma ve boğma, haşlama veya yakma, zehirlenme sayılmaktadır (Kar ve Dokgöz, 2017). En sık dövme şeklinde görülür (Felendecioğlu ve Bulut, 2005).

Fiziksel istismar diğer istismar türleri gibi çocuğu psikolojik, fiziksel ve sosyal yönlerden etkilemektedir. Genel olarak basit yaralanmalarla başlamakta ve şiddeti gitgide artarak çocuklarda ciddi fiziksel yaralanmalara ve ölümlere yol açmaktadır (Türkoğlu, 2013, Koç ve ark., 2014).

2.2.5.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuk istismarı türleri içerisinde saptanması en güç olan istismar türüdür (Aydoğdu ve Özsoy, 2017). Çocuk veya ergenin kendisinden büyük erişkin birisi tarafından cinsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kullanması olarak tanımlanmaktadır. Röntgencilik, genital bölgeleri elleme, çocuğa cinsel organını gösterme, mastürbasyon yaptırma, ırza geçme ve çocuğu fuhuşa yöneltmek cinsel istismar türüne örnek olarak gösterilebilir (Aydoğdu ve Özsoy, 2017, Yargıç ve ark., 2012).

Cinsel istismara maruz kalma, cinsiyetler arasında farklılıklar göstermekte; kızlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir (Ovayolu ve ark., 2007). Ancak son yıllarda yapılan araştırmalarda, kız çocukları ile erkek çocukları arasında cinsel istismara uğrama oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Erdoğan, 2018). İstismarcı genellikle çocuğun tanıdığı, yakın gördüğü ve güvendiği bir kişidir (Türkoğlu, 2013).

Cinsel istismara maruz kalan çocukların suçluluk, utanma, dışlanma korkuları, ebeveynin sevgisini kaybetme, kendisine ya da sevdiklerine yönelik tehditler, ailenin parçalanacağı korkusu ve olayın sorumlusu olarak kendini suçlama istismarın gizli kalmasına neden olmaktadır (Bakır ve Kapucu, 2017). Oldukça sık görülmesine rağmen olguların yalnızca %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (Aydoğdu ve Özsoy, 2017).

2.2.5.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar çocuk ya da ergenin, ruhsal ya da duygusal sağlığını tehlikeye sokacak derecede sözel tehdit, küçük düşürücü durumlara ya da alaya maruz kalmasıdır (Binbay, 2009). UNICEF'e göre ise çocuğun kötülenmesi; kapasite, nitelik ve arzularıyla alay edilmesi; sosyal ilişkiden uzak tutulması; sürekli terk etme, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da insanüstü güçlerle ile tehdit edilmesi; gücüne ve yaşına uygun olmayan isteklerde

bulunulması olarak tanımlanır (Türkoğlu, 2013). UNICEF'in yapmış olduğu tanımdan da anlaşılacağı üzere fiziksel temas olması şart değildir (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Duygusal istismar, oldukça sık görülen aynı zamanda saptanması, tanılanması ve yasal işlem yapılması en güç istismar türüdür (Sarı ve ark., 2016). En yaygın ve en yıkıcı istismar türlerinden biri olmakla birlikte diğer çocukluk dönemi ihmal ve istismar türlerinin çekirdeğini oluşturmaktadır (Arslan, 2016). Tek başına görülebildiği gibi başka bir ihmal veya istismar türünün parçası da olabilir (Dinleyici ve Dağlı, 2016).

2.2.5.4. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocukların temel fiziksel ihtiyaçları olarak kabul edilen yeterli yiyecek, giysi, uygun tıbbi bakım ve denetimi sağlayamamayı ve uygun hava koşullarına karşı korumamayı içerir (DePanfilis, 2006).

Çocuğun yalnız bırakılması, terk edilmesi, dışlanması, evden atılması, kaçan çocuğu eve kabul etmeme, çocuğu olası tehlikelerden korumama, zarar verici maddelerden korumak için yeterli düzeyde tedbir alınmaması gibi durumlarda fiziksel ihmal kapsamına dahil edilmektedir (Altıntaş, 2011).

2.2.5.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal çocuğun duygusal ve psikolojik olarak tanınma gereksinimine olumsuz cevap verilmesidir. Uzmanlara göre çocukların genel olarak ihmal edilmesi; çocuğun sevilmemesi, yakınlık gösterilmemesi, sağlık ve tedavi ihtiyaçlarının giderilmemesi, pis ve sağlıksız ortamlarda yaşatılması, temiz ve uygun olmayan giysiler giydirilmesi, yeterli olarak beslenmemesi, sağlıksız besinlerle beslenmesi şeklinde olmaktadır (Özgentürk, 2014)

Duygusal ihmale maruz kalanların bilişsel ve akademik açıdan daha fazla yetersiz olduklarını, sosyal açıdan geri çekilme yaşadıklarını, sınırlı arkadaşlık ilişkileri kurduklarını ve sorunları içselleştirdiklerini tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Evrensel, 2018).

2.2.6. Çocukluk Çağı Travması ve Anoreksiya Nervoza İlişkisi

Çocukluk çağı travması AN için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Çocukluk çağında cinsel istismar mağduru olan kişilerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde birçok psikiyatrik bozukluk dışında yeme bozuklukları yaşadıkları ortaya çıkarılmıştır (Sarı ve ark., 2016).

Çocukluk çağında ihmal ve istismara maruz kalma birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu kabul edilen bir faktördür (Heleniak ve ark., 2016). Çocuklukta maruz kalınan ihmal ve istismarın, yetişkinlik döneminde görülen yeme bozuklukları, beden algısı bozukluğu gibi bozukluklarla da ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Özkoç, 2014).

Waller (1993), yeme bozukluğu olan 115 kadın üzerinde yaptığı bir araştırmada, cinsel istismar ile yeme bozuklukları ve sınırda kişilik bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bu araştırmadan, cinsel istismar ve sınırda kişilik bozukluğunun, bulimik alt tipteki AN olgularında söz konusu olduğunu kanıtlayan veriler elde etmiştir.

Williams ve Wagner (1992) de yapmış oldukları bir araştırmada, erkek bir akraba ile istismar yaşantısı olan kadınların, böyle bir yaşantı geçirmemiş kadınlara göre, daha çok yeme sorunlarına sahip olduklarını bildirdiklerini saptamışlardır.

Connors ve Morse (1993) ise yaptıkları çalışmalar sonucunda, çocuk cinsel istismarının yeme bozukluklarının oluşmasında gerekli ve yeterli bir neden olmadığını, cinsel istismarın sadece bir kısım yeme bozukluğu olgusunda nedensel bir faktör olabileceğini kanıtlayan veriler elde etmişlerdir.

Cinsel istismarla yeme bozuklukları arasında bir bağın kurulmasında, klinikçilerin seçilmiş bazı olgulara dayanarak ileri sürdükleri görüşlerin önemli katkısı olmuştur. Klinikçiler, bazı kimselerin uğradıkları cinsel istismarla baş etmenin bir yolu olarak, yeme bozuklukları geliştirebileceklerini kabul etmektedirler. Onlara göre, örneğin bir AN olgusu, kendisine cinsel istismar amacıyla yaklaşan erkek kardeşine itici olmak için, bedenen zayıf görünmek amacıyla bilinçli olarak yemek yemeyi kesmiş olabilir ya da bedenini kötü cinsel duygularının bir taşıyıcısı olarak görmesi nedeni ile uğradığı cinsel istismar ile baş etmek için, kendini aç bırakarak ondan kurtulmaya çalışmış olabilir (Topçu, 2009).

2.3. Beden İmgesi

2.3.1. Tanım

Beden imgesi, bebeklik döneminde gelişmeye başlayan, özellikle de adolesan döneminde önem kazanan (Üstündağ ve ark., 2007), yaşam boyu değişen ve gelişen kişinin kendi bedeni hakkındaki duygularını, düşüncelerini, algılarını, çatışmalarını, düşlemlerini içinde barındıran çok boyutlu dinamik bir kavramdır (Özfidan, 2011). Bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmi olarak da ifade edilebilir (Yağız ve ark., 2016).

Beden imgesi; beden gerçekliği, beden ideali ve beden sunumu olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerden biri değiştiğinde diğer bileşenler de bu değişime uyum sağlar ve kişi hayatı boyunca bu bileşenler arasındaki dengeyi korumaya çalışır (Özaltın, 1999).

Beden gerçekliği; genlerimizle yaratılan sonra da beslenmeyle şekillenen ham maddedir. Bedenimizi nesne olarak ele almaktadır. Bedenimizin nasıl görünmesini istediğimizle ya da onu nasıl bulduğumuzla ilgilenmez. Beden gerçekliği bireyin bağlı olduğu ırkın normlarına uygun olarak yapılmaktadır (Özaltın, 2003). Beden gerçekliği hızı farklı olmakla birlikte sürekli değişim içerisindedir (Morris, 1988). Beden gerçekliğindeki değişimlerin önemi bazı dönemlerde artabilir. Ergenlik sırasında kıllanma, göğüslerin gelişmesi, bedenin dış hatlarının değişmesi kişilik algılarımız ve duygularımız üzerinde önemli etkiye sahip olan değişikliklerdir (Özaltın, 2003).

Beden ideali; kafamızdaki nasıl görünmemiz gerektiği düşüncesidir. Kimi zaman farkında olduğumuz değişen ve karmaşık bir parçamızdır. Beden idealimizi düşüncemizde taşıyoruz. Beden gerçekliğini bedenin nasıl görünmesi ve nasıl hareket etmesi gerektiği konusunda bu idealle kıyaslar ve ideale erişmeye çalışırız. Herkesin bu kıyaslama konusunda kendi norm ve standartları vardır ve bunlar neredeyse her gün değişebilir. Ancak arkadaşlarımız ve toplum daha evrensel bir beden ideali saptayabilir ve bu durumda standartlarımızı etkileyebilir (Özaltın, 2003).

Beden sunumu; sosyal dünyaya duruş, eylem ve giyim tarzımızla beden görünümümüzü nasıl sunduğumuzdur. Beden sunumunu belli çerçeve içinde kontrol edebiliriz ve beden sunumumuzun başkalarının nasıl algılandığı hususunda etkin şekilde düşünebiliriz (Özaltın, 2003).

Beden gerçekliği, beden ideali ve beden sunumu sürekli değiştiğinden normal beden imgesini sürdürmek zordur. Her öcünü birbirine uydurmak sadece geçici olarak veya bir dereceye kadar başarılabilir (zaltın, 2003).

Beden imgesinin gelişmesi ve sürekli değişmesi bedensel gelişmenin haricinde birçok etkenle belirlenir (Ergr 1996). Bu etkenler arasında travmalar (ngren, 2015), cinsiyet, benlik gücü, kendilik imgesi, dürtüler, güdülenme, öğrenme ve olgunlaşma düzeyi, bedenine karşı duyarlılık, güven duygusu, bedenine yüklediği anlam, toplumun beden görünüşüne verdiği değer sayılabilir (Ergr 1996). Partner, aile, akranlar, medya vd. sosyal faktörler de beden ile ilgili algılamaları etkiler (Özteke, 2015).

Bu kavram kişinin bedeni ile etkileşimde bulunması şeklinde de değerlendirilebilir (Doğan, Sapmaz ve Totan, 2011). Bu etkileşim sonucunda kişi bedeniyle ilgili olumlu veya olumsuz değerlendirmelerde bulunur (Aydın ve Vural, 2018) Olumsuz beden imgesi; bireyin fiziksel görünümün bazı yönlerinden duyduğu memnuniyetsizliğe işaret etmekte olup geçtiğimiz 25 yılda her iki cinsiyette de gittikçe sık görülmeye başlanmıştır (Cash, 2002).

