



T.C.

**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTUSU
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTEDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERİN YEME
TUTUMLARININ YAŞAM DOYUMU VE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nilsu GÜRCAN

155180131

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

İstanbul-2018



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTUSU
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTEDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERİN YEME
TUTUMLARININ YAŞAM DOYUMU VE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Nilsu GÜRCAN**

KABUL VE ONAY

Nilsu Gürcan tarafından hazırlanan “Üniversite Öğrencilerindeki Yeme Tutumlarının Yaşam Doyumu ve Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi” başlıklı bu çalışma, tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Tezin/Raporun Türü olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerindeki Yeme Tutumlarının Yaşam Doyumu ve Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi” 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.

08.02.2018

Nilsu GÜRCAN

ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 5 beş yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

08.02.2018

Nilsu GÜRCAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	iii
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. BÖLÜM: GİRİŞ	1

2. BÖLÜM

YEME TUTUMLARI VE YEME BOZUKLUKLARI

2.1. Yeme Tutumları	3
2.2. Yeme Bozuklukları	9
2.2.1. Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa	10
2.2.1.1. Anoreksiya Nervosa.....	10
2.2.1.2. Bulimia Nervosa	11
2.2.2. Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu.....	11
2.2.3. Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı	12
2.2.4. Yeme Bozukluğunun Nedenleri.....	14
2.2.4.1. Genetik Yatkınlık	14
2.2.4.2. Mizaç.....	15
2.2.4.3. Biyolojik Yapı.....	16
2.2.4.4. Travma	16
2.2.4.5. Başa Çıkma Becerisi	16
2.2.4.6. Aile Yapısı	17
2.2.4.7. Sosyokültürel Etkenler	18
2.2.5. Psikanalitik Açıdan Yeme Bozuklukları.....	18
2.2.6. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi.....	21
2.2.7. Yeme Tutumları İlgili Araştırmalar	22
2.2.7.1. Yeme Tutumu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	22
2.2.7.2. Yeme Tutumu İle İlgili Türkiye’de Yapılan Araştırmalar	23

3. BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

3.1. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tarihiçesi	28
3.2. Çocuk İstismarı Türleri	29
3.1.1. Fiziksel İstismar	29
3.1.2. Cinsel İstismar.....	30
3.1.2.1. Aile içi Cinsel İstismar: Ensest	31
3.1.2.2. Pedofili	32
3.1.3. Duygusal İstismar	33
3.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi	34
3.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi	35
3.5. İhmal Ve İstismar Mağdurlarında Klinik Özellikler.....	36
3.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Anksiyete ile İlişkisi.....	37
3.7. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar	37

4. BÖLÜM

YAŞAM DOYUMU

4.1. Yaşam Doymu Kavramı Tanımı ve Önemi	40
4.2. Yaşam Doymu İle İlgili Kuramlar	41
4.3. Yaşam Doymunu Etkileyen Faktörler.....	44
4.4. Yaşam Doymu ile İlgili Çalışmalar.....	49

5. BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı	52
5.2. Evren ve Örneklem	52
5.3. Veri Toplama Araçları	53
5.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	53
5.3.2. Yeme Tutumları Testi	53
5.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	53
5.3.4. Yaşam Doymu Ölçeği	54
5.4. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	54
5.5. Verilerin Analizi.....	54

6. BÖLÜM

BULGULAR

6.1. Katılımcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	56
6.2. Betimleyici İstatistikler	59
6.3. Hipotezlerin Sınanması	59
6.4. Fark Analizleri	63
7. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	83
8. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
KAYNAKÇA	94
EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	117

ÖZET

ÜNİVERSİTEDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERİN YEME TUTUMLARININ YAŞAM DOYUMU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

Nilsu GÜRCAN

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

Şubat, 2018 - 178 sayfa

Bu araştırmada üniversitede okuyan kız öğrencilerde yeme tutumlarının çocukluk çağı travması ve yaşam doyumu ile ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmaya İstanbul'daki çeşitli devlet ve vakıf üniversitelerinde eğitim gören 268 kız öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilere sosyodemografik bilgi formu ile birlikte, Yeme Tutumları Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Yaşam Doymu Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre çocukluk çağı travmaları yeme tutumları ve yaşam doyumu üzerinde anlamlı etki yaratmaktadır. Çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar yeme bozuklukları düzeyini artırırken; duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, yaşam doyumu düzeyini azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yeme tutumları, benlik algısı, yaşam doyumu.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING HABITS, SELF PERCEPTION AND LIFE SATISFACTION OF UNIVERSITY SCHOOLGIRLS

Master's Thesis, Clinical Psychology Department

Advisor: Yrd. Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

February, 2018 – 178 pages

In this study, the relationship of eating attitudes to childhood trauma and life satisfaction was investigated in girls who were studying at university. The study included 268 female students studying at various state and foundation universities in Istanbul. Eating Attitudes Test, Childhood Trauma Scale and Life Satisfaction Scale were administered to the students with sociodemographic information form.

According to the findings obtained from the research, childhood traumas have a significant effect on eating attitudes and life satisfaction. Emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and sexual abuse from childhood traumas increase the level of eating disorders; emotional abuse, physical neglect and emotional neglect reduce the level of life satisfaction.

Keywords: Eating attitudes, self-perception, life satisfaction.

KISALTMALAR LİSTESİ

- YTT** : Yeme Tutumları Testi
YB : Yeme Bozuklukları
YT : Yeme Tutumları
APA : Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı



TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 5. 1. Normallik Test Sonuçları	55
Tablo 6. 1. Araştırma Örneklemine İlişkin Bazı Özellikler	56
Tablo 6. 2. Anne, Baba, Aile ve Arkadaş İlişkilerine Ait Frekans ve Yüzdeler	57
Tablo 6. 3. Yemek Yeme Davranışları ve Ruhsal Bozukluklara İlişkin Frekans ve Yüzdeler	58
Tablo 6. 4. Araştırma Ölçeklerinin Betimleyici İstatistikleri	59
Tablo 6. 5. Korelasyon Analizi Tablosu.....	59
Tablo 6. 6. Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerine Etkisi	60
Tablo 6. 7. Yaşam Doyumunun Yeme Bozuklukları Üzerine Etkisi	61
Tablo 6. 8. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi.....	61
Tablo 6. 9. Değişkenlerin Yaşa Göre Farklılaşması.....	63
Tablo 6. 10. Değişkenlerin Beden Kütle İndeksine Göre Farklılaşması	64
Tablo 6. 11. Değişkenlerin Okul Türüne Göre Farklılaşması	65
Tablo 6. 12. Değişkenlerin Ailelerin Birlikte Yaşama Durumuna Göre Farklılaşması	66
Tablo 6. 13. Değişkenlerin Ailelerin Ekonomik Durumuna Göre Farklılaşması.....	67
Tablo 6. 14. Değişkenlerin Annelerinin Kendilerine Karşı Tutumuna Göre Farklılaşması	69
Tablo 6. 15. Değişkenlerin Babalarının Kendilerine Karşı Tutumuna Göre Farklılaşması	71
Tablo 6. 16. Değişkenlerin Aile İle İlişkiye Göre Farklılaşması.....	73
Tablo 6. 17. Değişkenlerin Arkadaşlar İle İlişkiye Göre Farklılaşması	75
Tablo 6. 18. Değişkenlerin Gün İçerisinde Aile ile Yemek Yemeye Göre Farklılaşması	76
Tablo 6. 19. Değişkenlerin Fast Food Yeme Sıklığına Göre Farklılaşması	78
Tablo 6. 20. Değişkenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşması.....	79
Tablo 6. 21. Değişkenlerin Diyet Yapma Durumuna Göre Farklılaşması	80
Tablo 6. 22. Değişkenlerin Psikolojik Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması	81

Tablo 6. 23. Değişkenlerin Ailelerinde Psikolojik Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması	82
---	----



1. BÖLÜM

GİRİŞ

Yeme tutumları ve yeme bozuklukları konusu, son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalar ve basın yayın organlarının bu konuya ilgisi ile giderek daha da popüler hale gelmiştir. Değişen hayat şartları, hızlı tüketilen yiyeceklerin artması, öğün atlama, yemeğe ayrılan zamanın sınırlı olması da yemek alışkanlıklarıyla alakalı konuların popüler olmasına yardımcı olmaktadır. Değişim gösteren yemek alışkanlıkları ile beraber, özellikle medya yolu ile sürekli olarak özendirilen mükemmel beden imajı, insanlarda ideal ve zayıf olma isteği uyandırmaktadır. Bu durum, yemek alışkanlıklarının değişmesiyle beraber, çeşitli psikolojik ve fizyolojik bozuklukları da beraberinde getiren yeme bozukluklarına da yol açmaktadır. Bireyin vücut ağırlığı ve kendi görünüşü konusundaki duyarlılığın fazla olduğu, daha da zayıflama isteğinin sürekli ön planda olduğu ve bu hedef yolundaki davranışların, kişinin sağlığını tehdit eden boyutlara varması sonucunda ortaya çıkan davranışlar, yeme bozuklukları şeklinde tanımlanmaktadır (Troisi, Massaroni and Cuzzularo, 2005).

Yeme bozuklukları, erken dönemde başlayan ve uzun süre devam eden, ortaya çıkış nedenleri karmaşık ve terapötik anlamda güçlükler de yaratan bir hastalıktır (Oral ve Hisli Şahin, 2008). Ölümcül sonuçlar doğurabilen bu bozukluk, bireyin yeme davranışının normalden sapmasıyla ortaya çıkmaktadır (Ertaş, 2006). En sık karşılaşılan yeme bozuklukları olan anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza zayıf olmaya karşı gösterilen yoğun arzular barındırırlar ve ölümcül sonuçlara kadar varabilen, yoğun bir zayıf olma arzusu barındırmaktadır (Hebebrand et al. 1997; Butcher et al. 2008).

Yeme bozuklukları, pek çok olgu ile doğrudan bağlantılıdır. Yapılan araştırmalarda bulimia nervoza ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bireyin düşük benlik algısına sahip olması, aile içi ilişkilerdeki bozukluk, duygulanım bozukluğu, yeme bozukluğu tanısı konulan bireylerde büyük ölçüde gözlemlenmektedir. Kişilik özellikleriyle yeme bozukluklarını ilişkilendiren pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında riskten kaçınma ve duygusal olarak engellenmiş olma gibi davranışlar görülmektedir.

Hastalardan elde edilen geçmiş yaşantı öykülerine bakıldığında ise yeme bozukluğuna sahip olan bireylerde istismarın çeşitli türleri (cinsel, fiziksel, psikolojik) saptanmıştır (Werne ve Yalom, 1995).

Bu noktadan hareketle hazırlanan çalışmada üniversitede okuyan kız öğrencilerde yeme tutumlarının çocukluk çağı travması ve yaşam doyumu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırma beş ana bölümden meydana gelmektedir.

Araştırmanın birinci bölümünde yeme tutumları ve yeme bozukluğuna ilişkin literatür aktarılmıştır. Bölüm içerisinde öncelikli olarak anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa ile tıkanırcasına yeme bozuklukları tanıtılmıştır. Ardından yeme bozukluklarının yaygınlığına ve nedenlerine yer verilmiştir. Psikanalitik kuram açısından yeme bozukluklarının değerlendirilmesinin ardından, yeme tutumları ile ilgili yapılan araştırmalar sunulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde çocukluk çağı travmaları ele alınmıştır. Bu bölümde öncelikli olarak çocuk istismar ve ihmalinin tarihçesi aktarılmıştır. Çocuk istismarının türleri fiziksel, cinsel, duygusal istismar başlıklarında değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının etiyolojisi ve epidemiyolojisinin sunumunun ardından ihmal ve istismar mağdurlarında klinik özellikler üzerine durulmuştur. Bölümün son kısmında ise yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde yaşam doyumu tanım ve önemden başlayarak sunulmuştur. Yaşam doyumuna ilişkin kuramlar, yaşam doyumunu etkileyen faktörler yine bölüm içerisinde değinilen diğer başlıklardır. Yaşam doyumu hakkında yapılan araştırmaların sunumu ile bölüm sonlandırılmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmaya ilişkin yöntem aktarılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, evren ve örneklem bölüm içerisinde tanıtılmış, kullanılan istatistiksel yöntemler hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise ilgili yönetime bağlı olarak ulaşılan bulgular sunulmuş ve bu bulgular tartışma kısmında alan yazından yararlanılarak tartışılmıştır.

2. BÖLÜM

YEME TUTUMLARI VE YEME BOZUKLUKLARI

2.1. Yeme Tutumları

Yeme tutumu; motor, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimlerin temeli olmakla birlikte, çevresel faktörler tarafından düzenlenmesi ile meydana gelen kompleks bir fenomen olarak kabul edilmektedir. Yeme tutumları ile ilgili yapılan araştırmalar ve tartışmalar günden güne artmaktadır; bunlar yeme tutumlarının ve yeme davranışlarının nasıl incelenmesi gerektiğini göstererek, birtakım tanımlamalar yapmayı amaçlar. Bu açıdan tutum ve davranış kavramları arasındaki fark göze çarpmaktadır. Psikoloji literatüründe tutum; kişiye yüklenen ve kişinin duyguları, düşünceleri ve davranışlarını meydana getiren eğilim biçiminde açıklanmaktadır (Smith, 1968; akt. Arkonaç, 2008). Tutum göz ile görülebilen bir kavram olmadığı için, kişilerin davranışları göz önünde tutularak varılan yargı ve sergilenen davranışlar sonucunda kişilere atfedilen eğilimdir. Bu açıdan tutumlar; kişiler tarafından sergilenen somut davranışları değil, davranışlara zemin hazırlayan soyut eğilimleri nitelemektedir (Arkonaç, 2008). Bu kavramı yeme tutumu açısından incelemek gerekirse; kişinin yeme ve beslenme ile ilgili duyguları, düşünceleri ve davranışlarını meydana getiren eğilimidir. Yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukların incelendiği bir çalışmaya, 256 kız üniversite öğrencisi katılmıştır. Yeme Tutumu Testi puanı 30 ve üzerinde olan öğrencilerin oranının %7,9 olmasının yanı sıra; bu öğrencilerin anormal yeme tutumları sergiledikleri bildirilmiştir (Altuğ ve ark., 2000). Işık (2009) tarafından yürütülen bir araştırmaya göre ise; 1000 üniversite öğrencisi katılım sağlamış ve YTT puanı 30 ve üzerinde olan öğrencilerin oranının %22,6 olduğu ifade edilmiştir.

Her bireyin farklı yeme alışkanlıkları olabilir; bazı insanlar gün içerisinde birkaç öğünü azar azar yiyebilirken, kimileri 1-2 öğünü büyük porsiyonlarda tüketebilmekte, bazıları ise diyet uygulamaları ile kilolarını kontrol altında tutmaya özen gösterebilmektedirler. Türkiye’de gerçekleştirilen bir araştırmaya göre; nüfusun %30’unu yaşları 12 ve 25 arasında değişen gençler oluşturmaktadır. Yeme bozukluklarının yaygınlaşmasında kültür kaynaklı çatışmaların, sosyokültürel etkenlerin önemli rol oynadığı ve bu bağlamda geniş bir popülasyonu etkilediği ifade

edilmektedir (Köknel, 1981). Cuadro ve arkadaşları (2000) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; gençlerin %56'sında zayıflama arzusu olduğu, fakat yalnızca %6'sının fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. Leşkeri'ye (1989) göre; yeme bozukluklarının gelişmesinde üç temel faktör bulunmaktadır; altyapıdaki faktörler, tetikleyici faktörler ve sürdürücü faktörler. Beden algısında memnuniyetsizlik, akranların etkisi, zayıf olma isteği ve kadın olma gibi etkenler altyapıdaki faktörlerdir. Ergenlik dönemi ve olumsuz yaşam deneyimleri (örn. ebeveynlerin boşanması, sevilen birinin kaybı, okul değişikliği, insanların önünde rencide olma) tetikleyici faktörlerdir. Sürekli diyet yapma ve kendini fazlasıyla aç bırakma durumu ise sürdürücü faktörlerden bazılarıdır. Ergenlik döneminde bedende meydana gelen değişiklikler ve sosyal açıdan kabul görme isteği; yeme alışkanlıklarında değişimlere ve dengesiz beslenmelere neden olabilmektedir. Son 10 senede ergenlerin ve çocukların kilo kaybetmelerinde ve diyet uygulamalarında artış görülmesinin yanı sıra; obezitenin de ciddi boyutlarda yükseldiği ifade edilmektedir (Rosen, 2010). Diyet uygulamalarının BN ve TYB'nun gelişmesinde risk taşıdığı literatürde yer almaktadır (Sadock ve Sadock, 2002). Yağcı ve arkadaşlarına (2000) göre; ergenlik döneminde gelişimin etkisiyle hızlı büyüme, seksüel gelişim ve bedensel aktivitede artma, genç kızlarda menstruasyon ve kimi zaman gebelik yaşayanların ciddi oranda besin ve enerji gereksinimleri bulunmaktadır. Erkeklerde besin ihtiyacı başka dönemlerde olmadığı kadar yüksekken; kızlarda hamilelik ve laktasyon dönemine oranla biraz daha düşüktür. Genellikle ergenlik döneminde ve yetişkinliğin erken dönemlerinde patolojik yeme davranışları ortaya çıkabilmektedir. Ergen bedeninde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamakta zorlanarak, yeme problemleriyle tepkisel davranışlar sergileyebilmektedir (Attie ve Brooks-Gun, 1989). Yapılan bir araştırmada; ilköğretim, lise ve üniversitede öğrenim görmeye devam eden 675 öğrenci ile çalışılmıştır. Araştırma sonucunda; yaşları 13 ve 16 arasında değişen grubun, yaşları 22 ve 25 arasında değişen gruba oranla yeme bozukluklarının gelişmesi açısından daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (Batıgün ve Utku, 2006).