2.3.2. Tarihçe

Beden imgesi bozukluğu ilk olarak 16. yüzyılda Ambroise Pare isimli bir cerrahın fantom organ ağrısı çeken hastaları gözlemlemesi sırasında ortaya çıkmıştır. Beden imgesi kavramını açıklayan ve geliştiren araştırmalara ise 20. yüzyılın ilk yarısında başlanmıştır (zorhan,2012). Bİ kavramı; psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik bir kavram olarak ilk defa 1935 yılında Paul Schilder tarafından ele alınmıştır. Fizyolojik boyutu, duyu reseptörleri ile santral sinir sistemini içerir ve kişinin etraftan veri toplamasını sağlar. Psikolojik boyutu, kişinin tutum ve davranışları ile benliğini içerir. Sosyal boyut ise, duyuları saptar ve düzene sokar. Kişilerin mesajları ve tutumu beden imgesini etkiler (Gündoğan,2006).

Freud psikoanalitik kuramında, beden imgesi kavramı üzerinde durmuş, bu kavramı ego kavramı ile eş anlamda kullanmıştır. Ayrıca beden imgesinin gelişmesinde, ego oluşumunun önemli bir yerinin olduğunu ifade etmiştir (Arslangiray, 2013)

Greenacre ise beden imgesinin; ilkel ego ve daha sonra gelişen beden imgesinin birleşimi olduğunu bunun yanı sıra en önemli beden bölgelerinin de genital bölgeler ve yüz olduğunu belirtmiştir (Coşkuner Potur, 2003).

Adler (1963) beden imgesinin değişimini “bizi çevreleyen olaylar değişir ve bu değişimlerle biz değişiriz” şeklinde ifade etmektedir (Akt., Örsel, 2001).

Schwab da 1968 yılında beden imgesini “bir kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine ilişkin olumlu ve olumsuz duygularının kişinin kendisi tarafından değerlendirilmesidir” şeklinde tanımlamıştır (Coşkuner Potur, 2003)

Norris ise beden imgesini 1970 yılında “bireyin başkalarından farklı olarak beden alanı hakkındaki, bilinçli ve bilinçdışı bilgisinin, algılarının ve duygularının tamamının düzenli olarak değişimidir” şeklinde ifade etmiştir (Öz, 2010).

Woods beden imgesini 1975’te “kişinin bedeninin ruhsal bir görünümü olarak kavramsallaştırılması bir diğer değişle bedenın kendine görünen biçimidir” şeklinde ifade etmiştir (Doğan ve Doğan, 1992).

Beden imgesinin insanın kendini anlamasında önemli bir yere sahip olduğunu ifade eden Chilton beden imgesini 1982’de “İnsanların kendileri ile ilgili hissettikleri ile bedenleri ile ilgili hissettikleri ilişkilidir. Beden insanın en çok görünen ve maddesel bölümüdür bu nedenle algılarının odak noktasına oturur. Beden imgesi, kişinin kendi bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumlarının tamamıdır. Öz saygısı yüksek olan kişiler, kendilerini açık bir şekilde anlayabilirler” biçiminde ifade etmiştir (Hamurcu, 2014).

Smith 1984’te her bireyin kendi beden imgesi olduğunu, bu imgenin doğumda oluştuğunu ve büyürken geliştiğini ifade etmiştir. Ayrıca beden imgesinin sosyal kalıplar ile çevresel faktörlerden etkilendiğini de ifade etmektedir. “Bütün bireyler harika bir beden imgesine sahip olmak ister bunun yanı sıra imkansız olduğunu da bilincindedirler” şeklinde de ifade etmiştir (Coşkuner Potur, 2003).

Norris ise 1985 yılında beden imgesini “somatik egodur (bedensel benlik)” şeklinde tanımlamıştır (Coşkun Potur, 2003).

Derbyshire 1986'da beden imgesinin oluşması ve gelişmesinin genetik, ırk, kültür, sosyalleşme, eğitim, moda ve kitle iletişim araçlarıyla ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Salter, 2000).

Thomson ise beden imgesini “Bireyin benlik duygusu ile ilişkili olarak fiziksel görünümüne ait düşünceleridir” şeklinde tanımlanmıştır (Gürsoy, 2003).

Ergenlik döneminin en önemli konularından biri olarak literatürde yer almasına rağmen beden imgesi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (Kozan ve Hamarta, 2017).

2.3.3. Beden İmgesi Bozukluğu

Kişinin kendisini nasıl gördüğü ile çevresi tarafından nasıl görüldüğü arasındaki belirli bir orandaki uyumsuzluk neredeyse evrenseldir. Ancak vücudun gerçek ve ölçülebilen formu ile zihindeki yansıması arasındaki uyumsuzluk çok arttığında Beden İmgesi Bozukluğu (BİB) ortaya çıkar (Babucçu ve ark., 2001).

Ergenlik dönemi bedeninin aşırı önem kazanması nedeniyle BİB ve BİB'nin klinik görünümleri özellikle de bu dönemde dikkat çekmektedir (Smolak, 2002). Smolak ve Levine'nin (2002) yapmış olduğu bir gözden geçirmeye göre ergen kızlarda biçim, kilo ve beden bölgelerinden duyulan memnuniyetsizlik ile zayıf olmaya yönelik algılanan ihtiyaç ve diyet gibi dengeleme davranışları arasında güçlü bir korelasyon vardır. Bu bulgular çeşitli etnik gruplarda da tutarlılık göstermektedir.

Beden imgesi bilişsel özellikler, subjektif memnuniyetsizlik, algısal, duygusal ve davranışsal bileşenlerden oluşmakta olan çok boyutlu bir yapıdadır. BİB terimi de bu çok boyutlu yapının farklı alt boyutlarını kapsamaktadır (Ergüney, 2012).

BİB özellikle sanayileşmiş toplumlarda daha sık görülmektedir (Tsa ve ark., 2003).

2.3.4. Beden İmgesinin Anoreksiya Nervozaya ile İlişkisi

Beden imgesi kişinin zihninde oluşan bir beden formudur. Bu form travma, bedenin büyümesi, sosyal çevreyle olan etkileşim ve çöküş gibi nedenlerle değişebilmektedir (Öngören, 2015). Yapılan araştırmalar beden imgesinin çok boyutlu ve çok yönlü bir yapısı olduğuyla ilgili teorik modeli desteklemekte; beden imgesinin içsel psikolojik ve biyolojik faktörler ile dışsal sosyal faktörleri barındıran karmaşık bir kavram olduğunu destekler niteliktedir (Sira,2003).

Anoreksiya nervozaya ve bulimiya nervozaya başta olmak üzere yeme bozuklarında bireyin bedeniyle aşırı uğraş içinde olduğu, bedenini gerçekte olduğundan farklı algıladığı, bedeninde olmayan bir kusuru varmış gibi algıladığı veya küçük bir kusuru aşırı abartarak benliğiyle özdeşleştirdiği, kısaca beden imgesinin bozuk olduğu vurgulanmaktadır (Doğan ve ark., 2011).

Beden imgesi bozukluğu ve beden memnuniyetsizliği yeme bozukluklarının tipik birer özelliğidir ve tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Beden imgesi tedavinin zorlu alanlarından biri olmasının yanı sıra tedavi motivasyonunu da etkilemektedir (Ergüney, 2012). Bunun yanı sıra Beden İmgesi Bozukluğunun şiddeti tedaviye dirençle ilişkili olduğu için beden imgesi, YB tedavisindeki en önemli yönlerden biridir ve Beden İmgesi bozukluğu iyileşirse bu ancak tedavinin son safhalarına doğru olabilmektedir (Ergüney, 2012). Dolayısıyla BİB yeme bozukluklarının tedavisinde değerlendirilmesi gereken önemli konular arasında yer almaktadır (Ergüney, 2012).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma AN'nin beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travması ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla nedensel karşılaştırma yönteminden yararlanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yaşamakta olan ve tedaviye başvuran ve AN tanısı alan kadın hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise tanı ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-50 yaş arası 30 kadın hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunu ise herhangi psikiyatrik bir tanı almamış ve örneklem grubuyla cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve çeşitli sosyodemografik özellikler bakımından birbirine benzeyen ve beden kitle indeksi normal sınırlar içinde kalan 30 kadın oluşturmaktadır. Örneklem, amaçlı örnekleme tekniği ile seçilmiştir. Toplam 60 katılımcı bulunmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), bedenlerini algılama düzeylerini belirlemek için “Çok Yönlü Beden-Kendilik (Self) İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ)” ve çocukluk çağında yaşanmış ihmal ve istismar durumunu belirlemek için de “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)” kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet, yaş, boy, beden ağırlığı ve benzer sosyodemografik bilgilerinin yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanan bir bilgi formudur.

Öğrencilerin beden kitle indeksleri, öğrencilerin kilo ve boy ifadelerine verdikleri cevaplara göre hesaplanmıştır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

28 maddeden oluşan ölçek Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Cronbach alfa değerleri orijinal çalışmada .79 ile .94 aralığında bulunmuştur. Şar ve arkadaşları (2012)

tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır ve yapılan çalışmada alt boyutların Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının .64 ile .87 arasında değiştiği saptanmıştır (Alpay ve ark., 2017). Yine Şar ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında klinik olan ve olmayan denekler üzerinde iki hafta ara test-tekrar test yapılmıştır. Bu test-tekrar testin sonuçlarına göre ÇÇTÖ toplam puanının korelasyon katsayısı 0.90 ($p < 0.001$, $N=48$) olarak bulunmuştur. Alt puanlar için korelasyon katsayıları ise şöyle olmuştur: Duygusal ihmal ($r=0.85$ $p < 0.001$), duygusal istismar ($r=0.90$ $p=0.001$), fiziksel ihmal ($r=0.77$ $p < 0.001$), fiziksel istismar ($r=0.90$ $p < 0.001$), cinsel istismar ($r=0.73$ $p < 0.001$), minimizasyon ($r=0.71$ $p < 0.001$) (Demirkapı, 2013).

Ölçek çocukluk çağı duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere beş alt boyutu kapsamaktadır. Bu alt boyutlara ait beş alt puan ile bu alt puanların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilebilmektedir (Alpay ve ark., 2017).

ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25 arasında, toplam puan ise 25-125 arasındadır.

CTQ-28 Türkçe uyarlaması çalışmasında ölçeğin kesme puanları ; fiziksel ve cinsel istismar için 5 puanın aşılması, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puanın aşılması, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyinde alınabileceği bildirilmiştir. Toplam ÇÇTÖ puanı için kesme değerinin 35 puan ve üzeri olabileceği düşünülmüştür (Şar ve ark., 2012).

3.3.3. Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ)

Ölçek 1984 yılında Cash ev Winstead tarafından Bİ'nin çok yönlü incelenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Aktaş ve ark., 2010). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması 1992 yılında Doğan ve Doğan tarafından yapılmıştır. Crobach Alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur (Uğurlu ve Akın, 2008). Ölçeğin geçerlik çalışmasında dermatoloji servisinde yatan hastaların ölçekten aldıkları ortalama toplam puanın, sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuna göre düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Aktaş ve ark., 2010).

Test tekrar test yöntemiyle yapılan güvenilirlik çalışmasında ise alt grupların kendi içlerindeki güvenilirlik katsayıları erkeklerde 0.92, kızlarda 0.96, tüm deneklerde 0.94 olarak

bulunmuştur. Tüm denekler için alt grupların alfa iç tutarlık katsayıları 0.72-0.81 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (Baştuğ ve Kuru, 2008).

Orijinalinde 140 maddesi olan ölçeğin kısa formu oluşturulmuştur. Kısa formun ise 57 maddesi ve 7 alt grubu vardır (Aktaş ve ark., 2010). Buna göre alt gruplar şunlardır:

1. Görünüş değerlendirme
2. Görünüş Yönelimi
3. Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme
4. Fiziksel Yeterlilik Yönelimi
5. Sağlık Değerlendirmesi
6. Sağlık Yönelimi
7. Beden Alanlarında Doyum

Ölçeğin Puanlanması: Deneklerden ölçekte yer alan 5 seçenekten kendilerine en uygun olanı işaretlemesi istenir. Bu seçenek ve puanlar şöyledir; Kesinlikle katılmıyorum (1), Çoğunlukla katılmıyorum (2), Karasızım (3), Çoğunlukla katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5). Ölçekte ters anlatımı olan 15 madde bulunmaktadır (12, 13, 14, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41). Bu maddelerde seçenekler 5, 4, 3, 2, 1 olmak üzere ters puanlanmaktadır (Uğurlu ve Akın, 2008).