Yeme davranışı yalnızca fizyolojik fonksiyonların işlevlerini yerine getirmelerini sağlayabilmek ve biyolojik gelişim için gerekli değildir. Yeme davranışı anne ve bebek ilişkisinden başlayarak, tüm sosyal ilişkilerin meydana gelmesiyle ilişkilidir. Aynı zamanda çok çeşitli acı ve zevk verici deneyimler ile

ilişkilendirilmektedir. Fiziksel büyüme, nöral gelişim ve psikolojik olgunlaşma açısından çocukluk ve ergenlik dönemi sürecinde önemli değişimler meydana gelmesinin yanı sıra; yaşam boyu sürekliliği devam eden birtakım alışkanlıklar da bu dönemde yerleşebilmektedir. Sağlıklı olmayan yeme tutum ve davranışları bu dönemdeki ergenlerde görülen riskli durumlar arasındadır. Bireylerin yeme ve beslenme kavramlarına dair tutumları normal ve anormal yeme davranışları sergilemelerine neden olabilmektedir. Ergenlerin yeme davranışlarının sağlıklı ya da sağlıksız olmasını etkileyen birçok değişkenden söz edilebilir; kendi bedenlerine dair düşünceleri, inançları, kalıtsal etkenler, yaşam biçimleri ve alışkanlıkları gibi (Aslan ve ark., 2003).

Günümüzde bozulmuş yeme davranışları; klinik görünümü bakımından hızla yükseliş gösteren ve yordayıcı faktörleri kesinleştirilemediğinden uygun tedavi protokolü gerçekleştirilmediğinde, dramatik sonuçlara neden olabilen olası yeme bozuklukları tanısı öncülleridir. Bu anlamda yeme bozuklukları; yeme tutumlarına ilişkin tüm bozuklukları kapsayacak şekilde en geniş hali ile kullanılmaktadır (Toker ve Hocoğlu, 2009). Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde; motivasyonel, bilişsel, kültürel faktörlerin ve kişilerarası ilişkilerin muhtemel birleşiminden söz edilebilmektedir (Strauman ve ark., 1991). Beslenme düzeninde var olan bir bozukluk ya da yeme bozuklukları ile ilişkili tıbbi sonuçlar bu dönemlerde ortaya çıktığı takdirde; uzun vadede daha ciddi durumları beraberinde getirebilmektedir (Grange ve Lock, 2011). Bundan dolayı ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerindeki bireylerin yeme tutumlarını incelemek önemlidir. Ergenlik döneminde fiziksel ve bilişsel gelişimlerin belirgin hale gelmeye başlamasıyla; ergenler çeşitli bilişsel kazanımlar elde ederek, soyut olarak düşünme yetisine sahip olmaya başlamaktadırlar (Harter, 1999). Sosyal değerler konusunda farkındalık kazanmakla birlikte, zihinlerinde güzellik kavramı oluşmaya başlamaktadır (Dovey, 2010). Becker ve arkadaşlarına (1999) göre; yeme tutumu psikososyal boyutta incelendiğinde, bireyin yemeğe dair, kendi beden ağırlığına ve fiziksel görünüşüne yönelik birtakım inançlarının yeme tutumunda bozukluklara neden olabildiği ifade edilmektedir. Piaget'in formel operasyon olarak adlandırdığı dönem; hem dış dünya hem de benlik ile ilgili kuramların oluşumunu mümkün kılar. Fakat bu dönemde oluşturulan benlik yapısı, bütün olarak organize edilmemiştir ve benlik portresi içsel olarak tutarlı değildir. Bu nedenle benliğe yapılan atıfların da tutarlı olmaması olası

hale gelebilir (Harter, 1999). Ayrıca çoğu kadının yetişkinlik dönemlerindeki yeme örütülerinin, erken ergenlik dönemlerindeki yeme davranışlarının sonucu olduğu düşünölmektedir (Calam ve Waller, 1997). Ergenlik döneminde kişilerin kendi beden imgelerine dair inançları, normal olmayan yeme tutumları ve yeme davranışlarının meydana gelmesine neden olabilmektedir. Eğer bu durum ilerlerse; AN veya BN gibi yeme bozuklukları meydana gelebilmektedir. Yeme bozuklukları incelenirken; sadece normal olmayan yeme tutumları ve yeme davranışlarının göröldüğü dönem değil, bu duruma zemin hazırlayan önceki aşamalar da dikkate alınmalıdır. Çünkü bireylerin yeme ve beslenme ile ilgili tutumlarında meydana gelen bozulmalar, zaman geçtikçe süreklilik göstermekte ve yaşamlarının sonraki dönemlerinde meydana gelen yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (Calam ve Waller 1998). Herzog ve Eddy'e (2007) göre; AN'nın başlangıç yaşı için genellikle 13-14 ve 17-18 yaşları arasındaki gençler risk grubu oluşturmaktadır. BN'nın ise çoğunlukla geç ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde başladığı ifade edilmektedir (Wilfley ve Rodin, 1995).

Kugu ve arkadaşlarına (2006) göre; AN hastalarının dış görünüşlerindeki ciddi değışiklikler tanı koymayı kolaylaştıran bir etkenken, BN hastalarında durum daha karmaşıktır. Çünkü BN hastalarının normal kiloda veya normal kilonun biraz üstünde olmaları ve tedaviye karşı isteklerinin az olması tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Farklı tipteki problemlili yeme tutum ve davranışları ile yeme bozuklukları arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymayı amaçlayan "Yeme Bozukluğu Süreç Hipotezi" Nylander tarafından oluşturularak, Rodin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir kavramdır (Scarano ve Kalodner- Martin, 1994). Oluşturulan süreç hipotezine göre; yeme bozukluğu tanısı farklı olan bireyler, yeme davranışlarında farklılıklar olsa dahi aynı aşamalardan geçerek, benzerlik gösteren belli bir grup psikolojik özellik sergilemektedirler. Buna ek olarak; gruplar yalnızca sorunun sıklığı ve şiddeti ile ilgili farklılıklar göstermektedir (Scarano ve Kalodner-Martin, 1994). Bu amaçla farklı yeme problemlerinin bulunduğu, şiddetin kademeler halinde artarak devam ettiğı, aralarda belirtisiz (subclinical) formların yer aldığı bir "Yeme Hattı" oluşturulmuştur. Bunlar; "Normal, Ağırılık Endişesi, Kronik Diyet Yapan, Tıkıncasına Yiyen, Eşik Altı Bulimiya, Bulimiya" olacak şekilde sıralanmıştır ve zamanla bu hat üzerindeki farklı yeme problemleri yeme bozukluklarına dönüşebilmektedir (Pike ve Rodin 1991). AN'nın ise tür bakımından

değil, derece bakımından farklılık gösterdiği Williamson ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmalar ile ortaya konulmuştur (Akt. Perosa ve Perosa, 2004). Bu bakımdan yeme süreci; ergenlik döneminde de sıklıkla karşılaşılan kilo ile ilgili çeşitli kaygılar yaşama ve diyet uygulamaları ile başlayarak, ciddi yeme bozukluklarına kadar ilerleyen bir hat üzerinde değerlendirilirse daha uygun olabilir. Bu teorik yaklaşımlar ve gerçekleştirilen çalışmalar ile birlikte "Yeme Hattı" desteklenmiştir (Scarano ve Kalodner- Martin, 1994; Lowe ve ark., 1996; Gleaves ve ark., 2000). Yeme tutumları ve davranışları, yeme bozukluklarının meydana gelmesinde önemli rol oynayan sebepler olarak görülmeli ve yeme bozuklukları oluşmadan önce neden olan etkenlerin incelemesi amacıyla gerekli araştırmalar yapılmalıdır.

Bilişsel davranışçı kuram, yeme bozukluklarının gelişmesinin temelinde; kişilerin kendi bedenlerine ve kilolarına yönelik yanlış ve hatalı bilişlerinin var olduğunu ileri sürmektedir. Fairburn ve arkadaşları (2003), yeme bozukluklarının gelişmesinde kişilerin vücut ağırlıkları ve beden şekilleri üzerinde denetleme sağlayabilmek ile ilgili abartılı, yoğun ve kaygılı bilişlerinin etkili olduğunu bildirmektedir. Yeme bozukluklarını sürdüren etkenlerin ise; mükemmeliyetçilik, olumsuz duygulara karşı tolerans gösterememe, düşük özgüven ve sosyal iletişimde yaşanan güçlükler olduğunu ifade etmektedir. Fairburn'a (2008) göre; pek çok kişi kendisini değerlendirirken yaşamında var olan farklı alanlar üzerindeki performanslarını dikkate alırken, yeme bozukluğu olan bireyler kendi değerlendirmelerini yaparken; beden ağırlıkları ve beden biçimleri üzerinde abartılmış kontrol edebilme becerilerini dikkate almaktadırlar. Nitekim bu insanlarda; yeme, beden ağırlığı ve beden biçimi, zayıf olma ideali, kilo almaktan korkma ve diyet uygulamaları odak noktası haline gelmektedir. Düzene sahip olma arzusu ve mükemmeliyetçiliğe karşı eğilimin olması gibi faktörlerin etkisiyle; yeme bozukluğu olan kişiler kendilerini yeme konusunda oldukça kısıtlayarak, kilo alma kaygılarını azaltmaya yönelik davranışlar sergileyebilirler (Dovey, 2010). Kilo verebilmek için çaba gösterme, kendini aç bırakma, zayıflamak için egzersiz yapma ve kusma davranışlarının yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Özmen ve ark., 2007). Sâchez-Carracedo ve arkadaşları (2012), Amerika Birleşik

Devletleri'nde kilolarını kontrol altında tutabilmek amacıyla her ay kız ergenlerin %6'sının; erkek ergenlerin ise %2,5'inin kusma davranışı sergilediklerini ya da laksatif ilaçlar kullandıklarını ifade etmektedir. Mintz ve Betz'in (1988) yaptıkları araştırmada; katılımcılarını üniversite öğrencilerinin oluşturduğu örnekleme diyet uygulamalarını günde bir veya daha fazla gerçekleştirme oranının %82; tıknircasına yeme sorunu yaşayanların oranının %38; kilo kaybedebilmek için çeşitli uygulamalar (örn. kendini kusturma, diüretik ilaçlar ve laksatif ilaçlar kullanmak) yapanların oranının ise %33 olduğu tespit edilmiştir.

Özellikle ergenliğin erken dönemlerinde sağlıklı ve dengeli beslenmeye ihtiyacı olan ergenler; görüntülerine oldukça önem vermekte, beslenme öğünlerini atlayabilmekte ya da fast-food tarzında işlenmiş, düşük kalitede besinleri tüketme eğiliminde olabilmektedirler (Surlu ve Özcebe, 2002). Geller ve arkadaşlarının (2000) gerçekleştirdikleri bir çalışmada; ergenlerin beslenme alışkanlıklarına yönelik önemli problemler yaşadıkları, bilinçsizce besin tükettikleri ve yeme bozukluklarının gelişmesinde beden algıları, cinsiyet rolleri gibi psikolojik faktörlerin ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Templeton (2005) tarafından yapılan araştırmaya göre; ergenlerin içeriğinde yüksek oranda yağ ve şeker barındıran işlenmiş, hazır yiyecekleri ve karbonhidrat içeren meşrubatları tüketme oranları artış göstermektedir. Gerçekleştirilen bir araştırmaya göre; yaşları 10 ve 18 arasında değişen çocukların gazlı içecek tüketme oranının %59; şeker ve çikolatalı ürünler tüketme oranının %32; patates cipsi ve benzeri yiyecekler tüketme oranının ise %15,4 olduğu ifade edilmektedir (Yaşar ve ark., 1999). Gerçekleştirilen diğer bir araştırmada; yaşları 11 ve 17 arasında değişen 638 ergen katılımcı ile çalışılmıştır. Ergenlik dönemindeki erkeklerin, kızlara oranla yeme alışkanlıklarının daha riskli olduğu saptanmıştır. Ayrıca; erkeklerin kızlara oranla daha fazla yağ ve şeker içeren besinler tüketmeyi tercih ettikleri tespit edilmiştir (Demirezen ve Coşansu, 2005). Düzenli olmayan öğünler, öğün aralarında sağlıksız, besin değeri düşük atıştırmalıklar, dışarıda yemek yeme ve fast-food türünde yeme alışkanlıkları ergenlik döneminde sık gözlemlenen durumlardır. Ergenlerin öğünleri atlama eğilimleri olabilmektedir. Ergenler arasında özellikle kahvaltı ve öğle öğünlerini atlama davranışları gözlemlenmektedir. Bunlara ek olarak; kızların erkeklere oranla daha fazla öğün atladıkları bildirilmektedir (MEB, 2004). Kentsel bölgede yaşayan, lise birinci sınıfta öğrenimine devam eden öğrencilerin yeme davranışlarının incelendiği bir araştırmanın bulgularına göre;

ergenlik dönemindeki kızların öğün atlama oranı %85,2 iken, erkeklerde bu oran %76,7'dir. En sık atlanan öğünün ise %45,6 ile kahvaltı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kızların %47,8'i, erkeklerin ise %17,8'si kendilerini olduklarından daha kilolu algıladıklarını ifade ederken; kızların %36,7'si, erkeklerin %7,5'i diyet uyguladıklarını bildirmiştir (Türk ve ark., 2007). Kız lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; yeme alışkanlıkları ve beden algılarını etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Kahvaltı öğününü atlayanların %14,5; öğle öğününü atlayanların %5,9; akşam öğününü atlayanların ise %3,9 olduğu tespit edilmiştir. Öğünler arasındaki atıştırmaların oranının ise %99,4 olduğu bildirilmiştir (Demir, 2006). Ergenlerin sağlık açısından sergiledikleri riskli davranışları tespit etmeyi amaçlayan bir çalışmaya lise öğrencileri katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; öğrencilerin %23'ünün kendilerini obez olarak algıladıkları, %48'inin ise son bir aylık zaman diliminde kilo vermeye çalıştıkları bildirilmiştir. Öte yandan; kendilerini obez olarak nitelendiren kızların üçte ikisinin normal kiloda oldukları ifade edilmiştir (Kara ve ark., 2003). McCabe ve Ricciardelli'ye (2003) göre; yeme bozuklukları olan kızların, daha az kabul gördüklerini düşündükleri ve eleştirildiklerini ifade ettikleri bildirilmektedir. Birmingham ve arkadaşları (2005), yeme bozukluklarının özellikle genç kızlarda önemli sağlık sorunlarına neden olduğunu ve ölümlere kadar gidebildiği ifade etmektedir. Bu nedenden ötürü, önem teşkil eden bu bozuklukların tanı kriterlerini ve alt tiplerini incelemek yerinde olacaktır.

2.2. Yeme Bozuklukları

Yaşam koşullarının değişiklik göstermesi, yemek yemeye ayrılan zamanın azalması, hazır ve hızlı tüketilen yiyeceklerin artması, yemek yerken başka işlerle uğraşılması, beslenme alışkanlıkları ve yeme tutumlarının değişmesine yol açmıştır. Yeme alışkanlıklarının değişmesiyle birlikte yeme problemleri psikolojik ve fizyolojik sorunlara yol açabilmektedir. Bireylerin fiziksel olarak zayıf olma arzusunun ön planda olması ve bunun doğrultusunda beslenme alışkanlıklarında bozulmalar görülmesi yeme bozuklukları olarak tanımlanmıştır. (Troisi, Massaroni and Cuzzularo, 2005).

Yeme bozuklukları ölümcül sonuçlara yol açabilen bir bozukluktur. İstatistiksel raporlara bakıldığı zaman son 30 senede anoreksiya hastalığına sahip bireylerin %25'lik kısmının ölümle sonuçlandığı görülmektedir. Buna ek olarak %40'ı

düzelmede, %25'inin hastalığı aynı şekilde devam etmekte, geri kalanıysa hafif semptomlar ile yaşamaktadır (Maner, 2001).

Yeme bozukluğuna sahip kişilerde göze çarpan ortak noktalar, bedenlerinin kilosu üzerinde aşırı bir şekilde kaygı duyma, normal dışı yeme alışkanlığına sahip olma ve beden imajında önemli bir şekilde görülen çarpıklıklardır (Koroğlu, 2009).

2.2.1. Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa

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

2.2.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa toplumda sık olarak görülen bir rahatsızlık değildir ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Cinemre ve Kulaksızoğlu (2007)'ye göre her 20 kadına karşı sadece 1 erkek anoreksiya nervosa hastasıdır. Anoreksiya Nervosa birçok hastalıkla eş zamanlı olarak görülebilmektedir. Bunlardan en göze çarpanları depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007).

Anoreksiya nervozanın bedene birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. İlk olarak yemek alım miktarının ciddi miktarda azalmasına bağlı olarak, ilerleyen dönemlerde iştah azalmaları görülmektedir. Kadın hastaların menstrual döngüleri yavaş yavaş azalmaya başlayarak ileri dönemlerde ortadan kalkar. Hastaların yemek yeme davranışları da anormallik göstermektedir, tabaklarındaki yemekleri çok küçük parçalara bölerek yemektirler. Aşırı kilo kaybının olumsuz getirisi olarak hastalarda; ödem, hipotansiyon, çok incelmış saç yapısı ve bradikardi gözlenmektedir. İntihara ve tıbbi komplikasyonlara bağlı olarak %18 gibi bir ölüm oranı bulunmaktadır (Köroğlu, 2009).

2.2.1.2. Bulimia Nervozası

Bulimia nervozası olan bireyler anoreksiya nervozası olan bireylerden farklı olarak, çoğunlukla normal olarak ifade edilebilecek kilolara sahiptir. Bu yüzden ölüm oranı açısından hastalar karşılaştırıldıklarında anoreksiya nervozası hastalarında ölüm oranı bulimia nervozası hastalarına oranla bir hayli yüksekte görünmektedir. Bulimik hastalar aşırı yeme davranışlarının ardından durumu telafi edecek davranışlarda bulunup kilolarını kontrol etme amacı taşımaktadırlar (Butcher, Mineka, Hooley, 2008,).

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

2.2.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun DSM-V tarafından resmi olarak kriterleri oluşturulmamıştır. DSM-V’de başka türlü yeme bozukluklarının bünyesinde açıklanıp, önerilen tanı ölçütleri arasındadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalar tıpkı bulimia nervosa hastaları gibi tıkınırcasına yeme davranışlarında bulunmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hasta grubu anoreksiya nervozası ve bulimia nervozadan farklı olarak gençlik döneminde olan hastalarda değil 30 ve

50 yaş grubu arasındaki hastaları kapsamaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hasta grubu kilolu veya obez kategorisine girmektedir (Butcher et al. 2008).

Fairburn'a (2008) göre tikanırcasına yeme bozukluğu, düşünce yapısına bağlı bir bozukluktur ve kişi kendisi ve bedeni ile ilgili olumsuz düşünceler geliştirir. Bu düşünceleri nedeniyle mutsuz olan kişi daha fazla yer ve yeme davranışı ile ilgili kontrolü kaybettiği için mutsuzluğu sürer ve bu bir kısır döngüye dönüşür.

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

2.2.3. Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı

Yeme bozukluklarının varlıkları öteden beri bilinmektedir. Özellikle son 30 yılda bununla ilgili bu bozukluğa olan ilgi artmıştır. Bu ilginin artması, hastalığın görülme sıklığı ile paralel gitmektedir (Wakeling, 1996).

Anoreksiya Nervozaya bakıldığında, yaşam boyu prevalansının % 0.5 olarak belirlendiği görülmektedir (APA, 2014). Hoek ve Hoeken (2003), özellikle genç kadınlarda Anoreksiya Nervozaya görülme oranının %0.3 civarında olduğunu belirtmektedir. Bu noktadan hareketle Anoreksiya Nervozaya yönelik tutum ve davranış gösterenlerin cinsiyet değişkenleri incelendiğinde, hastalığın görülme sıklığında %20 gibi bir oranın kadınlardan, % 10 gibi bir oranın ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir (Nelson, Hughes, Katz ve Searigh, 1999). Bir başka ifadeyle kadınlarda AN görülme oranı erkeklerinkinin iki katıdır.

Bazı kaynaklar anoreksik vakaların %5-10 arasındaki bir oranının erkeklerden oluştuğunu söylese de, Yalom bu oranın %2 gibi bir orandan yukarı olmadığını ileri sürmektedir (Werne ve Yalom, 1996).

Türkiye' de anoreksiya nervozaya görülme oranının cinsiyet bağlamında bakıldığında ise; Kocabaşoğlu (2001)' na göre bütün toplumlarda Bulimia Nervozaya görülme oranı %1 gibi bir oranken, DSM IV TR 'ye göre kadınlarda bulimia

nervozanın yaygınlığı yaklaşık olarak %1- 3 arasında yer almaktadır. Erkeklerde ise bulimia nervozanın ortaya çıkma oranının, kadınlarınkinin yaklaşık onda biri kadar olduğu bilinmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Garfinkel ve ark. (1995) bulimia nervozanın yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %1.1, erkeklerde ise %0.1 olduğu belirterek bu görüşü desteklese de, Pyle ve ark. (1983) bulimianın görülme oranının kadınlarda %4.5 ve erkeklerde % 0.4 ile çok daha yüksek bir oranda olduğunu ileri sürmektedir.

Klinik ve toplum örneklemi de Bulimia Nervozaya tanısına sahip bireylerin %90 gibi büyük bir oranının kadınlardan oluştuğunu belirterek, Amerikan Psikiyatri Birliği, (2001) bulimia nervozanın daha çok kadınlarda görülen bir bozukluk olduğunu vurgulamaktadır.

Türkiye’ de yapılan çalışma sonuçları da bu bilgileri destekler niteliktedir. Türkiye’de yeme bozukluğu çeşitlerinin görülme oranına bakıldığında, yapılan bir araştırmada Bulimia Nervozaya oranı %1.57 olarak tespit edilmişken, bu oranın tamamını kadınların oluşturduğu görülmektedir (Kugu, Akyüz, Doğan, Ersan ve İzge, 2006).

Sonuç olarak genel yaygınlığa bakıldığında Türkiye’de pek çok farklı ülkede yeme bozukluklarının erkeklere oranla kadınlarda çok daha yaygın olarak görüldüğü bilgisine ulaşılmaktadır (Garfinkel ve ark.,1995, Kavas,2007, Baş ve ark. ,2004, Ortaçgil, 2009). Literatüre bakıldığında genelde yeme bozukluğuna dair araştırmaların katılımcılarının ergenler ve üniversite öğrencilerinden oluştuğu görülmektedir (Baş ve ark., 2004; Edman ve Yates, 2004; Kirk, Sing ve Getz, 2001; Nelson ve ark., 1999).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’ de de benzer şekilde ergenlerde ve üniversite öğrencilerinde yeme bozuklunu araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır.(Altuğ, Elal, Slade ve Tekcan, 2000; Canpolat, Örsel, Akdemir, & Özhay, 2005; Erol, Toprak, &Yazıcı, 2006; Kuğu et al., 2006). Bu örneklem grubunun seçilmesinde, kolay ulaşılabilir olmasındaki rahatlığın dışında, yeme bozukluğu görülme yaygınlığının genel olarak bu yaş dönemini kapsamı faktörü yer almaktadır (O'Dea, 2002).

Anoreksiya Nervoza'nın en yaygın 15 - 19 yaş arası, Bulimia Nervoza'nın ise en yaygın 14 - 20 yaş arası görüldüğü bildirilmektedir (Hoek ve Hoeken, 2003). Hastalığın bu yaş döneminde görülen yaygınlığı; ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde sosyal çevreye kendini kanıtlama savaşının dış görünümü ile gerçekleştirilmeye çalışılmasına (Ertas, 2006) paralel olarak, bu dönemde diyetle dair meşguliyetin artmasının sonucu ile açıklanmaktadır (Hausenblas ve Mack, 1999).

Bunlara ek olarak yeme bozukluğunun sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde yaygın olduğu ileri sürülmektedir (Lindberg ve Hjen, 2003). Buna paralel şekilde Kocabaşoğlu (2001) ve Ortaçgil (2009) hastalığın Türkiye' de de orta ve yüksek gelir gruplarında daha sık görüldüğünü belirtmektedir.

2.2.4. Yeme Bozukluğunun Nedenleri

2.2.4.1. Genetik Yatkınlık

İkiz çocuklar ve aileler arasında yapılan çalışmalar yeme bozukluklarının aileden aktarılabilirliği görüşünü kanıtlar nitelikte olmuştur. Komorbidite açısından incelendiğindeyse genetik faktörlerin, kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve madde kullanımına bağlı bulimia nervoza durumlarında etkili olduğu bilinmektedir (Kuruoğlu, 2000).

Kendler ve ark (1991), bulimia nervoza gelişiminde genetik etkenlerin etiyolojisini araştırmışlardır. Ortaya çıkan sonuçlara göre; bulimia nervoza monozygotik ikizler arasında %22,9 oranında görülmektedir. Dizigotik ikizlere bakıldığında ise bulimia %8,7 oranında görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarından, genetik faktörlerin bulimiayı etkileme derecesinin ne kadar güçlü olduğu görülmektedir. Bu araştırma ile beraber her 25 kadından 1 tanesinin, yaşamlarının bir döneminde bulimik semptomlar ya da bulimia yaşadığı ve bu durumu belirleyen güçlü etmenlerden bir tanesinin genetik etmenler olduğu ortaya çıkarılmıştır (Kendler et al. 1991).

Yapılan bir başka çalışmada ise anoreksiya nervoza ve bulimia oranlarının belirlenmesi için hastaların sağlıklı akrabaları ve birinci dereceden tanı konulan yakınları incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sağlıklı akraba grubundaki

anoreksiya nervoza oranları çok düşük çıkmıştır. Fakat akrabalarına daha önceden tanı konmuş grupta bulunan kadınlardaki anoreksiya nervoza riski %11,3 ve %12,3 oranında olmuştur. Kontrol grubunda bulimia nervoza oranı anoreksiya nervoza oranına göre daha fazla görülmüştür. Akrabaları daha önce tanı almış grupta bulimia nervoza görülme oranı ise 4,2 ve 4,4 oranında olmuştur. Bulgulardan elde edilen bilgiler anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın aileden gelen rahatsızlıklar olduğu hipotezini kanıtlamaktadır (Strober ve diğer., 2000).

Yeme bozuklukları konusunda bireyin üst soylarından kalıtım yoluyla aktarılan genetik etkenlerin ve yetiştiği çevre, aile ortamı gibi çevresel etmenlerin zaman zaman ayırt edilebilmesi zor olmaktadır. Örneğin farklı kültürlere ait insanların farklı yeme alışkanlıklarına sahip olmasına rağmen, bu farklı kültürlere ait çocukların aynı yeme davranışına sahip olması gözlemlenen bir durumdur. Yeme bozukluklarının genetik faktörler ile araştırılması konusundaki bilimsel çalışmalar devam etmektedir. Fakat bahsedilen diğer çalışmalardan da görüleceği gibi genetik faktörler, yeme bozuklukları üzerinde büyük etkiye sahiptir (Ertaş, 2006).

Pek çok çalışmada görülen sonuçlara göre bulimia nervozası olan kişilerin birinci dereceden yakınlarının da bulimia olmasının yanında, buna ek olarak hastalarda madde bağımlılığı ve duygu durum bozukluğu da görülmektedir. Anoreksiya nervozası olan kişilerde de aynı şekilde bu rahatsızlık akrabalarda da bulunmakta ve özellikle tıknırcasına yeme-çıkartma tarzında anoreksiya nervozası olan kişilerin ailelerinde duygu durum bozuklukları da fazla olmaktadır (APA, 2014).

2.2.4.2. Mizaç

Yeme bozukluklarına etkisi olan bazı genlerin, belli mizaç özellikleri ile ilişkisi vardır. Mizaç doğuştan gelmektedir ve yemek bozukluklarından önce de, bozukluk iyileştikten sonra da var olmaktadır (Wade ve Bulic, 2007; Wilksch, 2009). Nörotizm (aşırı duyarlılık ve duygusal dengesizlik) (Cervera et al., 2003), obsesif düşünce, mükemmeliyetçilik, ödül ve cezaya duyarlılık, acıdan kaçınma, özellikle bulimia nervozadaki dürtüsellik, anoreksiya nervozadaki aşırı ısrarcılık ve katılık gibi özellikler, yeme bozukluğuna sahip kişilerin ortak mizaç özellikleri arasındadır

fakat bu özellikler, yeme bozukluğu olmasa da var olabilmektedirler (Tyrka et al. 2002; Klump et al, 2004).

2.2.4.3. Biyolojik Yapı

Yeme bozukluğuna sahip sağlıklı kişilerde bile yemek ile alakalı nörotizmi, anksiyeteyi, depresyonu ve obsesif davranışı tetikleyebilen yarı açlık halinin, açlık döngüsünü sürdürdüğü görülmüştür (Keys et al, 1950). Öte yandan beyin görüntüleme çalışmalarında, yeme bozukluğuna sahip kişilerin, yeme bozukluğuna neden olan beyin döngüsünde değişiklik olduğu görülmüştür (Kaye et al., 2011; Kaye, 2008). Bu farklılıklar anoreksiya nervozaya sahip olan insanların iştahlarının nasıl ketlendiği, tıkanırcasına yeme bozukluğuna sahip insanlarınsa acıktıkları zaman aşırı yemek yemeyi nasıl durduramadıkları ve bulimia nervozaya sahip insanların dürtülerini nasıl kontrol edemedikleri gibi konuları açıklama konusunda yardım edebilirler.

2.2.4.4. Travma

Cinsel veya fiziksel istismar gibi travmaya neden olan olaylar, zaman zaman yeme bozukluğu ortaya çıkmasına neden olabilirler (Dansky et al., 1997; Innis, Steiger and Bruce, 2011; Reyes Rodriguez et al., 2011). Travma geçiren mağdurlar sık sık kontrolünü kaybetme, bedensel hoşnutsuzluk, suçluluk ve utanç hissi yaşamaktadırlar. Yeme bozukluğu, bireyin yoğun duygularla başa çıkma şekli veya yeniden kontrolünü kazanma konusunda yaptığı bir girişim şeklinde de olabilmektedir. Bazı durumlarda yeme bozukluğu, travmatik olay yüzünden kendisini cezalandırma ifadesi şeklinde de görülebilmektedir. Yeme bozukluğuna sahip olan kişilerin neredeyse yarısı, travmatik bir kaynağı olan bozukluklar ile başa çıkmaya çalışıyor olabilirler.

2.2.4.5. Başa Çıkma Becerisi

Yeme bozukluğuna sahip olan kişiler, genelde olumsuz deneyimleri tolere ederken yeterli beceriye sahip olamamaktadır. Aşırı egzersiz, tıkanırcasına yeme, kusma ve sınırlama gibi davranışlar genelde travma, depresyon, anksiyete, düşük benlik kaygısı veya çatışma gibi duygusal bir acıya tepki şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Pozitif başa çıkma becerileri eksik olduğunda yeme bozukluğu

davranışları, akut bir rahatlama sağlayabilmektedir fakat psikolojik ve fiziksel zararları da olabilmektedir. Bu davranışlar, problemi çözmek yerine duygusal düzensizliklerin bulunduğu tehlikeli bir döngüye hizmet etmektedir (Bloks et al. 2004).