Bir gruptaki deneklerin toplam puanı, denek sayısına bölünerek ölçek ortalama puanı, bir deneğin ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek madde ortalama puanı bulunur. Yükselen puanlar sağlıklı bir beden ve yüksek kendilik imgesini gösterir (Uğurlu ve Akın, 2008).

MBRSQ'yu geliştirenler beden imgesi bozukluğu için bir madde ortalama puanı vermemişlerdir. Değerlendirme, tanı grubu ile kontrol grubunun madde ortalama puanlarının karşılaştırılmasıyla yapılır. Sonuçlar bu değerlendirmeye göre yorumlanır (Aktaş ve ark., 2010).

3.3.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden Kitle İndeksi (BKİ); kişinin kilosunun boyuna oranını tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Altinkaya, 2014). BKİ uygulaması kolay, cinsiyet ayrımı olmadan herkes için önemli veriler elde edilebilen, oldukça yaygın olarak bilimsel çalışmalarda kullanılabilen ve geçerliliği ispat edilmiş standart bir boy-ağırlık indeksidir (Şirinyıldız ve ark., 2017). Şişmanlığın ya da zayıflığın geçerli ve güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Aslan, 2001).

BKİ vücut ağırlığı (kg) / boy² (m) formülü ile hesaplanır. Bu orana göre BKİ'nin 18,5 kg/m²' nin altındaki değerleri zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arasındaki değerleri normal, 25-29,9 kg/m² arasındaki değerleri kilolu, 30 kg/m² ve üzerindeki değerleri ise obezite olarak tanımlanmaktadır (Altinkaya, 2014).

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılara sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Çok Yönlü Beden/ Kendilik (Self) İlişkileri Ölçeği ve Çocukluk Travmaları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Aralık 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul'daki Eğitim ve Araştırma hastaneleri ve Özel Hastanelerde tedavi gören ve Beslenme ve Diyet Merkezlerine başvuran 30 AN tanısı almış kadın ile amaçlı örnekleme tekniği ile seçilmiş 30 kadından toplanmıştır.

3.5.Verilerin Çözülmesi

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmaya AN tanısı alan 30 kadın hasta ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 30 kadın kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18-50, yaş ortalaması ise 27'dir. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların genel yapısına ilişkin bilgiler

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.s/n-%
Yaş		19,0 - 44,0	27,0	28,7 ± 6,4
Yaş Aralığı	18-25			22 36,7%
	26-40			35 58,3%
	41-55			3 5,0%
Çocuk	Yok			48 80,0%
	Var			12 20,0%
Çocuk Sayısı	I			5 8,3%
	II			7 11,7%
Eğitim Durumu	İlkokul			1 1,7%
	Lise			9 15,0%
	Önlisans			9 15,0%
	Lisans			37 61,7%
	Lisans Üstü			4 6,7%
Boy		155 - 176	164,0	163,9 ± 5,1
Ağırlık		36 - 63	50,0	50,1 ± 7,7
BKİ		14 - 26	18,3	18,7 ± 2,9
BKİ	Düşük Kilolu			30 50,0%
	Normal Kilolu			30 50,0%
Kilo Memmnuniyeti	Yok			16 26,7%
	Var			44 73,3%
Kendini Kabul	Kilolu			5 8,3%
	Normal			44 73,3%
	Zayıf			11 18,3%

Katılımcıların çocuğa sahip olma durumu incelendiğinde %20'sinin (n=12) çocuğa sahip olduğu, %80'inin ise (n=48) çocuğa sahip olmadığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim

düzeyi incelendiğinde %1.7 (n=1) ilkokul, %15 (n=9) lise, %15 (n=9) önlisans, %61.7 (n=37) lisans, % 6.7 (n=4) lisans üstü eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların beden kitle indeksine bakıldığında ise % 50'sinin (n=30) düşük kilolu diğer %50'sinin (n=30) ise normal kilolu olduğu görülmektedir. Katılımcıların kendini kabul durumlarına bakıldığında ise %8.3 (n=5) kilolu, %73.3 (n=44) normal, %18.3'ünün (n=11) ise kendini zayıf kabul ettiği görülmektedir. (Tablo 1)

Tablo 2. Grupların yaş, çocuk ve eğitim durumu özelliklerinin karşılaştırılması

		Çalışma		Kontrol		z/X ²	p
		Ort.±s.s./n-%		Ort.±s.s./n-%			
Yaş		28.1± ± 6.4		29.2 ± 6.4		-0.42	0.67 ^m
Yaş Aralığı	18-25	10	33.3%	12	40.0%	0.07	0.79 ^{X²}
	26-40	18	60.0%	17	56.7%		
	41-55	2	6.7%	1	3.3%		
Çocuk	Yok	27	90.0%	21	70.0%	3.75	0.05 ^{X²}
	Var	3	10.0%	9	30.0%		
Çocuk Sayısı	I	1	3.3%	4	13.3%		
	II	2	6.7%	5	16.7%		
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0.0%	1	3.3%	0.00	1.00 ^{X²}
	Lise	3	10.0%	6	20.0%		
	Önlisans	6	20.0%	3	10.0%		
	Lisans	17	56.7%	20	66.7%		
	Lisans Üstü	4	13.3%	0	0.0%		

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Çalışma ve kontrol grubunun demografik özellikleri incelendiğinde çalışma grubunun yaş ortalaması 28.1, kontrol grubunun yaş ortalaması 29.2 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubunda hastaların yaşları, yaş aralığı anlamlı (p > 0.05) düzeyde farklılık göstermemektedir. Çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında; çalışma grubunda çocuğa sahip olma oranı %10, kontrol grubunda ise %30 olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubunda çocuk sahibi olma oranı anlamlı (p > 0.05) düzeyde farklılık göstermemektedir. Çalışma ve kontrol grubunda eğitim durumu dağılımı anlamlı (p > 0.05) düzeyde farklılık göstermemektedir.

Tablo 3. Grupların fiziksel özellikleri, kilo memnuniyetleri ve kendini kabul durumlarının karşılaştırılması

		Çalışma		Kontrol		z/X ²	p
		Ort.±s.s./n-%		Ort.±s.s./n-%			
Boy		165.0 ± 4.9		162.7 ± 5.2		-1.75	0.080 ^m
Ağırlık		44.0 ± 4.6		56.1 ± 4.8		-6.29	0.000 ^m
BKİ		16.2 ± 1.3		21.3 ± 1.4		-6.65	0.000 ^m
En Yüksek Kilo		53.1 ± 6.2		61.0 ± 7.4		-3.94	0.000 ^m
En Düşük Kilo		40.5 ± 4.4		52.1 ± 5.0		-6.25	0.000 ^m
BKİ	Düşük Kilolu	30	100%	0	0.0%	60.0	0.000 ^{x²}
	Normal Kilolu	0	0%	30	100%		
Kilo	Yok	13	43.3%	3	10.0%	8.5	0.004 ^{x²}
Memnuniyeti	Var	17	56.7%	27	90.0%		
Kendini Kabul	Kilolu	3	10.0%	2	6.7%	14.5	0.001 ^{x²}
	Normal	16	53.3%	28	93.3%		
	Zayıf	11	36.7%	0	0.0%		

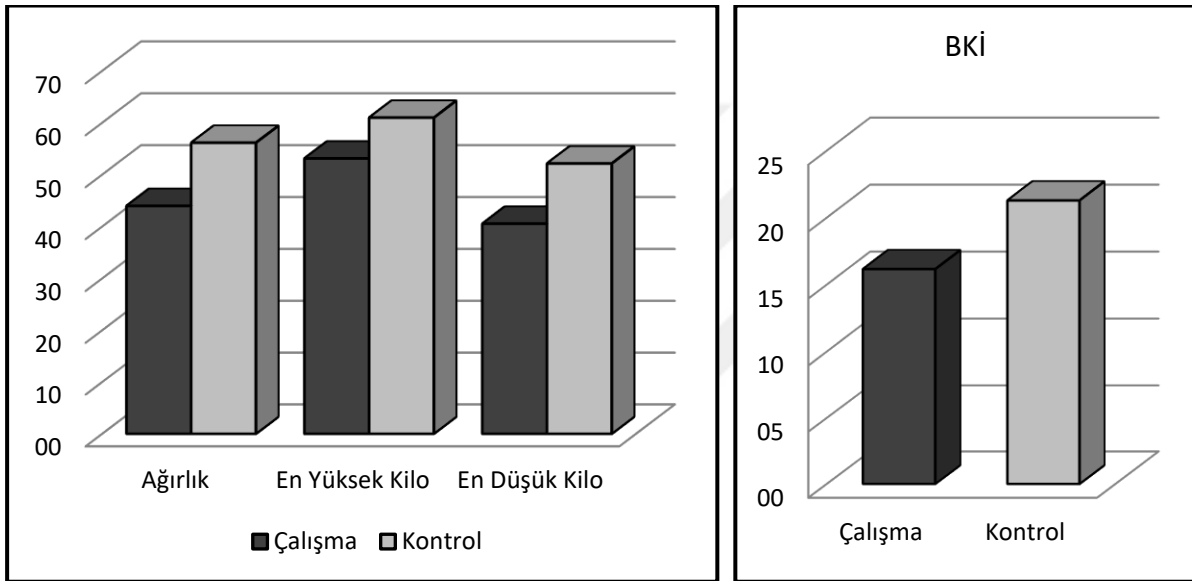
^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

Çalışma ve kontrol grubunun boyları, kiloları, en düşük kilo değerleri ve en yüksek kilo değerleri karşılaştırılmıştır. Grupların boylarına bakıldığında çalışma grubunun boy ortalaması 165, kontrol grubununki ise 162.7 bulunmuştur. Gruplar arasında katılımcıların boyları anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Ağırlıklarına bakıldığında; çalışma grubunun ağırlık ortalaması 44, kontrol grubunun ağırlık ortalaması 56.1 bulunmuştur. Anoreksiya nervoza grubundaki katılımcıların ağırlıklarının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Beden Kitle indekslerine bakıldığında; anoreksiya nervoza grubunun BKİ ortalaması 16.2, sağlıklı kontrol grubunun BKİ ortalaması ise 21.3 bulunmuştur. Anoreksiya nervoza grubunda katılımcıların BKİ değerinin sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda katılımcıların en düşük kilo ve en yüksek kilo değerinin de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşük olduğu görülmektedir. (Tablo 3)

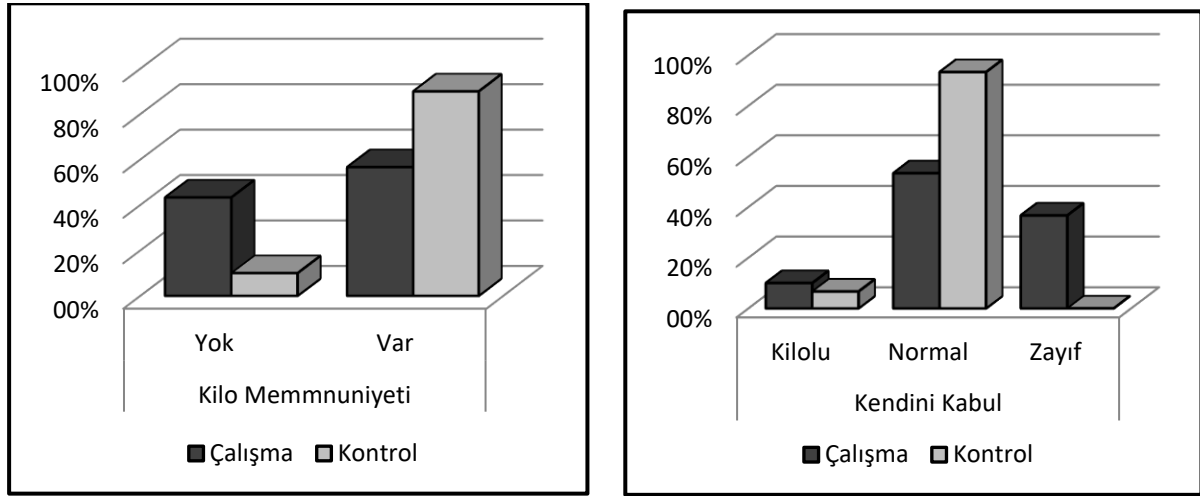
Gruplar BKİ açısından karşılaştırıldıklarında anoreksiya nervoza grubunda BKİ düşük olan hasta oranı %100 iken sağlıklı kontrol grubunda % 0 bulundu. Anoreksiya nervoza grubunda BKİ düşük olan hasta oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Kilo memnuniyeti açısından bakıldığında anoreksiya

nervoza grubunun kilo memnuniyet oranı %56.7 iken bu oran sağlıklı kontrol grubunda %90 idi. Anoreksiya nervoza grubunda kilo memnuniyet oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Gruplar kendini kabul açısından karşılaştırıldığında ise anoreksiya nervoza grubunun %36.7'si kendini zayıf kabul ediyor iken sağlıklı kontrol grubunun %0'ı kendini zayıf kabul etmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda kendini zayıf kabul oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 3)