2.2.4.6. Aile Yapısı

Aile yapısı, yeme tutumları ve yeme bozuklukları üzerinde etkili olmaktadır. Bu iki olgu, araştırmacıların dikkatini çekmektedir ve bu yüzden konu üzerinde çok sayıda araştırma yapılmıştır. Aile yapısı ve yeme tutumları arasında bulunan ilişkiyi inceleyen bir araştırmada yeme tutum testindeki puanları yüksek olan öğrencilerin %38,9'unun annelerinin aşırı koruyucu tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir. Ayrıca bu öğrencilerin yarısının babalarında da aşırı koruyucu tutumları olduğu ortaya çıkmıştır (Toker, 2008).

Ayrıca, psikodramayla farmoterapinin anoreksiya nervozayı tedavisini inceleyen bir çalışmada, anoreksik hastanın ailesinden etkilenerek hayatı boyunca fiziksel güzelliğine aşırı bir şekilde önem verdiği, annesi ile olan bağlanma ilişkisinin yeteri kadar kurulamadığı, yapılan çalışmalar sırasında belirlenmiştir. Bu çalışmalar, hastanın iç görü kazanmasını sağlayarak, hastanın tedavi için işbirliği yapmasına yardım etmiştir (Özdel ve diğer., 2003).

Yeme bozukluğuna sahip hastaların genellikle aile geçmişleri olumlu değildir. Bu hastaların ailelerinde yeme bozukluklarına, alkol bağımlılığına, anksiyeteye, depresyona ve aile içi çatışmalara sık sık rastlanmaktadır. Ayrıca yeme bozukluğuna sahip hastalar, ailelerin onlardan fazla başarı beklemediklerini, anlayışlı olmadıklarını ve fazla eleştirel davrandıklarını belirtmektedir (Toker ve Hocaoğlu, 2009). Ergenlik ve çocukluk dönemlerinde yaşanan travma, yeme bozukluğu riskinde artışa neden olmaktadır. Travma geçmişi, özellikle bulimik hastalarda görülmektedir (Ağırman ve Maner, 2010). Yeme bozukluğu gösteren hastaların ailelerinden algıladıkları baskıcı ve kontrolcü tutumlar, onları özerklik duygusundan yoksun bırakmaktadır (Köroğlu, 2009).

Anne baba tutumlarına bağlı bir şekilde de ortaya çıkabilen yeme bozuklukları, çocuklukta başladığında, zaman içerisinde farklı biçimlere dönüşebilir. Çocuklukta görülen aşırı yeme, belli yiyeceklere takılıp kalma, az yeme ya da yemek

seçme zaman içerisinde yok olabilir veya ergenlik dönemine doğru yeme problemleri haline gelebilir. Obezitenin ortaya çıkmasında anne-babaların tutumları çok etkili olmaktadır. Ebeveynlerin çocuğun dış görünüşüyle alakalı yorumları, çocukların psikolojik süreçlerini ve beden imajını etkilemektedir (Schwartz, 1988).

2.2.4.7. Sosyokültürel Etkenler

Yeme bozukluğunun ortaya çıkmasındaki en önemli faktör, toplumun özellikle kadınları zayıf olmaları konusunda yönlendirmesidir. Şişman insanlar zayıf karakterli, güçsüz ve kontrolsüz olarak anılmakta ayrıca çekici bulunmamaktadır. Dış görünüşün de insanlar arasında bu denli önemli olması, insanları daha formda olmaları konusunda zorlamaktadır. Medyanın da bu konuda insanlar üzerindeki etkileri oldukça fazladır. Başarılı insanların medyada zayıf ve güzel bir şekilde sunulması da günümüzdeki yetişkinler ve gençler üzerinde baskı oluşturmaktadır (Ertaş, 2006).

Endüstrileşmiş toplumlarda yeme bozuklukları daha sık görülmektedir. Örneğin anoreksiya nervoza genelde Avustralya, Avrupa, Japonya, Kanada ve ABD’de daha fazla görülmektedir. Diğer kültürlerde de az da olsa görülmektedir. Kültürün ideal vücut kavramına, yeme alışkanlıklarına ve yeme tutumlarına yükledikleri anlam, o toplumda anoreksiyanın görülme ihtimalini etkilemektedir. Bulimia nervoza da yine aynı şekilde gelişmiş toplumlarda görülmektedir. İki bozukluk da kadınlarda daha fazla ortaya çıkmaktadır (APA, 2014).

2.2.5. Psikanalitik Açıdan Yeme Bozuklukları

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

Kohut’a (1971) göre, erken dönemde yaşanan kendiliğin parçalanması ve çözülmesine ilişkin korkunun tekrar etmesi nedeniyle ergenlikte yoğun stres yaşanır. Ergen bu korku ile başa çıkabilmek için çocukken olduğu gibi kendilik nesnesine ihtiyaç duyacaktır. Socarides ve Stolorow’a (1984) göre çocuğun kaygıya tahammülü

ve kendini yatıştırma becerisine sahip olması, kendilik nesnelere sahip olmasının çocuğun duygulanımına uygun cevap vermesi ile mümkün olur. Ergenler kendilik nesnesine ilişkin ihtiyaçlarını genellikle yaşlıları ile giderirler. Bu ihtiyaçları karşılanmadığında ihtiyaçlarını başka kaynaklar, örneğin yemek, madde ve alkol arayarak karşılarlar. Goodsitt'e (1985) göre, kendiliğin gelişimi iki ana ihtiyacın karşılanmasıyla sağlanabilir: Yüceleştirme ihtiyacı ve benliğin büyülenmeciliğinin aynalanması. Gelişim sürecinde bu ihtiyaçların karşılanmaması psikopatolojinin oluşumuna sebep olur. Anoreksik kişiler yaşamsal ihtiyaçlarını reddederek ve yemek yemeyerek büyülenmeciliğin aynalanması ihtiyacını karşılar. Kişi açlığa karşı koyabildiği için bunu doğaüstü bir durummuşçasına yaşar ve kendisini tüm güçlü hisseder. Bulimiada ise kendilik nesnesinin yüceleştirilmesi ihtiyacı söz konusudur. Kişi kendilik nesnesinin şefkatini ve sevgisini ister. Kendi değerlerinin oluşabilmesi için yüceleştirmeye ihtiyaç duyar. İhtiyaçlarını kendilik nesnesinden karşılayamayınca yemeği içine alarak bu ihtiyacını karşılamaya çalışır. Diğer yandan kendilik nesnesinin yüceleştirilmesi ondan ayrılmayı da gerektirdiğinden kişi kendilik nesnesinden ayrı olduğunu hissedebilmek için kusar ve içe aldıklarını dışa atar (APA, 2014).

Parman (2003) anoreksiklerin yemeyerek bedenlerinin gelişimine engel olduklarını ve bir çocuğun bedenine sahip olduklarını, bu şekilde de cinsel gelişimlerini durdurduklarını ve hemcinsi ebeveyninin de cinselliğini çalmamış olduklarını ileri sürmüştür. Hogan (1992) ergenlik döneminde libidinal dürtülerin artmasıyla bilinçdışı çatışmaların da arttığını, kişinin erken döneminde yaşadığı ödipal çatışmanın olanca şiddetiyle ergenlikte tekrar ortaya çıktığını bildirmiştir. Ona göre, ergen bu çatışmaların yarattığı kaygıyı yatıştırabilmek için dürtüsel baskıyı yücelterek doyum bulmaya çalışır. Cinselliğe ve bedene olan vurgunun artması ergenlikteki ödipal çatışmanın şiddetini artırır ve bu çatışmalarla başa çıkamayan ergen arzularına engel olmazsa ve doyumuna ulaşırsa bu sefer de nesneyi yok edeceğini düşünür. Nesneye sahip olduğunda nesneden çalma hissi yaşayan kişi nesneye sahip olmayarak aslında nesneyi tehdit etmemiş ve kaygısını da azaltmış olur. Bu semptomlar yeme bozukluklarında çatışmaya karşı bir uzlaşma yolu olarak karşımıza çıkar (aktaran: Fairburn, 2008).

Nesne ilişkileri kuramına göre, preoedipal dönemde anneye olan sembiyotik bağ, yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Klein (1948) erken dönemde, çocuğun anneye karşı sevgi ve nefret duyduğunu, nefret duygusunun yıkıcılığını anneye yansıttığını, annenin de kendisine zulüm edeceğinden korktuğunu bildirmiştir. O'Donnell'a (2005) göre, yeme bozukluğu olan kimseler erken dönemde yaşadıkları yoğun zulüm endişesini yemeğe yansıtırlar. Yemeği içe almama, içteki nesneyi korumaya çalışmalarıyla ilgilidir. Kız çocuğunun ergenlikle birlikte bedeni kadın bedenine yani annenin bedenine daha çok benzemeye başlar. Kız çocuğunun anneden ayrışmama, onunla bütün olma ve yenilip yutulma endişesini yoğun olarak tekrar yaşamasına sebep olur. Kız çocuk için bu bir tür yok olmadır. Çocuk yemeyerek anneden ayrı varlığını ortaya koyar. Brough'a (2004) göre, kız çocuk bir yandan kendi varlığını ortaya koyarken diğer taraftan yemeyerek bendeni üzerinden annesinin bedenine zarar vermiş olur. Charles'a (2006) göre bu çatışmalar söz öncesi dönemde yaşandığından çocuk tarafından anlamlandırılmaz ve çatışma bedende ifadesini bulur (aktaran: Uluhan, 2014).

Babanın, annenin arzu nesnesi olmasının, bebeği annenin arzuladığı tek nesne olmaktan çıkarma görevi bulunmaktadır. Bu sayede anne ile bebek arasındaki sembiyotik ilişkide ayrışma söz konusu olabilir ve bebek ancak babanın varlığına rağmen annesi ile ilişkisinde kendini güvende hisseder. Baba, varlığı ile anne-bebek arasındaki ilişkide, üçüncü kişi olarak anne ve bebek arasında mesafe oluşturur. Winnicott (1971) annenin bebeğin ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilmesinin ve tutunma sağlayan bir ortam verebilmesinin bebeğin sağlıklı gelişimi için gerekli olduğunu bildirmiştir. Bu sağlanamadığında, çocuğun bedensel ve ruhsal olanı anlamlandıramayacağını, ikisi arasında sınır çizemeyeceğini ileri sürer. Jones'a (1985) göre, anne çocuğun kendisinden ayrılmasına izin vermediğinde ya da ihtiyaçlarını karşılama konusunda fazla sorun yaşadığında çocuk, kendisi ve diğeri arasında sınır çizmede ve iç dünyasında sağlıklı temsiller oluşturmakta zorlanır. Yeme bozukluğu yaşayanlar da kendileri ve öteki, iç ve dış, ruhsal ve bedensel olan arasındaki sınırları çizmekte zorlanır, dış dünya ile ilişki kurmak yerine ruhsal yatırımlarını bedenlerine yaparlar. Onlara göre kişi, birey olabilmek ve gelişmiş nesne ilişkilerine sahip olabilmek için geçiş nesnesi olan bedeninden vazgeçebilmelidir (aktaran: Ertaş, 2006).

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

2.2.6. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi

Yeme bozuklukları psikopatolojik olarak ele alındığında vücut şeklinin ve ağırlığının aşırı şekilde değerlendirildiği, kişinin kendisi ile ilgili temel negatif inançlarını yansıtan bilişsel içerik ön plana çıkmaktadır. Bu durum bilişsel davranışçı açıdan, kişinin kendi vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri ya da işlevsel olmayan varsayımları ile kendisini gösteren temel olumsuz inançlarıdır (Fairburn, 2008).

Yeme bozuklukları geliştiren insanlar mükemmelliği arzulamakta ve buna bağlı olarak da hem kendilerinden hem de çevrelerinden yüksek beklentiler inşa etmektedir. Fiziksel olarak zayıf olmak çabası da mükemmel olma girişimlerinin en önemli parçasıdır. Eğer şişmanlarsa ve çevrelerinden bu konuda negatif bir geribildirim alıyorsa bu durum onları yeme bozukluğu geliştirmeye elverişli hale getirmektedir. Yeme bozukluğu geliştiren insanların mükemmeliyetçi tutumlarının

yanı sıra benlik saygılarının da düşük olduğu bilinmektedir. Hastalar ayrıca kontrol duygularını ellerine geçirdiklerin de ancak huzur bulabilmektedirler. Yeme bozukluğu geliştiren hastaların ayrıca kimlik algılarının da düşük olduğu bilinmektedir. Ergenlik döneminden itibaren sosyalleşme davranışlarını dış görüşlerine sığınarak sergilerler (Ertaş, 2006).

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

Bireyin bedeniyle ilgili memnuniyetsizliği, kilosu ve beden ölçüsü konusunda endişeleri olabileceği gibi, duygu durumuyla da alakalı olabilmektedir. Bu endişeler daha çok vücut ağırlığı ve şekliyle alakalı tutumları veya aşırı olan değerlendirmeleri kapsamaktadır (Fairburn, 2008; Cooper and Fairburn, 2001).

2.2.7. Yeme Tutumları İlgili Araştırmalar

2.2.7.1. Yeme Tutumu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Humphrey'in (1989) araştırmasında, yeme bozukluğu görülen hastaların aileleri ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulmuştur. Yeme bozukluğu görülen hastaların aile ilişkilerinde yüksek düzeyde kendini koruma bulguları elde edilmiş; destek olmanın ve yaklaşmanın ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Yeme bozukluklarının görülme sıklığı, dağılımı ve bunları etkileyen nedenlerin incelendiği bir araştırmada, yeme bozukluğunun görülme sıklığının kadınlarda %1 ile %20 arasında değiştiği belirtilmektedir (Connors and Jonson, 1987). Son dönemlerde yapılan bir çalışmada ise bu sayı %15.4 olarak tespit edilmiştir. (Russell and Ryder, 2001).

Yeme bozukluğuna ilişkin ilginin devamlı artması, yapılan çalışmaların sıklığını da arttırmaktadır. Yeme bozukluğu ile mizaç özelliklerinden (Worobey,

1999), kültürler arası boyutların belirlenmesine (Yager and Smith, 1993; Shroff and Thompson, 2004),madde kullanımından (Stock et al., 2002), intihar davranışları ile olan ilişkisine (Youssef et al., 2004) kadar oldukça geniş bir çerçevede ele alınmaktadır.

Yeme bozukluklarına ilişkin çalışmalar daha çok kadınlar üzerine yoğunlaşmıştır. Bu hastaların normal bireylerle karşılaştırıldıklarında daha fazla öfke atakları yaşadıkları (Fassino et al., 2001), öfkelerinin daha çok statik öfke olduğu (Waller et al., 2003), yeme bozukluğu tanısı olan kadınların ise yüksek oranda bastırılmış öfkeye sahip oldukları belirtilmektedir. (Geller et al., 2000; Waller et al., 2003).

2.2.7.2. Yeme Tutumu İle İlgili Türkiye’de Yapılan Araştırmalar

Ülkemizde yeme tutumları ile ilgili araştırmalar, diğer birçok ülkeye kıyasla son 20 yılda artış göstermiştir. Ülkemizin hem batı hem de doğu kültürüne sahip bir ülke olması sebebiyle, yeme bozukluğunun sosyokültürel çevreden bağımsız düşünemeyeceğimizi de göz önünde bulundurursak kaçınılmaz bir gerçektir. Diğer ülkelere kıyasla ülkemizde bu konu ile ilgili çok daha az çalışma bulunmaktadır. yapılan bu çalışmalar genelde yeme bozuklukları ile ilgili ölçeklerin sınılanması (Savaşır ve Erol, 1989; Elal vd., 2000), genel psikolojik belirtilerin saptanması (Erol vd., 2002), risk grubu olarak kabul edilen meslek gruplarında gözlenen yeme tutumları (Batur vd., 2003), aile işlevselliği ve benlik saygısı (Erol vd., 2000), kişilerarası şemalar (Erol vd., 2000), obsesif-kompulsif belirtiler, aleksitimi, cinsiyet rolleri (Aslan ve Alparslan, 1998), bağlanma biçimleri (Batur vd., 2005) ve temel bilişsel şemalar(Batur, 2004) gibi konular üzerinden yapılmıştır.

Büyükkal 1995 yılında 15-18 yaş aralığında 800 kız öğrenci ile yaptığı çalışmada, %3 oranında bulimia nervoza saptanmıştır. Yeşilbursa'nın (1990) ise 15-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalışmada Bulimia nervoza kızlarda % 4.3, erkeklerde ise % 0.6 oranında bulunmuştur.

Polat ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinde yeme davranışlarına ilişkin temel özelliklerin ve cinsiyetin bu özelliklere etkisini araştırmışlardır. Diyet, aşırı egzersiz yapma, beden algısı, tıknırcasına yemenin varlığı, yeme ve kilo ile ilgili tutum ve alışkanlıklar

sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan öğrenciler de kendini kusmaya zorlama, diüretik ya da laksatif kullanma, egzersiz yapma gibi kilo dengeleyici davranış gösterenlerin oranı %6.7 olarak tespit edilmiştir. % 21'lik kesimde ise tıknırcasına yeme nöbetleri görülmektedir. Kendini şişman olarak görme, diyetle kilo verme zamanının fazla oluşu konusunda kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kendini şişman olarak görenlerin oranı %15.6'dır. Kendini şişman olarak gören öğrencilerin büyük bir çoğunluğu yine kız öğrencilerden oluşmaktadır.

Bir başka çalışmada yeme bozukluğu ve stresle baş etme yolları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre başa çıkma tarzları duygusal odaklı olan kişilerde patolojik yeme tutumları daha fazla görülmektedir (Pembecioğlu, 2005).

Siyez ve Uzbaş (2006) tarafından yapılan bir araştırmada, üniversite öğrencilerinin yeme tutumlarıyla aile yapısı ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Yapılan araştırmada, aile yapısı ve yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmemiştir. Sosyo demografik değişkenler açısından bakıldığı zamansa yeme tutumlarının beden kitle indeksi, cinsiyet ve yaşa göre farklılaştığı görülmüş; düzenli olarak spor yapma, ebeveynlerin alkol kullanması, ebeveynlerden alınan harçlık miktarı ve çevre değişkenlerine göreyse yeme tutumları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

İlhan ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan araştırmada ise tıp okuyan öğrencilerin yeme bozukluklarının sıklıkları tespit edilmek istenmiştir. Üniversitede okuyan öğrencilerin %13.7'sinde yeme bozuklukları olduğu görülmüştür. Kızlarda ise, erkeklere oranla yeme bozukluğu sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür. Tıp öğrencilerindeyse yeme bozukluğu riskinin yüksek olduğu görülmüştür.

Aydın (2010), yeme tutumu (bulimik ve anorektik belirtiler), ortorektik belirtiler ve anne-babaya bağlanma arasında bulunan ilişkiyi incelemiştir. Bunların yanında anne-babaya bağlanmanın annenin eğitim düzeyine, katılımcının cinsiyetine ve ebeveynin cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, erkeklerde anneden algılanan, kadınlardaysa babadan algılanan koruma arttıkça, yeme tutumunda da bozulmanın arttığı görülmüştür. Tüm örneklerde yeme tutumundaki bozulmada artış oldukça, ortorektik belirtilerde de

artış olmaktadır. Her iki ebeveynden algılanan koruma arttıkça, erkeklerdeki ortorektik belirtiler de artmaktadır. Buna ek olarak anne-babaya bağlanma boyutlarının ortorektik belirtileri ve yeme tutumunu yordamadığı bulunmuştur.

Bir araştırmasında Oruçlular (2013), depresyonun etkileri kontrol edildikten sonra özerk-ilişkisel, ilişkisel, özerk benlik özellikleriyle yeme tutumu arasında bulunan ilişki ve ilişkide vücut algısının bir aracı rol üstlenip üstlenmediğini incelemiştir. Araştırmanın örneklemini 1. sınıfa ya da hazırlığa giden 481 katılımcı oluşturmuştur. Çalışmanın bulgularına göre yeme tutumu açısından karşılaştırma grubuyla özerk-ilişkisel grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Özerk-ilişkisel benlik özelliklerinin bir arada olmaması, yeme tutumunda görülen bozulmayı yordamaktadır. Tek başına kullanıldığında özerkliğinin, yeme tutumunda görülen bozulmayla ilişkisi bulunmazken; yeme tutumundaki bozulma ve ilişkisellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlişkisellik puanlarında düşüş olması, yeme tutumunda görülen bozulmayı yordamaktadır. Fakat karşılaştırma grubu ve özerk-ilişkisel grup vücut algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna ek olarak, yeme tutumu ve benlik özellikleri arasında bulunan ilişkide vücut algısının bir aracı rol üstlenmesiyle ilgili istatistiksel bir anlam bulunamamıştır. Temel araştırma bulgularının kapsamı dışında olmakla beraber, katılımcı kişilerin ideal kiloda olduklarını düşünmelerinin, vücut algılarındaki hoşnutluk ve yeme tutumlarındaki bozulma derecelerini etkilediği görülmüştür.

Ülkemizde son zamanlarda artış gösteren yeme bozukluğu ile ilgili araştırmalarda daha çok benlik algısı, beden algısı, ebeveyn tutum ve davranışları ile obesif-kompulsif davranışlar, travmalar ile ilişkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Yapılan çalışmaların büyük bir bölümünü öğrenciler oluşturmaktadır. Kadınların iş hayatına girmesi, yaşanan çevrenin birey üzerindeki stres düzeyi, aile içi ilişkiler, aile içinde geçirilen zamanın kalitesinin düşmesi gibi bir çok nedenin yeme bozukluğuna sebep olabileceği fakat ülkemizde ise bu alanda daha az çalışma yapıldığı görülmektedir.

3. BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocuk koruma kanununda çocuk tanımlaması; “daha erken yaşlarda ergin olsa dahi, on sekiz yaşını dolduramamış kişi” olarak yapılmıştır. Bu tanımın Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin birinci maddesinde geçen “Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” ifadesini de destekler niteliktedir. 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu “18 yaşını doldurmamışların” da ergin sayılmasına imkan sağlamıştır. Bu anlama göre 15 yaşını dolduran çocukların kendi istekleri ve velilerin rızasıyla mahkeme tarafından ergin kabul edilmesi mümkündür (Sözen, 2005).

TDK (2016)’nın istismar kavramı tanımı, “birilerinin iyi olan niyetlerini kötüye kullanma, sömürme-sömürü” olarak, ihmal tanımıysa “gerekli olan ilgiyi gösterememe, boşlama, savsama, savsaklama ve önem vermeme” olarak tanımlamıştır. İngilizce olarak “child abuse and neglect” şeklinde geçen kelimenin Türkçe karşılığı ise genel olarak “çocuk istismar ve ihmali”dir. Buna karşılık “abuse” kelimesinin yerine örselenme, sömürü, kötü muamele ve ezim kelimelerinin kullanıldığı görülmektedir (Kocaer, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılında Çocuk İstismarını Önleme Toplantısı’nda bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda çocuk istismar ve ihmali tanımlamasına yer verilmiştir. Çocuktan sorumlu olanların kendisine karşı hissedilen güven ve fiziksel güçleri kullanıp çocuğun sağlığına, gelişimine ve/veya yaşamasına zarar verebilen ya da vermekle sonuçlanacak olan davranışlarda bulunmak şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanımlamaya göre çocuğun gelişimiyle ilgili olarak yapılan tehditlerin vurgulandığını söylemek mümkündür. David Gil’in 1981’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tanımlamasına bakıldığında, ‘insanların yaptıkları ve/veya yapmaları gereken durumda yapmadıkları davranışlar ya da insanların yarattığı veya tolere edilen şartlardan kaynaklı, çocukta bulunan gizil güçleri ortaya koymak, yeteneklerin geliştirmesini engellenme’ şeklindedir. Bu tanım ile çocuğun gelişiminin engellenmesine neden olabilecek olan davranışların çocuğun ihmal ve istismarı kapsamında alındığı görülür (akt. Zeytinoğlu, 2002).

Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmaların son zamanlarda artmasıyla beraber yapılan tanımların kapsamının da genişlediği dikkat çekmektedir (Polat vd., 1997). Taner ve Gökler (2004)'in yaptığı tanımlama buna en iyi örnektir. Çocuk istismar ve ihmalinin, anne baba ve ya bakıcı gibi bir yetişkinin çocuğa uyguladığı, toplumsal kural ve profesyonel kişiler tarafından hasar verici veya uygunsuz şekilde nitelendirilen, çocuğun gelişmesini engelleyen ve kısıtlayabilen eylem ve ya eylemsizliklerin tamamı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, bu eylem ve eylemsizliklerin neticesinde çocuğun ruhsal, fiziksel, sosyal ya da cinsel bakımdan zarar gördüğü, güvenlik ve sağlığının tehlikeye girdiği görülür (Taner ve Gökler, 2004).

Bu tanımlamalardan yola çıkarak çocuk istismarının özelliklerini aşağıdaki gibi maddelemek mümkündür (Şanyüz, 2009):

- Kasıtlı bir şekilde çocuğa zarar verme,
- Sosyal olarak yasaklanan bir hareket,
- Hareketin istismar olmasıyla ilgili uluslararası seviyede görüş birliğinin sağlanması,
- Toplu bir şekilde değil kişi olarak sebep olma,
- Sadece bir ve/veya birden fazla çocuğun zarar görmesi.

Günümüzde kabul gören en genel tanımı ile çocuk istismarı; çocukların en başta ana babalarının, bakmak ile yükümlü olan kimse ve diğer erişkinler tarafından duygusal, fiziksel, cinsel veya zihinsel gelişimlerinin engellenmesine neden olan ya da beden ve/veya ruh sağlığının zararlı olması durumları ile karşı karşıya bırakılması olarak ifade edilebilir (Beyhun, 2002).

İhmal ve istismarın belirlenme ve önleminin ön şartı, çocuk istismar ve ihmaliinde rol oynayan faktörlerin bilinmesidir. Bu kapsam içinde okullarda öncelikli olarak risklerin belirlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

3.1. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tarihçesi

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Tardieu tarafından yapılmıştır. Tardieu, ilk kez Paris Tıp Akademisi'nde yaptığı otopsiler sonucu dövülerek öldürülen çocukların cinsel ve fiziksel istismarına dikkat çekmiştir. İlk ciddi anlamda modern çalışma ise 1946'da pediatrist ve radyolog John Caffey tarafından yapılmıştır. Caffey, "Caffey Sendromu" olarak çocuğa kötü muameleyi tanımlamıştır. Subdural hematom ve kemik kırıklıklarının olduğu olgulara ve çocuk kötüye kullanımına dikkat çekmiştir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

1953'te ABD'de yine bir radyolog olan Dr. Silverman, durumun bir kaza sonucu olmadığını bildirmiştir. 1955'te Wooley, dövülen bebeklerle ilgili yazılar yayınlamıştır. 1959 yılında "Çocuk Hakları Evrensel Beyannamesi" 78 ülke tarafından kabul edilmiştir (Aral ve Gürsoy, 2001).

1962 yılında Kempe ve arkadaşları "the Battered Child Syndrome" (Hırpalanmış Çocuk Sendromu) adlı makalesiyle konuyu akademik alana taşımıştır. Bu sendrom, 1-6 aylık bebeklerin kollarından tutup sarsınca kaslarının çok gelişmemesi sonucu oluşan bir sendromdur. Solunumda sorunlar, bayılma ve nöbetlerle karakterizedir. Parietal-okspital bölgede subdural hematom gözlenmektedir (Kara vd., 2004).

Bu tarihten itibaren başta Amerika olmak üzere çocuk kötüye kullanımı ile ilgili yasalar uygulanmaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'lerin ortasında birdenbire artan vaka bildirimleri ile birlikte, çocuk cinsel istismarı sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Garbarino ve Gilliam 80'li yıllarda çocuğa karşı yapılan zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Yılmaz Irmak, 2008).

"Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi", içinde "Çocuğun her türlü istismara karşı korunması" nı içeren ilk uluslararası bildirgedir. Ülkemiz 1990 yılında "Çocuk Hakları Sözleşmesi" ni imzalamış ve 1995 yılından itibaren yürürlüğü girmiştir. Görüldüğü üzere çocuk istismarı yeni bir konu değildir. Çocuk istismarı, hukuki, tıbbi gelişimsel, psiko-sosyal, sosyo-kültürel anlamda ve tüm toplumu ilgilendiren, etkileyen çok ciddi bir problemdir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Çocuğun ihmal ve istismarı, neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. 19. Yüzyıldan sonra çocuğa kötü muamele konusunda farkındalık artmış ve bunun için hukuki müeyyideler artırılmış olsa dahi bu sorun dünya üzerinde farklı kültürlerde farklı bölgelerde hala sürmektedir. Bugün bile çocukların pornografik öge olarak kullanılmasına, küçük çocukların köle olarak satılmasına, fuhuşa sürüklenmesine izin veren, çocuğu korumayan ve bunu ciddi bir pazar haline getiren ülkeler bulunmaktadır.

3.2. Çocuk İstismarı Türleri

3.1.1. Fiziksel İstismar

Wolfe (2011)'ye göre fiziksel istismar, çocukların sağlıkları üzerinde uzun sürede negatif etkileri görülen şiddet davranışı şeklinde ifade edilmiştir. Çocuğun vücudunda herhangi bir bölgede kasıtlı olarak bir kuvvet uygulama, kazanın dışında yaralanmalara sebep olan davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuklukların erken dönemlerde şiddet görmeleri henüz olgunlaşma sürecinde olan beynin de olumsuz etkilenmesine neden olur. Ayrıca yaşının kaç olduğu da pek önemli değildir. Bütün çocukların uzun süreler şiddete maruz kalmaları çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilir (UNICEF, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2006)'ün fiziksel istismar tanımlaması; çocuğun üzerinde sorumlu olan, güçlü olan ve/veya çocuğun güvendiği bir aile veya herhangi birinin, çocuğun zarara uğraması veya zarar tehditlerine maruz kalmasına sebep olması şeklindedir. Bu durumun bir kere gerçekleşmesi ya da tekrarlanması muhtemeldir.

Fiziksel istismar, çocuğun kazanın dışında sebeplerle yaralanması durumu ve/veya ailesinin yeteri kadar gözetilmemesiyle ilgili olarak gelişebilen kazaları kapsamaktadır. Çocukların sıklıkla kaza geçirdiğini söylemek mümkündür. Bu kazaların, yaşlara uygun olmaması, kendi kendisine olma olasılığının düşük olduğu durumlarda istismardan şüphelenilmelidir. Bu hasarı bir çocuğun başka bir çocuğa yaptığı söyleniyor ise o çocuğun bunu yapıp yapamayacağı durumunun sorgulanması gerekir. Kazanın dışında yaşandığı travmaların genel olarak çocuğun ana ve babasının cezalandırmaları durumunda ve/veya ana ve babanın kontrolü kaybettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Sıkça görülen ise dövmedir. Seyrek rastlanan ise yanık, kesici travma, zehirlenme ve boğulmadır (Kara vd., 2004, s. 142).

3.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismarın çocuk istismarı tiplerinin içinde tespit edilmesi en zor olan istismar türüdür (Polat, 2007). Çocuğa bir erişkinin; cinsel uyarıcı ve doyum gibi yaklaşımları ve kullanılması, fuhuşa zorlanma ve pornografi gibi kimi suçlar için cinsel obje şeklinde kullanılması durumudur. Genital bölgeye dokunmak, teşhircilik, ırza geçme ve pornografi olarak geniş bir yelpazede bütün davranışları kapsar. Cinsel istismarın şiddet içermesi koşulu yoktur, çocuğun rızası aranmaz (Ovayolu vd., 2007).

Topçu (1997)'ya göre, cinsel istismarın kısa ve uzun süreli etkileri vardır. Kısa süreli etkileri içinde, davranış sorunları, okul başarısında düşme, yalıtılmışlık, yalnızlık, ergenlik döneminde ise depresyon, intihar düşünceleri, evden kaçma, madde kötüye kullanımı, erken evlilik görülmektedir. Cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, çocuklarda amnezi, unutkanlık, fantezi kurma, somnambulizm, disosiyatif belirtiler belirlenmiştir. Uzun vadeli etkileri ise, TSSB, korku-kaygı bozuklukları, depresyon, intihar, cinsel problemler, disosiyatif kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, Borderline Kişilik bozukluğu, derealizasyon ve yeme bozukluklarıdır (Topçu, 1997). Uzun vadeli etkilere katkıda bulunan etmenler ise istismarın süresi ve sıklığı, cinsel istismarın şiddet içerip içermediği, zor kullanma, tehdit, çoklu istismara maruz kalma, istismarcının cinsiyeti ve yaşı, mağdurla istismarcının bağı, mağdurun yaşı ve cinsiyeti, istismarı açıkladığında yaşadığı problemlerdir.