Grafik 1. Grupların BKİ ve fiziksel özellikleri açısından karşılaştırılması



Grafik 2. Grupların kilo memnuniyetleri ve kendini kabul durumları açısından karşılaştırılması



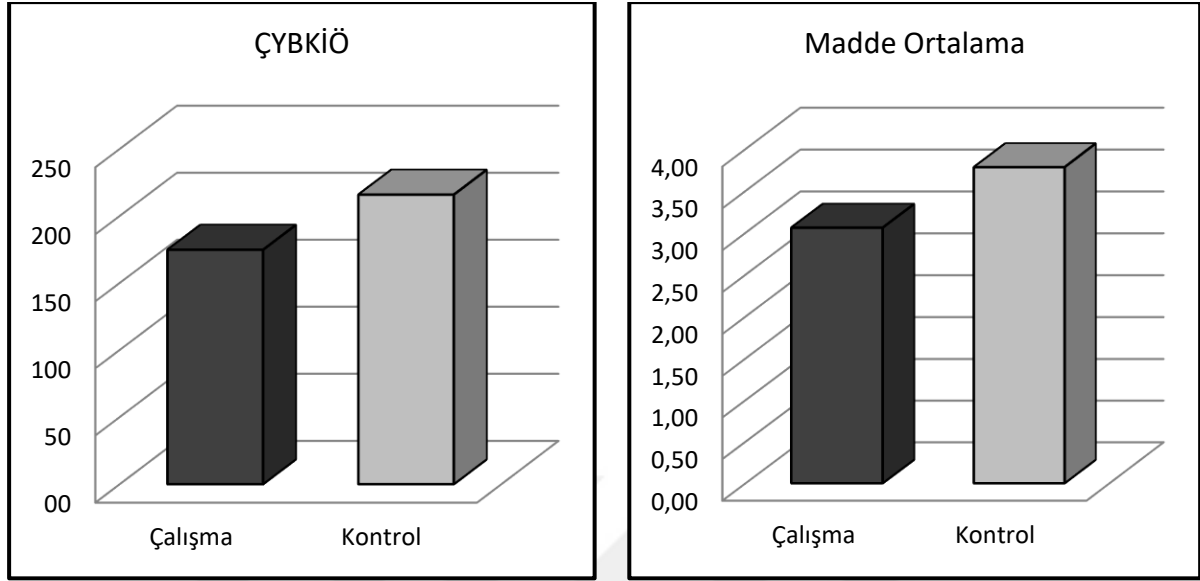
Tablo 4. Grupların Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ) puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma	Kontrol	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇYBKİÖ	174.7 ± 19.4	215.8 ± 18.7	-5.98	0.000 ^m
Madde Ortalama	3.1 ± 0.3	3.8 ± 0.3	-5.98	0.000 ^m

^m Mann-whitney u test

Gruplar ÇYBKİÖ puanı açısından karşılaştırıldıklarında anoreksiya nervoza grubunun ÇYBKİÖ puan ortalamasının 174.7, sağlıklı kontrol grubunun ise 215.8 olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda ÇYBKİÖ puanının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Madde ortalamasına bakıldığında ise anoreksiya nervoza grubunun madde ortalama puanı 3.1, sağlıklı kontrol grubunun madde ortalama puanının ise 3.8 olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda madde ortalamasının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. (Tablo 4)

Grafik 3. Grupların Çok Yönlü Beden/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ) puanlarının karşılaştırılması



Tablo 5. Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarının karşılaştırılması

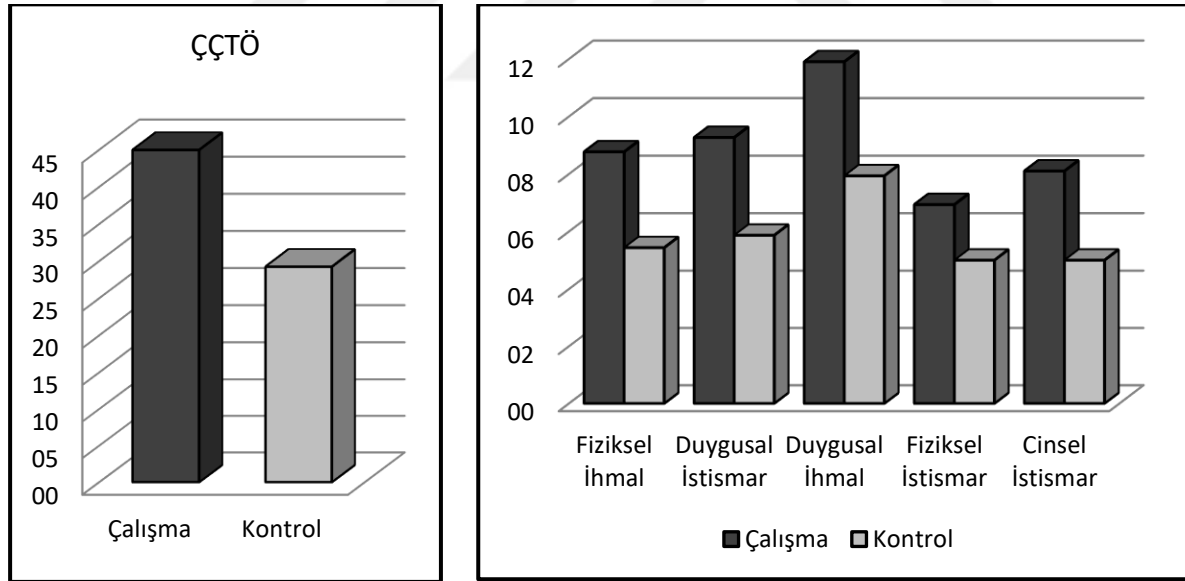
	Çalışma	Kontrol	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇÇTÖ	45.0 ± 11.8	29.2 ± 3.8	-6.305	0.000 ^m
Fiziksel İhmal	8.8 ± 3.7	5.4 ± 0.7	-5.287	0.000 ^m
Duygusal İstismar	9.3 ± 3.6	5.9 ± 1.5	-4.769	0.000 ^m
Duygusal İhmal	11.9 ± 2.9	7.9 ± 2.7	-4.451	0.000 ^m
Fiziksel İstismar	6.9 ± 3.2	5.0 ± 0.0	-4.932	0.000 ^m
Cinsel İstismar	8.1 ± 4.1	5.0 ± 0.0	-4.744	0.000 ^m

^m Mann-whitney u test

Gruplar çocukluk çağı travmalarını geriye dönük olarak incelemede kullanılan Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) puanları açısından karşılaştırıldıklarında; anoreksiya nervoza grubunun ÇÇTÖ puan ortalamasının 45, sağlıklı kontrol grubunun ÇÇTÖ puan ortalamasının ise 29.2 olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda ÇÇTÖ puanının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. 5 ayrı alt ölçeğin puanları arasında kıyaslama yapılmıştır. Bu sonuçlara göre anoreksiya nervoza grubundaki cinsel istismar alt ölçek puan ortalamasının 8.1, sağlıklı kontrol grubunun cinsel

istismar alt ölçek puan ortalamasının ise 5 olduğu görülmektedir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fiziksel istismar alt ölçeğinde de benzer bir sonuca ulaşıldığı görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunun puan ortalamasının 6.9, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 5 olduğu görülmektedir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Duygusal istismar alt ölçeğinde anoreksiya nervoza grubunun puan ortalamasının 9.3, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 5.9 olduğu görülmektedir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Anoreksiya nervoza grubunun fiziksel ihmal puan ortalamasının 8.8, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 5.4 olduğu görülmektedir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Anoreksiya nervoza grubunun duygusal ihmal puan ortalamasının 11.9, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 7.9 olduğu görülmektedir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). (Tablo 5)

Grafik 4. Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarının karşılaştırılması



Tablo 6. Grupların kilo kontrolü ve sağlık durumlarının karşılaştırılması

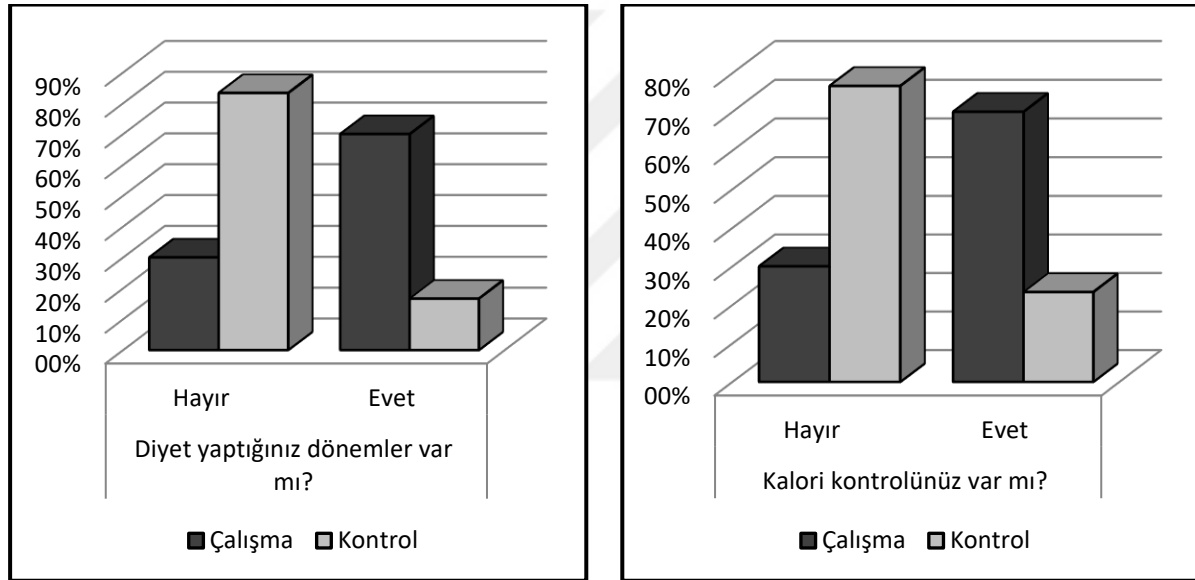
		Çalışma		Kontrol		X ²	p	
		n	%	n	%			
Diyet yaptığınız dönemler var mı?	Hayır	9	30.0%	25	83.3%	17.4	0.000	X ²
	Evet	21	70.0%	5	16.7%			
Kalori kontrolünüz var mı?	Hayır	9	30.0%	23	76.7%	13.1	0.001	X ²
	Evet	21	70.0%	7	23.3%			
Tıkanırçasına yediğiniz dönemler var mı?	Hayır	14	46.7%	22	73.3%	4.4	0.035	X ²
	Evet	16	53.3%	8	26.7%			
Yemek yedikten sonra kusma davranışınız var mı?	Hayır	20	66.7%	29	96.7%	9.1	0.003	X ²
	Evet	10	33.3%	1	3.3%			
Yemek yedikten sonra ishal yapıcı ilaç veya herhangi bir madde kullanıyor musunuz?	Hayır	28	93.3%	29	96.7%	0.35	1.000	X ²
	Evet	2	6.7%	1	3.3%			
Yemek yedikten sonra idrar söktürücü ilaç veya herhangi başka bir madde alıyor musunuz?	Hayır	30	100%	30	100%	1.00	1.000	X ²
	Evet	0	0.0%	0	0.0%			
Yemek yedikten sonra kilo vermenizi sağlayacak başka bir ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	30	100%	30	100%	1.00	1.000	X ²
	Evet	0	0.0%	0	0.0%			
Kendinizi aç bıraktığınız zamanlar oluyor mu?	Hayır	8	26.7%	26	86.7%	22.0	0.000	X ²
	Evet	22	73.3%	4	13.3%			
Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	Hayır	30	100%	29	96.7%	1.02	1.000	X ²
	Evet	0	0.0%	1	3.3%			
Kilo almanıza sebep olabileceğini düşündüğünüz bir sağlık sorununuz var mı?	Hayır	30	100%	30	100%	1.00	1.000	X ²
	Evet	0	0.0%	0	0.0%			
Daha önce bir psikiyatristten ya da bir psikologdan yardım aldınız mı?	Hayır	0	0.0%	30	100%	60.0	0.000	X ²
	Evet	30	100%	0	0.0%			
	<i>Anoreksiya Nervosa</i>	28	93.3%	0	0.0%			
	<i>Depresyon</i>	2	6.7%	0	0.0%			