Çocukların yaşadığı cinsel istismar önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Cinsel istismarın uzun vadede oluşturduğu olumsuz etkilerin başında çocuklarda ortaya çıkan kaygı bozuklukları gelmektedir (Taner ve Gökler, 2004). Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, kadınlarda uyuşturucu bağımlılığının yüksek oranlarda çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış olan kişilerde ortaya çıkabildiği, daha sıkça cinsel sorunlar, depresyon ve çok eşlilik görüldüğü ortaya koyulmuştur (Kurtay ve ark, 2004). Cinsel istismara uğramış olan bir çocukta aşağıdaki olgulara rastlanır;

Zedelenmiş cinsellik: Cinsel tutum ve duyguların normal gelişimlerinden sapabilmesi ve uygunsuz biçimler alabilmesi söz konusudur (Polat 2007).

İhanet duygusu: İstismarcı olan çocuğun onlara duymuş olduğu güvenin sarsılması ve çocukluk döneminde ihanete uğrayan duygularının yerleştiği görülür.

Acizlik: Çocuklar irade ve istekleri dışında cinsel hedefli kullanıldığı zaman ve bu durumun engellenememesi durumunda kendilerini aciz ve çaresiz hissedebilmektedir.

Damgalanma: Cinsel istismar olaylarına eşlik ettiği görülen utanç, kötülük ve suçluluk gibi bazı kavramlar zaman içinde çocuktaki benlik algısına karışırlar ve kendisini böyle algılamaya başlarlar (Ovayolu ve ark 2007).

3.1.2.1. Aile içi Cinsel İstismar: Ensest

Ensest'in kelime anlamı, arasında kan bağı bulunan alt ve üst soyun arasında, anne, baba bir ya da baba bir ve ya anne bir kardeşlerin arasında, dayı, amca, teyze ve halanın arasında, boşanmış bile olsa karıyla kocanın alt ve üst soyu arasında, evlatlıkla evlat edinen ve bunlardan biriyle diğerinin karı veya kocası arasında görülen cinsel içerikli temaslar şeklindedir (Sezgin, 1993). Ensest ile ilgili olarak düşünülen risk faktörlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

- Alkolik baba
- Alışılmışın dışında şüpheli ya da bağınaz baba,
- Otoriter baba,
- Annenin olmaması ya da aile içinde koruyucu bir güç olmaması,
- Annenin işini yapan ve anne rolünü üstlenen kız çocuğu olmak,
- Anne ve babanın biten ya da sorunlu olan cinsel yaşantıları,
- Babanın kontrolünün sınırlanmasına neden olan faktörler: sınırlı zeka, madde bağımlılığı ve psikopatoloji gibi,
- Çocuğun diğer insanlar ile arasına yakın ilişkiler kurulmasının yasaklanması,

- Anne ve babanın başka kişilere karşı paranoid ve düşmanca bir tutum sergilemesi,
- Anne ve/veya babanın ya da her ikisinin birden ailesinde önceden görülen ensest ilişki,
- Babanın puberte dönemlerinde kızına karşılık aşırı şekilde kıskançlık sergilemesi (Zeytinoğlu ve Kozcu, 1990).

Ensestin sıklıkla görüldüğü yaşlarda altı ile on bir yaşları arasındadır. Ardından sıfır ile beş yaş grubu ve sonra da on iki ile on beş yaş grubu gelir. Ortalama yaşsa yedidir. Ancak iki yaşında olan çocuklarda görülmüştür. Kaynaklarda yedi günlük bebek olgusuna dahi rastlamak mümkündür (Search, 1993).

3.1.2.2. Pedofili

Parafili kısaca cinsel sapkınlık anlamında kullanılır. İnsanların çoğunluğunun cinsel objesi yetişkin olan insanlardır. Ancak, bir bölüm insan da cinsel partner ve doyum amacıyla yetişkinleri değil, çeşitli nesnelere ve çocukları seçer. Parafililer çocuk ile cinsel ilişki, kendilerinin cinsel organlarını göstermek ve çocuğun cinsel organını görme gibi fantezi, dürtü ve eylem hevesleri bulunan kişilerdir. Bu tip insanların çoğunluğuysa henüz ergenliğe gelmemiş çocukları cinsel obje şeklinde benimsemeleri ve bu kişilerin erişkinler ile ilişkiyi istememeleri söz konusudur. Bunlara pedofili adı verilir (Yüksel, 2002).

Pedofili, en az on altı yaşında olan birinin, en az altı aylık sürede, ergenliğe girmemiş olması, kendinden en az beş yaş küçük olan bir çocuk ile cinsel etkinliklerde bulunmayla ilgili olarak yoğun, uyarıcı fantezileri, cinsel dürtüleri ya da davranışlarının yineleyen bir şekilde ortaya çıkıp eyleme dönüştürülmesidir. Pedofil, çocuklara cinsel ilgilerinin genel olarak ergenlik döneminde ortaya çıktığı görülmüştür. Ancak yetişkin yaşlar da gelişebilmesi söz konusudur (Erdoğan, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, pedofilileri temel anlamda on sekiz yaşın üzerindeki erkekler olarak, ergenlik yaşının öncesinde -on iki yaşın altı- bir çocuğa yönelik sergilediği anormal sapkınlıkla cinsel istekler duyan kişiler şeklinde ifade etmiştir. Temelde iki biçimde karşılaşılır:

Özel Tip: Yalnızca çocuklara karşı çekim duyan pedofililer.

Özel Tip Olmayanlar: Hem çocuk hem de yetişkinlere karşı ilgi duyan pedofililer.

Pedofili suçtur ve tedavi edilmesi gerekli olan bir hastalıktır (Polat, 2007). Psikoterapilerin, ilaca dayalı olan terapiler, cerrahi kastrasyon gibi tedavi yöntemlerinin uygulandığı görülür. Ancak bireyin tedaviyi istememesi durumunda hiçbir tedavi yönteminin de etkili olmadığını belirtmek gerekir (Erdoğan 2010).

3.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuklarda duygusal, bilişsel veya diğer zihinsel bozukluklara yol açan ve/veya olabilecek olan davranışları kapsamaktadır. Neredeyse tüm çocukların duygusal istismar ve/veya ihmal davranışları yaşadığı/maruz kaldığı görülür. Ancak bunun tekrar edici durumlarında çocuklarda kalıcı zihinsel veya psikolojik hasarlar oluşabilmektedir. Duygusal istismarın çocukların duygularıyla birlikte buna eşlik etmesi muhtemel davranışlara sürekli, tekrar eden biçimde uygunsuz duygusal tepkiler verdikleri de görülmektedir. Duygusal istismarın çocukların duygusal gelişimlerini engellemesi ve bebeklerin konuşma gelişimlerini sekteye uğratması söz konusudur. Çocukların duygularının uygun olarak kontrol ve ifade etme becerilerini de yavaşlatması mümkündür (Polat, 2002).

Bunun yanı sıra çocukların sosyal, eğitimsel ve kültürel gelişimleri, psikolojik gelişimleri, yetişkinler ile ilişkileri ve kariyer gelişimlerini de olumsuz olarak etkilemektedir. Çocuğun anne ve babasının reddedilme ve kabul edilmesi de çocuğun genel uyumunu da etkiler. Başka bir deyişle; çocukların aileden red/kabul algılarının davranışsal, duygusal ve bilişsel-sosyal gelişimlerinin üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Reddedilmiş olan çocuklar, kendilerini bağımlı, saldırgan, kendisine güvenli ve yeterliliği düşük şekilde değerlendirilmektedir (Mete, 2015).

Çocuk ve gençler, kendilerini etkileyebilen davranış ve tutumlara maruz kalmaları ya da ihtiyaç duydukları sevgi, ilgi ve bakımdan yoksun olmaları bilimsel ve toplumsal standartlara bakıldığında psikolojik olarak hasara uğratılmış durumda oldukları görülür. Çocuğa göre güce sahip olanlar genel olarak çocuğun kendi yakın çevrelerinde bulunanlar tarafından gerçekleştirilmektedir (Mete, 2015). Duygusal istismara yaşayan çocukların ailelerinden uzaklaşmaları, gergin olmaları, bağımlı

olan kişilik, değersiz ve duygularının geliştirilmesi, uyumsuzluk ile saldırgan davranışlarda bulunmaya sıkça rastlanmaktadır (Polat, 2002).

3.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi

İstismarın ortaya çıkmasında birçok faktör bulunmaktadır. Ebeveynin yaşının küçük olması, ebeveyn olma konusunda yetersiz ve eğitimsiz olmak, anne ve/veya babada psikiyatrik bir hastalık olması veya bağımlılığının olması, öfke kontrolü ile ilgili sıkıntılarının olması, maddi açıdan sıkıntıda olmak, eşlerden birinin ölümü, boşanma, fiziksel bir hastalığının bulunması, ebeveynin kendisinin istenmeyen çocuk olması, ebeveynin kendisinde de bir istismar öyküsünün olması bu faktörlerden bazılarıdır. Ebeveynlere ait etkenler arasında, annenin maddi-manevi desteğinin olmaması, aile içi şiddetin olması, ataerkil, geniş, çekirdek aile olma vs. gibi aile yapısı, aile üyelerinin kişilik, özgüven ya da çevreye karşı duyduğu güven problemleri, eşler arasındaki cinsel sorunlar, parçalanmış aile olma, empati eksikliği, fuhuş ya da çok eşlilik, mesleki doyumsuzluk veya iş yerinde yaşanan problemler ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan maddi kaygılar, aile içi veya çevre ile uyum problemleri gibi bir çok neden de bulunmaktadır (Aral ve Gürsoy, 2001).

İstismarın olduğu ailelerde çoğunlukla bağımlılığın olduğu gözlenir. Ebeveyn çocuğa bakabilecek sorumluluğa ve olgunluğa sahip değildir. Kendileri de ciddi bir sosyal yalıtılma içindedirler ve genellikle kendileri de ailelerinde bir tür istismara maruz kalmışlardır. Güner (2010), fiziksel istismarın istismarcı açısından birçok nedeninin olduğundan bahsetmektedir. Bunlar arasında ruhsal bozukluklar, madde kötüye kullanımı, sosyal desteğin az olması, kendisine de çocukken istismarda bulunulması sayılabilmektedir.

İstismarda ebeveyn ya da bakım verenin dışında, çocuğa bağlı nedenler de bulunmaktadır. İstenmeyen çocuk olma, özellikle bazı kültürlerde beklenmeyen cinsiyette doğma, çok çocuklu bir ailede doğma ve doğum sırası, bakım verene bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, zekâ geriliği ve öğrenme bozukluklarının olması, yaygın gelişimsel bozukluğa sahip olma, saldırgan davranışlarının olması, doğuştan anomalisinin olması, yeme bozuklukları, enürezis-enkoprezisinin olması bu nedenlerden bazılarıdır (Ayaz, 2012).

Çevreye bağlı etkenler arasında, korumasız internet, güvenilir olmayan çevrede yaşama, gelenek-görenek ve kültüre bağlı kurallar, metropolde yaşama ile birlikte yalnızlaşma ve içe kapanma, komşuluk vs. gibi sosyal desteğin az olması ve sosyoekonomik düzey sayılabilir. Her sosyoekonomik düzeydekiler (SED) istismara uğrayabilir. Düşük SED e sahip insanlarda fiziksel, duygusal istismar, ihmal yer alırken; yüksek SED deki insanlarda daha çok duygusal istismar ve ihmal yer almaktadır. Cinsel istismar her iki grupta da gözlenmektedir.

Tüm bunların haricinde deprem, yangın, sel, göç, savaş, salgınlar gibi olağan üstü durumlar ile bunların yol açtığı kargaşada, çocukların kaçırılıp her türlü amaçla kullanılması durumları da istismarların nedenleri arasında sayılabilir. Çocuklar da aynı yetişkinler gibi kolektif şiddetten, ırkçılık, ayrımcılık gibi konulardan nasibini almaktadırlar.

3.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığının tam olarak belirlenmesi kolay olmakla beraber, çoğu kez kaza olarak görülüp gözden kaçırılması sebebiyle güçtür. Belirlenmesindeki bir diğer güçlük ise araştırma desenlerinde yaşanan güçlüktür. Fiziksel istismar, küçük bir kulak çekmeden mortaliteye uzanan geniş bir spektrumda incelendiğinden hangi davranışın istismar kabul edilmeyeceği de düşündürmektedir. Bunun yanında kültüre özgü “Dayak Cennetten Çıkmadır”, “Öğretmenin vurduğu yerde gül biter”, “Eti senin kemiği benim” gibi söylemler ve davranışların olmasından ötürü durum daha da karmaşıklaşmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 5-20/1,000 civarında olduğu belirtilmektedir. Fiziksel ihmalin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Fiziksel istismar kız ve erkek çocuklarının ikisine de uygulanabilmektedir ancak erkek çocukları daha küçük yaşlarda, kız çocukları ise ergenlik döneminde maruz kalabilmektedir. Çoğu kaynakta da çocuğun yaşının büyümesi ile fiziksel istismarın azaldığı düşünülmektedir. 20 yaş ve altındaki annelerin çocuklarına daha sık olarak fiziksel istismarda buldukları gözlenmektedir. Annenin istismarı daha çok çocuklara yönelikken, babalar daha çok ergenlik döneminde şiddet göstermektedirler (Taner ve Gökler, 2004).

Cinsel istismar ortaya çıkarılması en güç istismar türüdür. Cinsel istismar genellikle gizli kaldığından yıllar boyunca sürmektedir. Olguların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. İstismarcıların %90'ından fazlasını erkek cinsiyete sahiptir.

Literatürdeki veriler oldukça geniş oranları içermektedir. Araştırmalar arasında büyük farklılıklar vardır. Cinsel istismar kadınlarda %6-62, erkeklerde %3-39 arasındadır. Gerçek yaygınlık bilinmemektedir. Amerika'da 1999 senesinde 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3/1,000 olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir. Herhangi bir SED ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır.

Güncel meta-analiz çalışmaları, uluslararası çocuk cinsel istismar yaygınlığını kızlarda 1/5 ve erkeklerde ise 1/13 olarak saptanmıştır (Şimşek ve Gençdoğan, 2014). Duygusal istismar genellikle fark edilmediğinden, bu konuyla ilgili de verilere güvenilmemektedir. Ancak kız ve erkek çocukları için bir fark gözlemlenmemiştir. Ayrıca duygusal istismarın ilk göz görüldüğü yaşa ilişkin net veriler olmamasına karşın, daha çok 6-8 yaşlarında görüldüğü ve ergenliğe dek devam ettiği belirtilmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Şahin (2008), Ülkemizde ulusal örneklem üzerinde yapılan yeterli çalışma bulunmama ile birlikte çocuklarda fiziksel istismar oranının %30-35, cinsel istismarın %13 olduğunun tahmin edildiğinin bildirmiştir (Ayaz, 2012).

3.5. İhmal Ve İstismar Mağdurlarında Klinik Özellikler

Fiziksel istismar mağduru çocuklarda sosyal içe çekilme, arkadaş edinememe, içe atma, bilişsel anlamda güçsüzlükler, okul başarısında düşüşler, nörolojik bozukluklar, saldırgan davranışlar, karşı olma-karşı gelme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu veya bir çok psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Cinsel istismara uğrayanlarda, kaygı, ikincil enürezis ve enkoprezis, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, korku tepkileri, bedensel yakınmalar, fobiler, kabuslar, uyku bozuklukları, disosiyasyon, trans benzeri durumlar, konversiyon, depresyon, düşük benlik saygısı, çaresizlik-güçsüzlük, öfke, kişilerarası ilişkilerde güçlük, yakın ilişki kurmaktan korkma, kontrolçülük, riskli cinsel ilişkilere girme

gibi semptomlar görülebilmektedir (Bayraktar, 2015, Güler, 2014, Taner ve Gökler, 2004, Topçu, 1997).