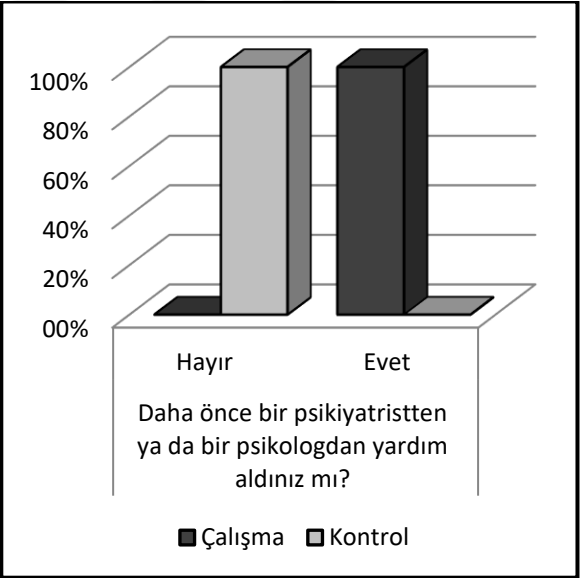
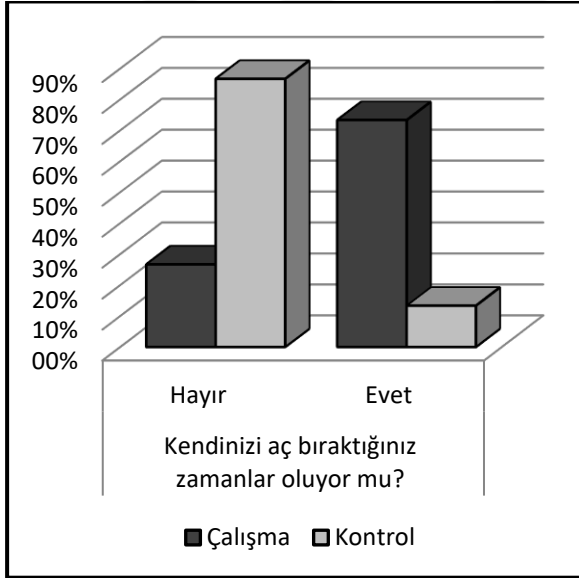
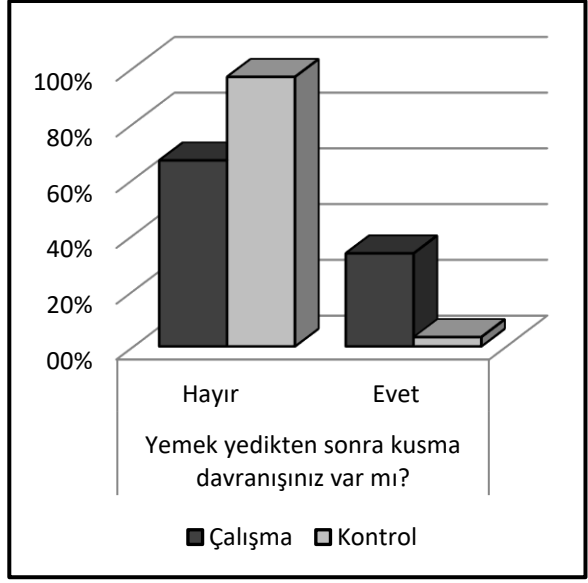
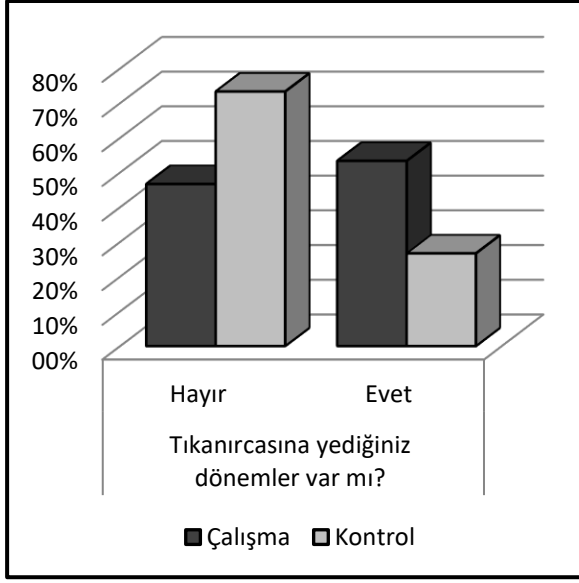
X² Ki-kare test (Fischer test)

Anoreksiya nervoza grubunda diyet yapıma oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda kalori kontrolü yapma oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda kalori tıkanırçasına yeme oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Anoreksiya nervoza grubunda yemek yedikten sonra kusma oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grupta da ‘Yemek yedikten sonra ishal yapıcı ilaç veya herhangi bir madde kullanım’ oranından anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Her iki grubunda ‘Yemek yedikten sonra idrar söktürücü ilaç veya herhangi başka bir madde kullanım’ oranı anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Her iki grubunda ‘Yemek yedikten sonra kilo

vermenizi sağlayacak başka bir ilaç kullanım' oranı anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Anoreksiya nervoza grubunda kendini aç bırakma oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grubunda 'Her hangi bir sağlık sorunu' oranı anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Her iki grubunda 'Kilo almaya sebep her hangi bir sağlık sorunu' oranı anlamlı ($p > 0.05$) düzeyde farklılık göstermemektedir. Anoreksiya nervoza grubunda 'Daha önce bir psikiyatristten ya da bir psikologdan yardım alma' oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 6)

Grafik 5. Grupların kilo kontrolü ve sağlık durumlarının karşılaştırılması





Tablo 7. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması

	Eğitim ≤ Önlisans	Eğitim > Lisans	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇYBKİÖ	175.0 ± 21.0	174.6 ± 19.2	-0.113	0.910 ^m
Madde Ortalama	3.1 ± 0.4	3.1 ± 0.3	-0.113	0.910 ^m
ÇÇTÖ				
Toplam	51.4 ± 17.6	42.2 ± 7.1	-1.319	0.187 ^m
Fiziksel İhmal	11.3 ± 5.1	7.7 ± 2.3	-2.058	0.040 ^m
Duygusal İstismar	11.4 ± 5.2	8.3 ± 2.2	-1.392	0.164 ^m
Duygusal İhmal	11.0 ± 3.3	12.3 ± 2.6	-1.093	0.274 ^m
Fiziksel İstismar	8.9 ± 5.2	6.1 ± 1.4	-1.652	0.099 ^m
Cinsel İstismar	8.8 ± 5.4	7.8 ± 3.5	-0.118	0.906 ^m

^m Mann-whitney u test

Eğitim durumuna göre ÇYBKİÖ puanı madde ortalaması açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Grupların her ikisinin de ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 3.1 olduğu görülmektedir. Buna göre ÇYBKİÖ skoru madde ortalaması eğitim durumuna göre anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 7)

Eğitim durumuna göre ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Önlisans ve altı eğitimli grupta ÇÇTÖ toplam puanının 51.4, lisans ve üstü eğitimli grupta 42.2; önlisans ve altı eğitimli grupta duygusal istismar faktör puanının 11.4, lisans ve üstü eğitimli grupta 8.3; önlisans ve altı eğitimli grupta duygusal ihmal faktör puanının 11, lisans ve üstü eğitimli grupta 12.3; önlisans ve altı eğitimli grupta fiziksel istismar faktör puanının 8.9, lisans ve üstü eğitimli grupta 6.1; önlisans ve altı eğitimli grupta cinsel istismar faktör puanının 8.8, lisans ve üstü eğitimli grupta 7.8 olduğu görülmektedir. Buna göre; önlisans ve altı eğitimli grup ile lisans ve üstü eğitimli grupta ÇÇTÖ puanı, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. Önlisans ve altı eğitimli grupta fiziksel ihmal faktör puanının 11.3, lisans ve üstü eğitimli grupta 7.7 olduğu görülmektedir. Buna göre; önlisans ve altı eğitimli grupta fiziksel ihmal faktör puanının lisans ve üstü eğitimli gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 7)

Tablo 8. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması

	Çocuk (-)	Çocuk (+)	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇYBKİÖ	176.4 ± 18.9	159.3 ± 20.5	-1.383	0.167 ^m
Madde Ortalama	3.1 ± 0.3	2.8 ± 0.4	-1.383	0.167 ^m
ÇÇTÖ				
Toplam	44.7 ± 12.3	47.7 ± 5.7	-1.181	0.238 ^m
Fiziksel İhmal	8.7 ± 3.9	9.0 ± 1.0	-1.083	0.279 ^m
Duygusal İstismar	9.4 ± 3.7	8.3 ± 1.2	-0.349	0.727 ^m
Duygusal İhmal	11.6 ± 2.8	14.7 ± 2.3	-1.705	0.088 ^m
Fiziksel İstismar	7.0 ± 3.4	6.7 ± 1.5	-0.505	0.614 ^m
Cinsel İstismar	8.0 ± 4.2	9.0 ± 4.0	-0.578	0.563 ^m

^m Mann-whitney u test

Çocuk sahibi olma durumuna göre ÇYBKİÖ puanı madde ortalaması açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Çocuğu olmayan grubun ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 3.1, çocuğu olan grubun ise ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 2.8 olduğu görülmektedir. Buna göre; çocuğu olan ve olmayan grupta ÇYBKİÖ puanı madde ortalaması anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 8)

Çocuk sahibi olma durumuna göre ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Çocuğu olmayan grubun ÇÇTÖ puanının 44.7, çocuğu olan grubun ise ÇÇTÖ puanının 47.7; çocuğu olmayan grupta fiziksel ihmal faktör puanının 8.7, çocuğu olan grupta 9; çocuğu olmayan grupta duygusal istismar faktör puanının 9.4 çocuğu olan grupta 8.3; çocuğu olmayan grupta duygusal ihmal faktör puanının 11.6, çocuğu olan grupta 14.7; çocuğu olmayan grupta fiziksel istismar faktör puanının 7, çocuğu olan grupta 6.7; çocuğu olmayan grupta cinsel istismar faktör puanının 8, çocuğu olan grupta 9 olduğu görülmektedir. Buna göre; çocuğu olan ve olmayan grupta ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 8)

Tablo9.Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile kilo memnuniyet durumlarının karşılaştırılması

	Kilo Memnuniyeti(-)	Kilo Memnuniyeti (+)	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇYBKİÖ	173.5 ± 20.0	175.6 ± 19.5	-0.230	0.818 ^m
Madde Ortalama	3.0 ± 0.4	3.1 ± 0.3	-0.230	0.818 ^m
ÇÇTÖ				
Toplam	49.1 ± 15.4	41.8 ± 7.1	-1.220	0.223 ^m
Fiziksel İhmal	10.0 ± 4.5	7.8 ± 2.7	-1.502	0.133 ^m
Duygusal İstismar	10.4 ± 4.7	8.4 ± 2.2	-0.802	0.423 ^m
Duygusal İhmal	11.5 ± 2.7	12.2 ± 3.0	-0.864	0.388 ^m
Fiziksel İstismar	7.8 ± 4.6	6.2 ± 1.5	-0.633	0.527 ^m
Cinsel İstismar	9.4 ± 5.4	7.1 ± 2.5	-0.897	0.370 ^m

^m Mann-whitney u test

Kilo memnuniyetine göre ÇYBKİÖ puanı madde ortalaması açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Kilo memnuniyeti olmayan grubun ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 3, kilo memnuniyeti olan grubun ise ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 3.1 olduğu görülmektedir. Kilo memnuniyeti olan ve olmayan grupta ÇYBKİÖ puanı, madde ortalaması anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 9)

Kilo memnuniyeti durumuna göre ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Kilo memnuniyeti olmayan grubun ÇÇTÖ puanının 49.1, kilo memnuniyeti olan grubun ise ÇÇTÖ puanının 41.8; kilo memnuniyeti olmayan grupta fiziksel ihmal faktör puanının 10, kilo memnuniyeti olan grupta 7.8; kilo memnuniyeti olmayan grupta duygusal istismar faktör puanının 10.4, kilo memnuniyeti olan grupta 8.4; kilo memnuniyeti olmayan grupta duygusal ihmal faktör puanının 11.5, kilo memnuniyeti olan grupta 12.2; kilo memnuniyeti olmayan grupta fiziksel istismar faktör puanının 7.8, kilo memnuniyeti olan grupta 6.2; kilo memnuniyeti olmayan grupta cinsel istismar faktör puanının 9.4, kilo memnuniyeti olan grupta 7.1 olduğu görülmektedir. Buna göre; kilo memnuniyeti olan ve olmayan grupta ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 9)

Tablo 10. Grupların ÇYBKİÖ ve ÇÇTÖ puanları ile kendini kabul durumlarının karşılaştırılması

	Kendini Kabul Kilo-Normal	Kendini Kabul Zayıf	z	p
	Ort.±s.s.s	Ort.±s.s.s		
ÇYBKİÖ	178.7 ± 16.6	167.7 ± 22.6	-1.464	0.143 ^m
Madde Ortalama	3.1 ± 0.3	2.9 ± 0.4	-1.464	0.143 ^m
ÇÇTÖ				
Toplam	42.4 ± 7.6	49.5 ± 16.3	-0.887	0.375 ^m
Fiziksel İhmal	8.2 ± 3.0	9.8 ± 4.6	-1.174	0.240 ^m
Duygusal İstismar	8.4 ± 2.5	10.8 ± 4.7	-1.128	0.259 ^m
Duygusal İhmal	12.2 ± 3.0	11.4 ± 2.8	-0.932	0.352 ^m
Fiziksel İstismar	6.0 ± 1.3	8.5 ± 4.8	-1.661	0.097 ^m
Cinsel İstismar	7.6 ± 3.3	8.9 ± 5.3	-0.022	0.982 ^m

^m Mann-whitney u test

Kendini kabul durumuna göre ÇYBKİÖ puanı madde ortalaması açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Kendini kilolu ya da normal gören grubun ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 3.1, kendini zayıf gören grubun ise ÇYBKİÖ puanı madde ortalamasının 2.9 olduğu görülmektedir. Kendini zayıf gören ve görmeyen grupta ÇYBKİÖ skoru, madde ortalaması anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 10)

Kendini kabul görme durumuna göre ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Kendini zayıf görmeyen grubun ÇÇTÖ puanının 42.4, kendini zayıf gören grubun ise ÇÇTÖ puanının 49.5; kendini zayıf görmeyen grupta fiziksel ihmal faktör puanının 8.2, kendini zayıf gören grupta 9.8; kendini zayıf görmeyen grupta duygusal istismar faktör puanının 8.4, kendini zayıf gören grupta 10.8; kendini zayıf görmeyen grupta duygusal ihmal faktör puanının 12.2 kendini zayıf gören grupta 11.4; kendini zayıf görmeyen grupta fiziksel istismar faktör puanının 6.0, kendini zayıf gören grupta 8.5; kendini zayıf görmeye grupta cinsel istismar faktör puanının 7.6, kendini zayıf gören grupta 8.9 olduğu görülmektedir. Buna göre; kendini zayıf gören ve görmeyen grupta ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktör puanı anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemektedir. (Tablo 10)

Tablo 11. Anoreksiya nervoza grubunun BKİ değeri, ÇYBKİÖ puanları ve ÇÇTÖ puanları açısından korelasyon tablosu

	BKİ		ÇYBKİÖ	
	r	p	r	p
ÇYBKİÖ	0.276	0.140		
ÇÇTÖ	0.056	0.770	-0.041	0.829
Fiziksel İhmal	0.056	0.767	-0.052	0.786
Duygusal İstismar	0.167	0.379	0.204	0.278
Duygusal İhmal	-0.146	0.442	-0.576	0.001
Fiziksel İstismar	0.050	0.792	0.079	0.679
Cinsel İstismar	-0.011	0.955	0.238	0.205

Spearman Korelasyon

BKİ değeri ile ÇYBKİÖ puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre; BKİ değeri ile ÇYBKİÖ puanı arasında anlamlı ($p > 0.05$) korelasyon görülmemektedir. BKİ değeri ile ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, duygusal ihmal faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktörü puanı arasında anlamlı ($p > 0.05$) bir ilişki görülmemektedir. (Tablo 11)

ÇYBKİÖ puanı ile ÇÇTÖ puanı, fiziksel ihmal faktörü, duygusal istismar faktörü, fiziksel istismar faktörü, cinsel istismar faktörü puanı arasında anlamlı ($p > 0.05$) korelasyon görülmemektedir. ÇYBKİÖ puanı ile duygusal ihmal faktörü puanı arasında anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) negatif yönlü korelasyon görülmektedir. (Tablo 11)

Tablo 12. Anoreksiya nervoza grubunun çocukluk ağı travma faktörlerine ilişkin frekans ve yüzdeleri

		çalışma	
		f	%
Fiziksel ihmal	Hayır	13	43,3%
	Evet	17	56,7%
Duygusal istismar	Hayır	12	40,0%
	Evet	18	60,0%
Duygusal ihmal	Hayır	15	50,0%
	Evet	15	50,0%
Fiziksel istismar	Hayır	14	46,7%
	Evet	16	53,3%
Cinsel istismar	Hayır	13	43,3%
	Evet	17	56,7%

Anoreksiya nervoza grubunun çocukluk çağı travma faktörlerinden aldığı puanlara ilişkin frekans ve yüzdeleri incelendiğinde %56.7'sinin (n=17) fiziksel ihmal, %60'ının (n=18) duygusal istismar, % 50'sinin (n=15) duygusal ihmal, % 53.3'ünün (n=16) fiziksel istismar ve %56.7'sinin (n=17) de cinsel istismar faktörünün kesme puanından yüksek puan aldığı görülmektedir. Buna göre anoreksiya nervoza grubunda en sık duygusal istismara maruz kalındığı görülmektedir. (Tablo 12)



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada, AN tanısı almış ve AN ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan ve geçmişte de bu tanıları hiç almamış olan sağlıklı kontrol grubundaki kadınlar beden kitle indeksi, beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılarak çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılarak, çocukluk çağı travmasının AN üzerinde etkili olup olmadığı, AN'nin BİB üzerinde ekili olup olmadığı sorularına hem AN tanılı hem de AN tanısı olmayan kadınlar açısından yanıtlar aranmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların yaş özellikleri incelendiğinde AN vakalarının yaş ortalaması 28.7 çıkmıştır. Genelde bu alandaki araştırmalarda yer alan katılımcıların yaş ortalamasından yüksek çıkmıştır. Örneğin Gusella, Butler, Nichols ve Bird'ün (2004) tedavi motivasyonunu araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların yaş ortalaması 15 civarındadır. Ülkemizde AN vakalarıyla yapılan bir çalışmada da hastaların yaş ortalaması 15 (Taş, 2017) başka bir çalışmada ise 15,33 (Perçinel, 2013) çıkmıştır.

AN ve sağlıklı kontrol grupları BKİ açısından değerlendirildiğinde; beklenildiği gibi anoreksiya nervoza grubunun BKİ sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Bu bulgu Robin ve arkadaşlarının (1998) anorektikleri değerlendirirken vücut kütle indeksinin de dikkate alınması gerektiğini belirten bilgiyle paralellik göstermektedir. Çeşitli araştırmaların sonuçları da bu bulguyu destekler niteliktedir. Erol ve arkadaşları (2002) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yeme bozukluğu genelindeki çalışmada yeme bozukluğu belirtileri ile BKİ arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamış ve BKİ' ni kadınlarda yeme bozukluğu belirtilerini en iyi yordayan değişkenler arasında yer aldığı, sonucuna varmıştır.

Gruplar AN'nin tanı kriterlerinden biri olan beden imgesi bozukluğu açısından değerlendirildiğinde beklenildiği gibi anoreksiya nervoza grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ve anoreksiya nervoza grubunun beden imgesi bozukluğunun sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürdeki beden imgesi bozukluğu ile ilgili çalışmalar yeme bozukluğu genelinde

yapılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında sağlıklı kontrollerle yeme bozukluğu vakaları arasındaki farklılığın tartışmalı bir konu olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar yeme bozukluğu vakalarıyla kontroller arasında beden imgesi bozukluğu açısından bir fark bulmazken (Freeman, Thomas, Solyom ve Koopman 1985; Huon ve Brown, 1986; Meerman, 1983; Thompsen, Berland, Linton ve Weinsler, 1986), bazıları fark bulduğunu belirtmektedir (Lindholm ve Wilson, 1988; Thompsen, 1987; Willmouth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro ve Gross, 1985). Collins, Beumont, Touyz, Krass, Thompson ve Philips'in (1987) anorektik, bulimik, obez ve kontrollerle yürüttükleri çalışmalarında bu grupların tümünde katılımcıların çoğunluğunun bedenlerini tam algıladığını ve bu oranların en yüksek kontrol grubunda çıktığını bulmuştur.

Gruplar çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirildiğinde AN ile çocukluk çağı travmasının tüm alt faktörleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Literatürdeki AN'nin çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini inceleyen araştırma bulguları incelendiğinde ortaya çalışmamızla benzer sonuçlar çıktığı görülmektedir. Waller, yeme bozukluğu olan 115 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada cinsel istismar ile AN arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur (Topçu, 2009). Williams ve Wagner (1992) yeme bozuklukları genelinde yapmış oldukları bir çalışmada, aile içinde erkek bir akraba ile istismar yaşantısı olan kadınların, böyle bir yaşantı geçirmemiş kadınlara göre, daha çok yeme sorunlarına sahip olduklarını bildirdiklerini belirtmektedir (Topçu, 2009). Vardar ve Erzen (2011) de yeme bozuklukları genelinde 2907 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu grubunu kontrol grubu ile karşılaştırarak yeme bozukluğu grubunda cinsel ve fiziksel travma öyküsünün daha fazla olduğunu bulmuştur.

Anoreksiya nervoza grubu çocukluk çağı travma faktörleri açısından incelendiğinde bu grupta en sık duygusal istismara maruz kalındığı bulunmuştur. Literatürdeki AN'nin çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini inceleyen araştırma bulguları incelendiğinde ortaya farklı sonuçlar çıktığı görülmektedir. Fonseca ve arkadaşları (2002) 1996 çocuk üzerinde yeme bozukluğu genelinde yapmış oldukları çalışmaya göre kızlardaki en önemli risk faktörünün geçmiş dönemdeki cinsel istismar olduğunu bulmuştur.