Duygusal istismar yaşayanlar ise, parmak emme, altına kaçırmaya, yalan söyleme, öğrenmede ve okulda başarısızlık, dikkat dağınıklığı, içe dönüklük, düşük benlik saygısı, güvensizlik, uyku sorunları, saldırganlık, gerginlik görülebilmektedir. Bu tür istismar ve ihmal kişilik bozuklukları için de bir risk etmenidir (Bayraktar, 2015, Taner ve Gökler, 2004).

3.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Anksiyete ile İlişkisi

Erken yaşlarda yaşanan kazalar, fiziksel, duygusal, cinsel istismar ya da ihmal gibi travmatik olayların ileriki yıllarda depresif bozukluk veya anksiyete bozukluklarının gelişimi ile ilgisi bilinmektedir. Ancak daha önceki çalışmalarda özellikle çocukluk çağı travmalarının herhangi bir anksiyete bozukluğuna özgül olmadığı görülmüş; yalnızca anksiyete, depresyon ya da diğer psikopatolojilerin şiddetini artırdığı bildirilmiştir. Brown ve Harris (1993), Panik Bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları olanların sağlıklı kontrollerden 8.7 kat, Yaygın Anksiyete Bozukluğunda, Sosyal Fobi Ve Agorafobide ise 3.7 kat daha fazla bulunduğunu söylemişlerdir. Friedman ve arkadaşları (2002), Panik bozukluk ve diğer anksiyete bozukluğu olan hastalarda erken dönem travmatik yaşantıların tüm tanılarda yüksek olduğu ancak yine Panik Bozukluğa özgül olmadığını saptamışlardır.

Mathews ve arkadaşları (2008) ise özellikle duygusal travmayı obsesif kompulsif semptomların gelişimi ile ilişkili bulmuşlardır. Lochner ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı çalışmada duygusal istismarın sosyal fobi hastalarında Panik Bozukluk hastalarından daha fazla olduğunu ve sosyal fobi ile PB gelişimi için yordayıcı olduğunu bulmuşlardır.

3.7. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişiyi İnceleyen Çalışmalar

Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının yeme bozukluğu üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara göre, çocukluk çağı cinsel istismarı yeme bozuklukları için spesifik olmayan bir risk faktörüdür (Brewerton, 2002, 2004, 2005, 2006;

Jacobi, Morris and de Zwaan, 2004; Molinari, 2001; Smolak and Murnen, 2002; Wonderlich et al., 1997). Yeme bozukluğu ile ilgili travmatik olaylar cinsel istismarı olduğu kadar diğer istismar türleri (Dansky, Brewerton and Kilpatrick, 200; Johnson et al., 2002) ve tekrarlayan travmatik yaşantılar (Leonard, Steiger and Kao, 2003) arasında ilişki vardır.

Andrews (1995) çocukluk döneminde kişinin maruz kaldığı cinsel istismar, mağdurun bedenine ilişkin utanç duygusunu arttırdığı ve buna bağlı olarak da yeme bozukluklarına temel oluşturduğunu iddia etmiştir. Genel olarak bu çalışmalarda yeme davranışında ortaya çıkan bozulma, istismarla başa çıkabilmek için bedenin kullanılması ve yeme bozukluklarında görülen bedensel değişimlerle ilişkilendirilmiştir.

Diğer yandan Wonderlich ve arkadaşlarına (1997) göre erken çocukluk çağı travmaları birden fazla psikopatolojik süreçle sonuçlanabilirler ve bu da yeme bozukluklarına yatkınlığı arttırabilmektedir. Kent, Waller ve Dagnan (1999) cinsel istismar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, impulsif davranışlar, madde kullanımı, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyasyon ve kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Özellikle kendine zarar verme davranışı ve yeme bozukluğunun çocukluk çağı istismarı ile ilişkisinin bulunduğu çeşitli araştırmalarda da ortaya konmuştur (Welch and Fairburn, 1996; Favaro and Santonastaso, 1998).

Brady (2008) fiziksel şiddet ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada fiziksel şiddete maruz kalmanın yanı sıra aile içinde şiddete tanık olmanın da yeme tutumlarını etkilediği, ayrıca bunun cinsiyet açısından fark göz etmediğini bulmuştur.

Çocukluk çağı fiziksel istismarının, özellikle de aile içi şiddete maruz kalmanın travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkisi bulunmaktadır (Wolfe at al., 2003; Neumark et al., 2000).

2000'li yılların başına kadar yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalarda cinsel istismar ve fiziksel istismar önceliği bulunmaktaysa da son yıllarda duygusal istismar ve ihmalin

etkileri üzerinde çalışan araştırmalar giderek artmaktadır. Yapılan ilk çalışmalarda yeme bozukluğu bulunanların ailelerinin ve aile ortamlarının anorektikler için aşırı korumacı ve kontrolcüyken, bulimikler için kaotik ve duygusal olarak uzak, soğuk nitelikte olduğu ortaya konmuştur (Bruch, 1973). Kent, Waller ve Dagnan (1999) ise diğer istismar türleri kontrol ederek yeme bozukluğunda birincil belirleyicinin çocukluk ağı duygusal istismarı olduğunu ortaya koymuşlardır.

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

4. BÖLÜM

YAŞAM DOYUMU

4.1. Yaşam Doymu Kavramı Tanımı ve Önemi

Yaşam doymu sık sık duyulmayan ancak hayattan sıkça beklenen bir kavram şeklindedir. Hayattan doym almak nedir? İnsanlar doyma nasıl ulaşır? Bu soruları cevaplamak için öncelikle doym kelimesi açıklanmalıdır. Bireylerin yaşamla ilgili istek, ihtiyaç ve beklentilerinin yerine gelmesine doym denilmektedir. Yaşam doymu ise, bireyin sahip oldukları ve sahip olmak istedikleri arasında yapılan karşılaştırma neticesinde edinilen duygudur. Bu kavram, ilk olarak Neugarten ve arkadaşları (1961) tarafından ortaya atılmıştır. Yaşam doymu, beklentiler ile gerçekleşenlerin mukayese edilmesi sonucunda ortaya çıkan durumu belirtmektedir. Başka bir ifadeyle doym, bireyin istekleri ve arzularına sahip olması durumudur. Yaşam doymu, bireyin sahip olduğu ve sahip olmak istedikleri arasındaki etkileşimden kaynaklanan bir değerlendirme olarak da tanımlanabilmektedir (Dilmaç ve Ekşi: 2008: 282). Birey, sahip olmayı arzuladığı şeylere ulaştığı oranda ileri bir yaşamsal doyma ulaşmaktadır.

Yaşam doymunun bir tepki olduğunu düşünenlere göre bu durum, bireyler tarafından iş hayatının dışında sahip oldukları yaşam tarzına karşı alınan tavrıdır. (Özdevecioğlu 2003). Bu kavram dikkatle incelendiğinde bir hoşnutluğu da barındırdığı görülmektedir. Aynı zamanda mutluluk ve esenlik anlamlarını da içermektedir. Bireye ait yaşamdan, sahip olunanlardan hoşnut olma halini de belirtmektedir. Bir başka tanıma göre yaşam doymu; birey tarafından sahip olunan şeylerin düşünülerek, bireysel olarak hoşnut kalma biçimidir.

Yaşam doymu ile örtüşen kavramlardan biri de mutlu olma halidir. Birey, yaşamdan almış olduğu doymun neticesinde mutluluk halini de yaşayacaktır. Bu konuda üç nokta bulunmaktadır: Yaşamın tadını alma, yaşama anlam katma ve yaşamın içerisinde kendisi için önemli bir şeye bağlanma biçimindedir. Yaşamdan alınması gereken doym esasen bu üç noktayla paralellik göstermektedir. Küçük bir farklılık bulunmaktadır. Mutlu olmak ileriye yönelik iken yaşam doymu içinde bulunulan zamanda yaşanan bir haldir. Kavram olarak ise mutluluğun soyut bir özelliğe sahip olduğu bilinmektedir (Keser, 2003).

Yaşam doyumu ile ilgili bazı araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Doğan (2006) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaya göre; üniversitedeki öğrencilerin pozitif hayata sahip olma durumlarının ilintili bulunduğu koşullar; çevreden bilhassa aile, akraba ve dostlardan ilgi görme, bireysel hayata ilişkin pozitif planlar yapma, spor yapma gibi hususlar, öğrencilere ait yaşamların daha da kaliteli ve tatmin edici duruma gelmesini sağlamaktadır. Cenkseven ve Akbaş (2007), yapmış oldukları çalışma içerisinde öğrencilerin psikolojik yapılarının iyiliği, sosyal olma, hayattan, aileden ve değer verilen özel birinden duyulan memnuniyet, eğlence dolu bir aktivite sahibi olunması gibi durumlar ile ifade edilmektedir.

Yaşam doyumunda hoşnutluğa etki eden bazı unsurlar bulunmaktadır. Bunların içinde özsaygının yaşam doyumundaki etkisinin büyük olduğu bilinmektedir. Ayrıca kişiye ait psikolojik durum da yaşam doyumuna ilişkin bir göstergedir. Kişisel hayatta karşılaşılacak bazı sorunlar, karşılaşılan güçlükler, bireysel ve sosyal çatışmalar yaşam doyumunda azalmaya neden olabilmektedir (Demirel ve Canat, 2004).

Yaşam doyumunu seviyesindeki azalmanın kişi açısından oldukça negatif sonuçları bulunmaktadır. Özellikle depresyon hali bu duruma örnek gösterilebilir. Depresyon, bir tükenmişlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu durumdaki bir kişi, huzurlu, mutlu ve umutlu değildir. Karamsarlık ve yalnızlık duygusu maksimum düzeydedir. evresine ve kendine karşı yabancılaşmaktadır. Bu durum kişideki, çabuk öfkelenme, saldırgan olma gibi duyguları da tetiklemektedir. Kişi duygusal açıdan farklı ruh halleri içerisinde bulunmaktadır. Aslında depresyona ait sadece duygusal sonuçlar bulunmamaktadır. Fiziksel etkileri de çok fazladır. Yorgunlukla birlikte, iştah eksikliği, uyku bozuklukları da depresyona ait sonuçlardandır (Demirel ve Canat, 2004:7).

4.2. Yaşam Doyumu İle İlgili Kuramlar

Antik yunandan beri, mutluluğun anlaşılmasına dair kuramsal gelişmelerin çok az olduğu gözlenmektedir. Yakın tarihe bakıldığında birkaç kuramsal gelişmeye rastlansa bile yetersiz olmuş ve kuram ile araştırma arasında bulunan bağa hissedilen gereksinimin büyük olduğu görölmüştür (Onur, 1997). Yaşam doyumuna ilişkin kuramlar aşağıda ele alınmaktadır.

Haz ve Acı Kuramları: Bu yaklaşım, kişisel mutluluğa ulaşılabilmesi için ihtiyaçların ve amaçların tamamen doyurulması gerektiğini savunmaktadır. Tatarkiwicz, kişinin haz ve acıya dair mühim kaynaklarının olduğunu belirtmektedir. Zevk veren kaynakların artması, acı veren kaynakları da artıracaktır. Bu kaynaklara alışmanın mutluluğa neden olacağı fakat kaybı durumunda mutsuzluğun yaşanacağı bilinmektedir. Kişinin, haz ve acının sebebi olan nesnelere alışması, hazza ve acıya ait seviyeyi düşürmektedir (Yetim, 2001).

Bir Noktaya Erişme (Ereksel /Telik) Kuramları: 1960 yıllarında Wilson'un önerdiği kuram, mutluluğun hedef veya ihtiyaç gibi hallere ulaşıldığı zaman kazanıldığını savunmaktadır. Kurama göre ihtiyaçları gidermek mutluluğa, ihmal edilen ihtiyaçlar ise mutsuzluğa yol açmaktadır. Başka bir deyişle, mutluluk ve iyi olma hali, bir takım amaç ve ihtiyaçlara bağlıdır. Çoğu felsefeci, ereksel kuramlar ile ilgilenmiştir. Mutlulukla ilgili isteklerin doyurarak mı ya da bastırarak mı elde edilebileceği gibi hususlar, felsefecilerin merak konusu olmuştur. Astetiklere göre arzuların arınmak mutluluğun kaynağı şeklinde değerlendirilirken, hedonistler tatmin edilen arzuların mutluluğu doğurduğunu savunmaktadır. Erekle ilgili kuramlar öğrenilmiş ihtiyaçlara odaklanıyorken, amaçla ilgili kuramlar da bireyin farkında olduğu, belli arzulara odaklanmaktadır. Belli ihtiyaçlar, belli amaçları doğurmaktadır. Bireyin hedeflerine ulaşması, mutluluğuna sebep olmaktadır. Maslow ihtiyaçların evrensel olduğunu savunurken Murray, kişiye göre değiştiğini ileri sürmektedir. Genel kanıya göre, ihtiyaçlar ve mutluluk bağlantılıdır (Onur, 1997).

Aktivite Kuramları: Bu kurama göre mutluluk, insana ait aktivitelerin bir ürünüdür. Mesela bir yüzme aktivitesi, yüzmek suretiyle hedefe ulaşılan ana göre daha çok mutluluk vermektedir. Aktivite kuramcılarının ilklerinden biri olan Aristo'ya göre mutluluk, erdemli aktivitelerden gelmekte, başarılan aktivite mutluluğa neden olmaktadır. Kolay aktiviteler can sıkıntısını ortaya çıkarırken, zor aktiviteler anksiyeteyi doğurmaktadır. Kişinin, becerileriyle uyumlu bir zorluktaki aktiviteyle meşgul olması durumunda, olayın tamamlanma sürecine dair haz ortaya çıkmaktadır. Aktivite kuramcıları, mutluluğun davranıştan gelmekte olduğunu ileri sürmektedir. Kişinin beceri düzeyine uygun aktiviteler, daha fazla doyum sağlayacaktır (Yetim, 2001).

Tavandan Tabana ve Tabandan Tavana Kuramları: Modern psikolojiye göre popülerliği yüksek olan bu yaklaşıma göre, kişisel hayattaki mutluluğa bakılırken mutlu ve mutsuz dönemlerin bir değerlendirmesi yapılmaktadır. Mutlu dakikaların bir araya gelmesiyle mutlu yaşam oluşmaktadır. Felsefecilerden bazıları, mutluluğu birçok küçük hazzın toplamı şeklinde tanımlamaktadır. Mutlu bir yaşam, mutlu zamanların birleşmesiyle oluşmaktadır. Tavandan - tabana yaklaşımına göre mutluluk, kişiye ait evrensel bir nitelik olup kişinin olaylar karşısında vereceği tepkileri belirlemektedir. Andrews ve Whitney (1976), tavandan - tabana yaklaşımına destek veren birçok kanıtlar elde etmiştir. Bu kanıtlar, bireyin hayat alanlarından kazandığı doyumun global doyuma sebep olmaktan çok, global yaşam doyumundan kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Yetim, 2001).

Mutlu dünya görüşüne ilişkin eğilim, tabandan -tavana yaklaşımını doğrulamaktadır. Kişinin dünya görüşünü oluşturması sonrasında, alanların verdiği doyum da buna göre şekillenmektedir. Hedonistlere göre dikkatli biçimde seçilerek biriktirilen hazlar kişiyi mutlu etmektedir. Bireyin olayları kişisel biçimde algılaması sebebiyle tavandan - tabana bir süreç gerekmektedir. Ancak birtakım olaylar insanların tümüne göre haz verici olabilmektedir. Bu durum ise tabandan - tavana yaklaşımına destek olmaktadır. Demokritos mutlu bir hayatın şansa veya dış faktörlere değil, bireyin zihinsel özelliklerine bağlı olduğunu öne sürmektedir. Kişinin sahip olduklarından çok, sahip olduklarına verdiği tepkinin şekli önemlidir (Yetim, 2001).