Anoreksiya nervoza grubunun 9'unun (%30) lisans ve üstü eğitilmiş, 21'inin (%70) ön lisans ve altı eğitilmiş olduğu görülmektedir. "Eğitim durumu" değişkenine göre beden imgesi

bozukluğu puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna yönelik olarak eğitim durumu (ön lisans ve altı eğitimli, lisans ve üstü eğitimli) değişkeni açısından beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark elde edilememiştir. Literatür incelendiğinde anoreksiya nervoza grubunda beden imgesi bozukluğunu eğitim durumu değişkeni açısından inceleyen çalışmalara rastlanmamaktadır. “Eğitim durumu” değişkenine göre çocukluk çağı travmasının alt faktörlerinin puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak eğitim durumu (ön lisans ve altı eğitimli, lisans ve üstü eğitimli) değişkeni açısından çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar faktör puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Fiziksel ihmal puanlarına bakıldığında ise önlisans ve altı eğitimli grupta fiziksel ihmal faktör puanının 11.3, lisans ve üstü eğitimli grupta 7.7 olduğu görülmektedir. Buna göre; önlisans ve altı eğitimli grupta fiziksel ihmal faktör puanının lisans ve üstü eğitimli gruptan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çocukluk çağı travmaları ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında anoreksiya nervoza grubuyla yapılan çalışmalara rastlanmamaktadır. Psikiyatrik bozukluklar genelinde yapılan bir çalışmada erken travmanın bilişsel yetilerde bozulma yaptığı, zayıf okul performansına neden olduğu ve düşük eğitim seviyesi ile sonuçlanabileceği bulunmuştur (Evren ve ark., 2011). Genel olarak çocukluk çağı travmaları ile ihmal ve istismara neden olan kişilerin eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; düşük eğitim düzeyinin çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında zemin hazırlayıcı etkenler olarak kabul edildiği görülmektedir (Kara ve ark., 2004). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi düşük ebeveynlerin fiziksel şiddet uygulamaya daha fazla eğilimli oldukları tespit edilmiştir (Howe, 2005). Örsel ve arkadaşları (2011) psikiyatri hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında; özellikle annenin düşük eğitim düzeyiyle duygusal ve fiziksel istismarın, babanın düşük eğitim düzeyiyle ise duygusal ve fiziksel ihmalin ilişkili olduğu sonucuna ulaştıklarını belirtmektedir.

Anoreksiya nervoza grubunun 10’ unun (%33.3) 18-25 yaş aralığında, 20’sinin (%66.7) 25 yaş üstünde olduğu görülmektedir. “Yaş durumu” değişkenine göre beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak yaş durumu (18-25 yaş aralığı ve 25 yaş üstü) değişkeni açısından beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Bu bulgu önceki yapılan araştırmaların çoğu ile örtüşmemektedir.

“Yaş durumu” değişkenine göre çocukluk çağı travmasının alt faktörlerinin puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak yaş durumu (18-25 yaş aralığı ve 25 yaş üstü) değişkeni açısından çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Cinsel istismar puanlarına bakıldığında ise 25 yaş üstü grupta cinsel istismar faktör puanının 25 yaş altı gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Anoreksiya nervoza grubunun 3’ ünün (%10) çocuk sahibi olduğu, 27’sinin (%90) çocuk sahibi olmadığı görülmektedir. “Çocuk sahibi olma durumu” değişkenine göre beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak çocuk sahibi olma durumu değişkeni açısından beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. “Çocuk sahibi olma durumu” değişkenine göre çocukluk çağı travmasının alt faktörlerinin puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?” sorusuna ilişkin olarak çocuk sahibi olma durumu değişkeni açısından çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Literatür incelendiğinde AN’nin çocuk sahibi olma durumuna göre beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ölçen araştırmalara rastlanmamaktadır.

Anoreksiya nervoza grubunun 11’ inin (%36.7) kendini zayıf, 19’unun (%63.3) kendini normal ya da kilolu olarak algıladığı görülmektedir. “Kendini kabul durumu” değişkenine göre beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak kendini kabul durumu (zayıf ve normal ya da kilolu) değişkeni açısından beden imgesi bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Ancak kendini kilolu olarak algılayanlarda, BKİ düşük olmasına rağmen kendisini kilolu olarak algıladıklarından dolayı beden imgesi bozukluğu puan ortalamasının daha yüksek çıkması beklenmekteydi. “Kendini kabul durumu” değişkenine göre çocukluk çağı travmasının alt faktörlerinin puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorusuna ilişkin olarak kendini kabul durumu değişkeni açısından çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde

edilememiştir. Literatür incelendiğinde AN'nin kendini kabul durumuna göre çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ölçen araştırmalara rastlanmamaktadır.

BKİ değeri ile beden imgesi bozukluğu puanı açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre; BKİ değeri ile beden imgesi bozukluğu puanı arasında anlamlı korelasyon görülmektedir. BKİ değeri ile çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar faktör puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Bu da AN'nin ağırlık derecesi ile beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Beden imgesi bozukluğu puanı ile çocukluk çağı travmasının alt faktörleri olan fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar faktör puanı arasında anlamlı korelasyon görülmektedir. Beden imgesi bozukluğu puanı ile duygusal ihmal faktörü puanı arasında anlamlı negatif korelasyon görülmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan olguların kilosunun boyuna oranını tanımlamak için Beden Kitle İndeksi (BKİ), bedenlerini algılama düzeylerini belirlemek için “Çok Yönlü Beden-Kendilik (Self) İlişkileri Ölçeği (ÇYBKİÖ)” ve çocukluk çağında yaşanmış ihmal ve istismar durumunu belirlemek için de “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)” kullanılmıştır. Sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

Anoreksiya nervoza grubunun çocukluk çağı travması belirti düzeyleri yaşa göre incelendiğinde 25 yaş üstü grupta cinsel istismar belirti düzeyinin 25 yaş altı gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu; fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar belirti düzeyinin ise yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Anoreksiya nervoza grubunun çocukluk çağı travması belirti düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde ise önlisans ve altı eğitilmiş grupta fiziksel ihmal belirti düzeyinin lisans ve üstü eğitilmiş gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu; cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar belirti düzeyinin ise eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Çocuk sahibi olma ve kilo memnuniyet durumlarına bakıldığında ise fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar belirti düzeylerinin çocuk sahibi olma ve kilo memnuniyet durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

AN grubu ile sağlıklı kontrol grubunun ÇÇTÖ puanları karşılaştırıldığında AN ile cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı belirti düzeyleri yüksek olan anoreksiya nervoza grubunda en sık görülen travma türünün duygusal istismar olduğu bulunmuştur. AN grubu ile sağlıklı kontrol grubunun ÇYBKİÖ puanları karşılaştırıldığında AN ile beden imgesi bozukluğu arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Beden kitle indeksi ile beden imgesi bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Beden kitle indeksi ile fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Beden imgesi bozukluğu ile fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Beden imgesi bozukluğu ile duygusal ihmal faktörü arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde ülkemizde anoreksiya nervoza ile ilgili yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir bu nedenle anoreksiya nervoza ile ilgili araştırmalar arttırılabilir. Araştırmalarda anoreksiya nervozanın gelişimindeki birçok faktörün yanı sıra, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmatik yaşantıların rolünün göz ardı edilmemesi önerilmektedir. Son olarak yapılan çalışmanın örneklemini sınırlı olduğundan dolayı örneklem genişletilerek daha güvenilir bulgular elde edilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

Akbaba Türkoğlu, S. (2013). Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlarla İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Aktaş, A., Atabek Aştı, T., Bakanoğlu, E. ve Çelebioğlu, M. (2010). Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden İmgesi Algısının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Dergisi, 18(2), 63-71.

Altınkaya, Z. (2014). Değişik Vücut Kitle İndeksine Sahip Bireylerin Fiziksel Aktivite Seviyelerinin Ve Yürüme Parametrelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi.

Altınyazar, V. ve Maner, F. (2014). Yeme Bozuklukları ve Psikoz. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15, 84-88.

Alpay, E.H., Aydın, A. Ve Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. Klinik Psikiyatri Dergisi, 20, 218-226.

Altıntaş, M. (2011). Suç İşleyenlerde Çocukluk Çağı Travması, Dissosiasyon Ve Başa Çıkma Tutumları: Kontrollü Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi.

Arık Binbay, D. (2009). Bipolar I Bozukluk Hastalarında Şiddetli Çocukluk Çağı Travmasının Hastalık Özellikleri Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Arslan, R. (2016). Çocukluk Dönemi Duygusal İstismarı İle Depresyon Ve Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri, 19, 202-210.

Arslangiray, N. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajının Yordayıcıları Olarak Bağlanma Stilleri ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara.

Aslan, S. H. (2001). Beden İmgesi Ve Yeme Davranışı Bozuklukları İle Medya İlişkisi. *Düşünen Adam*, 14(1), 41-47.

Avşar, A., Karanfil, R. ve Keten, A. (2014). Çocukta Fiziksel İstismar Sonucu Ölüm: Olgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, 28(3), 287-293.

Aydın, M. ve Vural, G. Z. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Beden İmgelerinin Yaşam Niteliklerine Etkisi. *Eğitim Kuram Ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 111-121.

Bakır, E. ve Kapucu, S. (2017). Çocuk İhmali Ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13-24.

Bal, F., Farajı, H. ve Gemici, M. (2018). Travma Ve Öfke Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal Of Social And Humanities Sciences Researches*, 5(26), 2470-2482.

Baştuğ, G. ve Kuru, E. (2008) Bayan Sporcuların Bedenlerini Algılama Düzeyleri ve Cinsiyet Rollerini Üzerine Bir Araştırma. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 533-555.

Batum, P. (2008). Kişilik Bozuklukları Ve Yeme Bozuklukları Etiyolojik İlişkiler Ve Cevaplanmamış Sorular. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(21), 65-73.

Beck, J. S. (2018). Bilişsel Davranışçı Terapi. (Çev. Şahin M.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.

Bulut, N. S., Yorguner Küpeli, N., Çarkaxhiu Bulut, G. ve Topçuoğlu, V. (2017). Anoreksiya Nervosa’da Psikososyal Tedaviler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 329-345.

Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Coşkuner Potur D. (2003). İlk Gebelikte Beden imajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

Demirkapı, E. Ş. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi Ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi.

DePanfilis, D. (2006). Child Neglect: A Guide for Prevention, Assesment, and Intervention. Amerika Birleşik Devletleri: Caliber.

Dinleyici, M. ve Dağlı, F. Ş. (2016). Duygusal İhmal, İstismar Ve Çocuk Hekimin Rolü.

Doğan, O., Doğan, S. (1992). Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları No:53, Sivas, 1-27.

Doğan O., Doğan S. (1992). Çok Yönlü Beden-Self ilişkileri Ölçeği El Kitabı. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi.

Doğan, T., Sapmaz, F. ve Totan, T. (2011). Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 121-129.

DSM-5. (2014). (Çev. Köroğlu. E.). Ankara: HYB Basım Yayın.

Erdoğan, L. E. (2018). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Devam Eden Şiddet Ve Psikopatoloji İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi.

Ergüney, F. E. (2012). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Erol, A., Toprak, G. ve Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1), 48-57.

Evren C., Sar V., Dalbudak E., Durkaya M., Çetin R., Evren B., Cakmak D., Ertem-Vehid E.(2011). Childhood trauma and psychopathology among alcohol-dependent men: no interaction with temperament and character Psychopathology,44,34-39.

Felendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2005). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, 9(1), 49-62.

Garner, D. M. Anorexia Nervosa. Child Behavior Therapy Casebook, Chapter 19.

Gönenir Erbay, L. ve Seçkin, Y. (2016). Yeme Bozuklukları. Güncel Gastroenteroloji, 20(4), 473-477.

Grogan, S. (1999). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. İngiltere: Routledge.

Gülömür Çınar, Ö. (2010). *Erkek Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmasının Öfke, Agresyon Ve Dürtüsellikle İlişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Gündoğan F. (2006). *Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Gürdal Küey, A. *Ergenlik ve Yeme bozuklukları. Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 3(5-6), 79-86

Gürsoy D. (2003). *Adolesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hamurcu, P. (2014). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Horozcu, Ü. (2016). *Kutsal Açlık*. İstanbul: Rağbet Yayınları

Howe, D. (2005). *Child Abuse and Neglect*. Palgrave Macmillan. New York.

Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, Kopera M, Sławińska-Ceran A, Brower KC, Wojnar M. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*. 2014; doi: 10.1016/j.chiabu.2014.06.010.

Kar, H. ve Dokgöz, H. *Çocukta Fiziksel İstismar*. *Türkiye Klinikleri*, 3(3), 175-180.

Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A. S. (2004). "Çocuk İstismarı", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: ss.140-151.

Kaya, B., Yiğittürk, D. ve Yalvaç, H. D. (2003). *Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu*. *Klinik Psikiyatri*, 6, 56-61.

Kaygusuz, E. (2018). *Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Ve*

Mutluluk Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Üsküdar Üniversitesi.

Kerimoğlu, E. ve Ceyhan, B. (1986). Anoreksiya Nervosa ve Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar. Psikoloji Dergisi, 5(20), 39-46.

Kır, E. (2013). Çocuklara Yönelik Cinsel Taciz Ve İstismara Karşı Önleyici Eğitim Çalışmaları. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuması, 71(1), 785-800.

Koç, F., Halıcıoğlu, O. ve Akşit, S. (2014) Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür. The Journal Of Pediatric Research, 1(1), 1-5.

Köroğlu, E. (2015). Psikiyatri Başvuru Elkitabı. Ankara: HYB Yayıncılık

Monteleone AM, Monteleone P, Serino I, Scognamiglio P, Genio M, & Maj M. Childhood trauma and cortisol awakening response in symptomatic patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2015; 48: 615-621.

Morris, J. ve Twaddle, S.(2007). Anorexia Nervosa. BMJ, 334, 894-898.

Morrison, J. (2016). DSM-5'i Kolaylaştıran "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi". (Çev. Kural H. U.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.

Muz, G., Öztürk, G. K., Dağdelen, M. ve Turaç, N. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Beden İmgisinin Yaşam Niteliğine Etkisi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 15(4), 228-234.

Odağ, C. (2016). Nevrozlar-2. İzmir: Meta Basım

Oğur, S., Aksoy, A. ve Selen, H. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. BEÜ Fen Bilimleri Dergisi, 5(1), 14-26.

Oktan, V. ve Şahin, M. (2010). Kız Ergenlerde Beden İmajı İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(2), 544-556.

Ovayolu, N., Uçan, Ö. ve Serindağ, S. (2007). Çocuklarda Cinsel İstismar Ve Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 13-22.

Öngören, B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, 34, 25-45.

Örsel, S. K. (2001). Düşünme ihtiyacı ve beden algısına ilişkin özgüven. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12(2), 130-136.

Öyeçkin, D. G. ve Şahin, E. M. (2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 15(1), 29-35.

Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara: Mattek Matbaacılık Basım. 68-92.

Özçetinkaya, S. (2011). Erkek Alkol Ve Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmasının Kişilik Boyutları İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Özfidan, A. T. (2011). Obezite ve Gece Yemesi Sendromunun Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi. Yansıtma Psikopatoloji ve Projectif Testler Dergisi, 15, 117-128.

Özgentürk, İ. (2014). Çocuk İstismarı Ve İhmal. International Journal Of Human Sciences, 11(2), 265-278.

Özkol, H.(2014). Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan Aşırı Stres Bozukluğu Arasındaki İlişkiler, Yayınlanmış Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara

Özorhan, E. Y. (2012). Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Özteke Kozan, H. İ. ve Hamarta, E. (2017). Beliren Yetişkinlikte Beden İmgesi: Bağlanma Ve Sosyal Görünüş Kaygısının Rolü. Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi, 7(48), 63-81.

Palmer, B. (2004). Yeme Bozuklukları. (Çev. Akbaş Ö. U.). İstanbul: MORPA Kültür Yayınları.

Perçinel, İ. (2013). Anoreksiya Nervoza ve Eksojen Obezite Tanılı 11-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi.

Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. (1998). "Treatment of eating disorders in children and adolescents". Clinical Psychology Review 18

Salter, M. (2000). Altered Body Image The Nurse's Role, New York: Baillire Tindall. 2-3, 92-93.

Sarı, A. (2009). Kafkaesk Anorexia. Erzurum: Salkımsöğüt Yayınları

Sarı, H. Y., Ardahan, E. ve Öztornacı, B. Ö. (2016). Çocuk İhmal Ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan Sistemik Derlemeler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(6), 501-511

Savi Çakar, F., İkiz, F. E. ve Asıcı, E. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları Ve Umutsuzluğun Psikolojik Belirtileri Yordama Düzeyi. Ines Journal, 5(14), 85-100.

Schute-Rüther, M., Mainz, V., Fink, G. R., Herpertz-Dahlmann, B. ve Konrad, K. Theory Of Mind And The Brain İn Anorexia Nervosa: Relation To Treatment Outcome.

Siyez, D. M. ve Uzbaş, A. (2009). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. Yeni Symposium Journal, 44(1), 37-43.

Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk Ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(3), 301-316.

Sparhawk, J. M. (2003). Body Image And The Media: The Media's Influence On Body Image. Doktora Tezi, University Of Wisconsin-Stout.

Şar V, Ozturk E. ve İkikardeş E. (2012). Cocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Turkce Uyarlamasının Gecerlik ve Guvenilirliği. Turkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 32(4), 1054-1063.

Şirinyıldız, F., Cesur, G., Alkan, A. ve Ek, R. O. (2017). Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi Farklılığının Belirlenmesi. Smyrna Tıp Dergisi, 1-6.

Taş, Z. (2017). "Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerde Mesane ve İşeme Disfonksiyonunun Değerlendirilmesi". Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Tiwari, G. K. ve Kumar, S. Psychology And Body İmage: A Review. Shodh Prerak, 5(1)

Topçu, S. (2009). Cinsel İstismar. Ankara: Phoenix Yayınevi

Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, E. ve Frank, G. K. Bulik, Cynthia M.. Wentz, Elisabet. Anorexia Nervoza. Nature Reviews Disease Primers, 1, 1-21.

Uğurlu, N. ve Akın, H. (2008). Muğla Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden Benlik Algısı ve Psikolojik Sıkıntı Belirtileri ile İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4), 38-47.

Uğurlu, S. (2017). Geç Ergenlik Döneminde Depresyon Tanısı Almış Bireylerin Çocukluk Çağı Travması, Pozitif Ve Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Üsküdar Üniversitesi.

Üstündağ, H., Demir, N., Zengin, N. ve Gül, A. (2007) Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27, 522-527.

Wozniak, G., Rekleiti, M. ve Roupa, Z. Contribution of Social and Family Factors in Anorexia Nervosa. Health Science Journal, 6(2), 257-269.

Vardar, E. ve Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma, 22(4), 205-212.

Yaraman, A. (2003). Kadın yaşantıları. İstanbul: Bağlam Yayıncılık

Yargıç, İ., Ersoy, E. ve Oflaz, S. B. (2012). Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Girişimi Ve Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Derneği, 13, 277-284.

Yıldırım, F. (2010). Majör Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Dürtüsellik, Öfke ve İntihar Davranışı ile İlişkisi. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Yılmaz Dinç, S. ve Koçhan K. (2016). Yeme Bozuklukları Tedavisinde Aile Terapisi Yaklaşımı İle İlgili Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. The Journal Of Academic Social Science Studies, 50, 541-551.

Yöyen, E. Çocukluk Çağı Travması Ve Benlik Saygısı. (2017). International Journal Of Social Sciences And Education Research, 3(1), 267-282.

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. ve Schmidt, U. Anorexia Nervosa: aetiology, assesment, and treatment. The Lancet Journals. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Ziyalar, A. (1976). Anorexia nervosa. Istanbul: Güryay Matbaacılık

https://www.academia.edu/28889739/Inpatient_Treatment_of_Anorexia_Nervosa_Review_of_Recommendations.pdf



EKLER

EK 1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz: İlkokul() Lise() Lisans() Lisansüstü ()
3. Mesleğiniz nedir?
4. Çocuklarınız var mı? Evet () Hayır() Varsa kaç tane?.....
5. Boyunuzu ve kilonuzu lütfen belirtiniz. Boyunuz cm Kilonuzkg
6. Kilonuzdan memnun musunuz? Evet () Hayır()
7. Kendinizi nasıl kabul ediyorsunuz? Çok kilolu () Kilolu () Normal () Zayıf () Çok zayıf ()
8. Bugüne kadar eriştiğiniz en yüksek ve en düşük kilo nedir?
9. Diyet yaptığınız dönemler var mı? Evet () Hayır()
Evet ise ne sıklıkta?Süresi nedir?.....
10. Kalori kontrolünüz var mı? Evet () Hayır ()
11. Tıkanırçasına yediğiniz dönemler var mı? Evet () Hayır ()
Evet ise ne sıklıkta?.....
12. Yemek yedikten sonra kusma davranışınız var mı? Evet () Hayır ()
Evet ise ne sıklıkta?.....
13. Yemek yedikten sonra ishal yapıcı ilaç veya herhangi bir madde kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta?.....
14. Yemek yedikten sonra idrar söktürücü ilaç veya herhangi başka bir madde alıyor musunuz? Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta?.....

15. Yemek yedikten sonra kilo vermenizi sağlayacak başka bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta?.....

16. Kendinizi aç bıraktığınız zamanlar oluyor mu?

Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta?.....

17. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? Evet () Hayır ()

Evet ise lütfen belirtiniz.....

18. Kilo almanıza sebep olabileceğini düşündüğünüz bir sağlık sorunuz var mı?

Evet () Hayır () Evet ise lütfen belirtiniz.....

19. Daha önce bir psikiyatristten ya da bir psikologdan yardım aldınız mı? Evet () Hayır ()

Evet ise lütfen belirtiniz.....

20. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? Evet () Hayır ()

Evet ise lütfen belirtiniz:.....

Ne kadar süredir?.....

EK 2

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇTQ-28)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Kimi zaman 4) Sık olarak 5) Çok sık

EK 3**ÇOK YÖNLÜ BEDEN-BENLİK/ÖZ İLİŞKİ ÖLÇEĞİ**

Aşağıda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (X) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.

A) Kesinlikle katılmıyorum. B) Çoğunlukla katılmıyorum. C) Kararsızım

D) Çoğunlukla katılıyorum E) Tamamen katılıyorum

	A	B	C	D	E
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim					
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim					
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.					
4.Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.					
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.					
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.					
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.					
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim					
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.					
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.					
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.					
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.					
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel çaba harcamıyorum.					
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir					
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.					
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.					
17. Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.					
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.					
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.					

20. Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım					
21. Nadiren hastalanırım.					
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.					
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.					
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.					
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.					
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.					
27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.					
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışırım.					
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.					
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerine fazla dikkat etmem.					
31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.					
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.					
33. İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırmam.					
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.					
35. Fizik yapımı beğenmiyorum.					
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.					
37. Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.					
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.					
39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.					
40. Fiziksel yönden çekici değilim.					
41. Nasıl görüldüğümü hiç düşünmem.					
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.					
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur.					
44. Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.					
45. Yıl boyunca düzenli spor yaparım.					
46. Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.					
47. Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.					

48. Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.					
49. Yüzümden hoşnutum (yüz şekli, görünüşü, cilt)					
50. Saçımdan hoşnutum (rengi, sıklığı, yapısı)					
51. Alt gövdemden hoşnutum (kalçalar, bacak, uyluk)					
52. Orta gövdemden hoşnutum (mide, bel)					
53. Üst gövdemden hoşnutum (göğüsler, omuz, kollar)					
54. Kas yapısından hoşnutum (tonusu)					
55. Ağırlığımdan hoşnutum (kilo)					
56. Boyumdan hoşnutum					
57. Tüm görünüşümden hoşnutum					

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Kübra Zeynep COŞKUN

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul 07.04.1992

Uyruk: T.C.

E- mail: kubrazeynepcoskun@gmail.com

EĞİTİM

- İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü (2016-2019)
- İstanbul Arel Üniversitesi Fen - Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü (2011- 2015)
- Mensucat Santral Anadolu Lisesi (2006- 2010)

İŞ DENEYİMLERİ

- Özel Altın Adımlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

Psikolog- Müdür (2016 - Halen)

- Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı (TEGV)

Eğitim Gönüllüsü (2012 – Halen)