Bağ Kuramları: Kişilere ait mutluluk eğilimlerinin nedenlerini açıklamak için geliştirilen bazı kuramlar bulunmaktadır. Bu kuramların çoğu, bellek, koşullama ve bilişsel ilkelere dayanmaktadır. İçsel veya bilişsel unsurlara atfedilen iyi hadiseler, daha fazla haz getirmektedir. Bir başka opsiyon ise, yüklenme olsa da olmasa da iyi olayların hazza sebep olmasıdır. Bellekte mutlulukla ilgili bir ağ vardır. Pozitif ağ sahibi bireyler, olaylara pozitif tepkiler vermektedir. Bower, kişilerin mevcut duygu durumlarının üzerinden geçmiş olayları anımsayıp yorumladıklarını ileri sürmektedir. Belleğe ilişkin yapılan araştırmaların neticesinde, mutlu kişilerin arasında pozitif ilişkilere bağlı zengin bir ağın olduğu görülmektedir. Mutsuz kişilerin arasındaysa negatif, sınırlı ve yalıtılmış ağların olduğu gözlenmektedir (Yetim, 2001).

Yargı Kuramları: Yargı kuramları, iyi olma özelliği bazı standartlarla koşulların arasında yapılan karşılaştırmaların sonucu şeklinde değerlendirmektedir. Gerçek durumun standartlara yakın olması halinde doyum oluşmaktadır. Bireyin kullandığı standartlar büyük öneme sahiptir. Bireyin, kendisini karşılaştırmış olduğu kişiden daha iyi görmesi durumunda doyuma ulaşılmaktadır. Doyum söz konusu iken, bu karşılaştırmalar bilinçli biçimde yapılmaktadır. Fakat duygu durumundaki karşılaştırma, bilinçsizce veya bilinçdışı olarak oluşmaktadır. Yargı kuramları pozitif ve negatif olayları tespit edebildiği gibi, olayın sonucunda ortaya çıkacak duyguya ait miktarı da öngörebilmektedir. Yargı kuramlarının sınıflandırılmasının bir yolu, ele alınmakta olan standartlara bakmaktır. Kişi, kendini daha aşağı seviyede biriyle karşılaştırıyor ise, aşağı seviyede karşılaştırmada bulunmaktadır. Kendini başkalarına göre daha iyi görmekte olan birey mutlu ve doyumludur. Yargı kuramlarındaki genel sorun, karşılaştırmanın alanda veya genel yaşam değerlendirmesinde yapıp yapılmayacağıdır (Çeçen, 2008).

Dermer ve arkadaşlarına göre (1979) karşılaştırma, hayattaki alanların tümünde yapılmaktadır. Etkilerin üzerinden yapılan karşılaştırmalarda bir sınır olması gerekmektedir (Yetim, 2001). En popüler yaklaşım, bireyin gerçek şartları ve emelleri arasında var olan uyumsuzluğu incelemekte olan emel düzeyi kuramıdır. Emel düzey bireyin hayatından ve amaçlarından doğmakta ve yüksek emeller mutluluk için tehdit oluşturmaktadır (Yetim, 2001).

4.3. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Bireyler, hayatları boyunca birçok şeyi sahiplenmeyi arzu etmektedirler. Çoğuna sahip olsalar bile sahip olamadıkları da bulunmaktadır. Bunlar ise bireyin yaşam doyumuyla yakından ilişkilidir. Yani birey, sahip olduğu ile sahip olmayı istediklerini karşılaştırmasıyla ortaya çıkan sonuca göre yaşam doyumuna ulaşmaktadır. Bununla birlikte bireyin doyurucu miktarda ruhsal ve fiziksel yönden iyi olma durumu da yaşam doyumuna ilişkin belirleyicilerdendir. Yaşam doyumuna etki eden çok fazla faktör bulunmaktadır. Bu hususta birçok araştırmacıya ait farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Dockery (2004) çalışmasında yaşam doyumuna etki eden unsurları; özgürlüklerin rahat olarak yaşandığı demokratik yapıya sahip ve

ekonomik refahı olan bir ülkede yaşamını sürdürmek, devamlı istikrar, çoğunluğun yanında olmak, toplumdaki refah açısından maksimum noktada bulunan gruba dahil olma şeklinde sıralamıştır. Ayrıca evlilik, yakın çevreyle iyi ilişkiler içerisinde olmak, psikolojik ve fiziksel açıdan sağlıklı olmak, fikirlerini dışarıya aktarabilmek ve aktif bir kişilik sahibi olmak, otokontrol mekanizmasına sahip olmak, paraya sahip olmak, sportif faaliyetlerde bulunmaktır.

Yaşam doyumuna ait tanım ve sınırlar hususunda tam bir kesinlikten bahsedilmesi mümkün değildir. Zira kavramda öznellik söz konusudur. Bundan dolayı bu kavrama etki eden faktörlerde farklılık bulunmaktadır. Yurt içinde ve dışında yapılan çalışmalar dikkate alındığı zaman yaşam doyumuna etki eden faktörlerin bazı başlıklar altında da ele alındığı görülmektedir.

Braun (1977), gençlerin duygularını belirtme konusunda ister pozitif olsun ister negatif, daha net olduklarını buna rağmen yaşlı bireylerin genel olarak mutlu bir görüntü ortaya koyduklarını belirtmektedir. Buradan yola çıkılıp yapılmış olan bir metaanaliz faaliyetinde yaş ile yaşam doyumunun arasındaki korelasyonun sıfıra yakın olduğu saptanmıştır.

Araştırmacılardan bazıları, farklı yaş gruplarına ve işlere göre araştırmalar yapmaktadır. Yılmaz vd (2010) konaklama işletmecilerine yönelik yaptıkları çalışmada, 41-50 yaş aralığındaki kişilerin diğer yaştakilere oranla yaşam doyumlarının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Ünal ve diğer araştırmacılar tarafından doktorlara yönelik yapılan bir çalışmaya göre 40 yaş ve üstü yaş grubundakilerin yaşam doyumları, daha genç olanlara oranla daha yüksek durumdadır (Ünal vd., 2001).

Yaşam doyumunu ile cinsiyet konusuna yönelik birtakım çalışmalar da yapılmıştır. Araştırmaların bazılarında mühim farklar yok iken bazılarında ise farklılıklar bulunmaktadır. Farklı olan araştırmalarda tek başına cinsiyetin ele alınmadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra kadınların erkeklere oranla daha fazla negatif hislere sahip olmasına rağmen yaşamdan almış oldukları haz daha yüksektir. Wood vd. (1989) tarafından cinsiyete dair 93 çalışma değerlendirilmiştir. Kadınların mutlulukları ve yaşam doyumları daha fazla olarak belirlenmiştir. Avşaroğlu ve diğer

ise ise erkeklerin yaşam doyumlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Avşaroğlu, Deniz ve Kahraman, 2005).

Çetinkaya'nın (2004) yapmış olduğu çalışmada üniversite mezunlarının yaşam doyumu düzeylerinin lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Doktorlara yönelik yapılan bir çalışmaya göre akademisyen doktorlar, uzman doktor ve pratisyenlere oranla daha yüksek yaşam doyumuna sahiptir. Bu durum ise eğitimin devamlılığının etkisini göstermektedir. (Ünal, Karlıdağ ve Yoloğlu, 2001).

Yaşam doyumuyla medenî durum arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Bu yönde yapılan araştırmalara göre evlilik, yaşam doyumunda mühim bir etkiye sahiptir. Evlilik, insanların derin ve özel ilişkiler kurma, çekici ve enteresan etkileşimleri sağlama gibi etkilere sahiptir. Bireyler, eşleri sayesinde hayatın zorluklarına karşı beraber mücadele etmektedirler. Evlilik boyunca mutlu olanlar başta yer alırlar ve sonuçta yaşam doyumunu ve evlilik arasında olumsuz veya olumlu bir ilişki ortaya çıkar.

Dikmen'in (1995) araştırmasına göre evli olunan zamanın artması, kişilere ait yaşam doyumlarının hatta iş doyumlarının bile artmasına etki etmektedir. Aysan ve Bozkurt (2004), çalışmalarında evlilikle yaşam doyumunun arasında bir ilişkinin olmadığını belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada, evliliğe ilişkin sürecin kavgalı olduğu ve boşanan çiftlerin çocuklarına ait yaşam doyumlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun ise çoğu toplum için geçerli olduğu saptanmıştır. Bununla beraber ailevi hayat, bireyin üzerinde pozitif etkiler bıraktığı için bireyin genelde iyi duygulara sahip olmasını sağlamaktadır (Yetim, 2001).

Yaşam doyumuyla bireylerin buldukları statü arasında da bir münasebet belirlenmiştir. Bu doğrultuda araştırmacıların yaptıkları birçok çalışma bulunmaktadır. Tümkaya ve diğer araştırmacıların yapmış oldukları çalışmaya göre Profesörlerin yaşam doyumunu hususunda diğer öğretim elemanlarına göre daha ileri düzeyde olduğu görülmektedir (Tümkaya, Hamarta, Deniz ve Çelik, 2008). Bu noktada Doğan ve Moralı'ya (1999) ait çalışmada ise öğretim elemanlarının mevkilerinin yükselmesi yaşam doyumları ve iş doyumlarının da yükselmesine neden olduğu gözlenmektedir. Bu husus, doktorlar üzerindeki çalışmalar ile

desteklenmiştir. Öğretim elemanı olan doktorlara ait yaşam doyumlarının pratisyen doktorlara oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmaların tamamına ait neticelere bakıldığı zaman yaş, cinsiyet, eğitim, mevki gibi değişkenler hususunda bir kesinliğin olmadığı görülmektedir. Ayrıca bu değişkenlerin tek başına kişilerin yaşam doyumlarına bir etki etmediği söylenememektedir. Bu hususta genellemeler yapılamamaktadır. Etkisi olsa bile bireyin yaşamış olduğu çevre, sahip olduğu iş, gelir, inanç ve değerlerinin de yaşam doyumundaki payı yadsınamamaktadır.

Yaşam doyumuyla ilgili önemli konulardan birisi de bireysel yaşamda oldukça önemli bir yere sahip olan iş durumudur. Yaşam doyumunun iş yaşamı ile çok yakından ilgisi bulunmaktadır. Bu ilişkinin en mühim nedenlerinden biri, bireysel yaşamın mühim bir kısmının iş yerinde geçmesidir. Kişinin çalıştığı iş yeri, iş yerinin bireye etkisi, iş yerinde sahip olunan sorumluluk, işe ait monotonluk düzeyi, alınan maaş, ödüllendirilme gibi unsurlar yaşam doyumuna etki etmektedir. (Özdevecioğlu, 2003). Bireylerin sahip olduğu iş, yaşamlarına ait mühim parçalardandır. İnsanların iş yaşamından aldıkları doyum, yaşam doyumuna büyük bir etki yapmaktadır (Keser, 2005).

İnsanların sahip oldukları işte koşulların elverişsizliği, sorumluluklarının çok fazla oluşu, çalışma saatlerindeki fazlalık, maaşlardaki yetersizlik gibi etkenler bireylerin aile ve sosyal ilişkileri ile yaşam doyumlarına negatif yönde etki etmektedir. İş ortamındaki yoğun stres, iş saatlerindeki fazlalık gibi durumlar yaşam doyumlarının düşmesine yol açmaktadır (Tümekaya, Hamarta, Deniz ve Aybek, 2008). Eğer kişisel yaşam doyumunun artırılması hedefleniyor ise işten alınan bireysel doyumun da artırılması gerekmektedir.

Doğan ve Moralı (1999), üniversite öğretim elemanlarına yönelik araştırmalar yapmışlardır. Bu çalışmalarda öne çıkan konu, öğretim elemanlarına ait yaşam doyumunu düzeylerinin ekonomik seviyelerinin artması ile birlikte bir artış gösterdiğidir. Öğretim elemanlarının içerisinde profesörlerin ekonomik açıdan diğerlerine göre daha iyi bir düzeyde olması nedeniyle, yaşam doyumunu düzeyinin de daha yüksek olduğu görülmektedir (Tümekaya, Hamarta ve Deniz, 2008).

Bağımsız çalışmaya ve çalışma saatlerindeki rahatlığa sahip ve işin tamamını yapma olanağı bulan bireylerin iş ve yaşam doyumlarının ileri düzeyde olduğu saptanmıştır.

Netice itibariyle bireyin yaptığı işte doyuma ulaşması, kişisel özellik, beceri ve isteklerine uygun bir işe sahip olmasına ve hayatına, hedeflerine uyan bir gelecek planı yapmasına bağlı olmaktadır. Bireylerin boş vakitlerinin, ailelerinin, evliliklerinin, işlerinin ve yaşama dair diğer konuların kişinin yaşam düzeyine etki ettiği görülmektedir. Bununla birlikte yaşadığı ortama ait koşullar, ülkedeki ekonomik refah da yaşam doyumuna etki etmektedir. İnsanların mesai saatleri, maaşları, yararlandıkları sosyal yardım ve hizmetler, yaşamsal ortamlarının daha iyi hale getirilmesi bireylerin yaşam doyumlarının da artmasına sebep olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre bir iş yerindeki çalışanların iş haklarının güvende olması ve kendisine sunulan imkanların artması da yaşam doyumlarını arttırmıştır (Yılmaz, Keser ve Yorgun, 2010).

Kişilere ait yaşam doyumlarını etkileyen faktörlerin birisi de sosyal faktörlerdir. Bunun içerisine bireyin sahip olduğu toplumsal ilişkiler, dahil olduğu sosyal faaliyetler, memleketlilik gibi durumlar da eklenebilmektedir. Araştırmalara göre sosyal ilişkiler, yaşam doyumuna oldukça mühim katkı sağlamaktadır.

Kişilerin yakın ilişkileri ve kültürel değerlerin de önemi büyüktür. Bu durumu inceleyen Myers ve Diener (1995) bu iki değerın yaşam doyumunu etkilemekte olduğunu vurgulamaktadırlar. Bireyler ailelerinin dışarıya olan tepkilerini anlamlı, tahmin edilebilir ve mantıklı kabul ediyor ise yaşam doyumunu da buna paralel olarak artış göstermektedir. Bu iki araştırmacıya göre kişisel eğilimler de yaşam doyumuna katkı sağlamaktadır.

Kişilerin sportif faaliyetleri de yaşam doyumlarını arttırmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre sporla meşgul olan öğretim üyelerinin yaşam doyumları daha ileri seviyede bulunmaktadır (Doğan ve Moralı, 1999). Bununla birlikte bireylerin sahip oldukları inançlarla bu inançların derecesi de yine yaşam doyumuna pozitif katkılar sağlamaktadır. Bu bağlamda üniversite öğrencilerine yönelik bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda dinî inançları hayatlarında önemli bir yer tutan

ve kuvvetli olan öğrencilerin, inançsız olanlara nazaran yaşam doyumu daha yüksek çıkmıştır (Tuzgöl, Dost, 2007).

Bütün bu çalışmalarla sonuçlar göstermektedir ki bireylerin yaşam doyumlarına çok farklı değişkenler etki etmektedir. Bu değişkenlerin de kişiden kişiye ve toplumdan topluma farklılık gösterdiği görülmüştür. Dolayısıyla genellenememekle beraber kesin bir sonuca da ulaşamamaktadır. Ancak her biri yaşam doyumunda oldukça önemli yer tutmaktadır.

4.4. Yaşam Doyumu ile İlgili Çalışmalar

Yaşam doyumu hususunda araştırmacılardan bazıları değişik konular ve kişilerin üzerinde çalışmalar yapmışlardır. Bunun sayesinde birçok soruna sahip bireylerin veya farklı yaş gruplarının yaşam doyumlarıyla ilgili mühim bulgular elde edilmiştir. Şimdi bu çalışmalara göz atılacaktır:

Pozizovsky ve diğer araştırmacılar (2003) çalışmalarını şizofreni hastaları üzerinde yapmışlardır. Bu hastaların intihar eğilimlerinin yaşam doyumuna etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonucuna göre, bu hastalardan birçok defa intihar girişiminde bulunanların, bir kez deneyen ya da hiç denemeyenlere nazaran yaşam doyumlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır.

Perneger ve diğer araştırmacılar (2004), yaptıkları çalışmaları İsveçli genç yetişkinlerin üzerinde gerçekleştirmişlerdir. Bu gençlerin mutluluk ile psikolojik açıdan sağlıklı olması arasında pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Annak (2005) bir çalışmasında, anksiyete bozukluğuna sahip kişilerle düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi olan hastaları incelemiştir. Çalışmada sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi gibi konular, Mersin’de üç grup üzerinde incelenmiştir. Gruplar 100’er kişiden oluşmuştur. Bu grupların birisinde hemodiyaliz tedavisi gören hastalar vardır. Diğerinde anksiyete bozukluğu olan; son gruptaysa herhangi bir rahatsızlığı olmayan kişiler vardır. Araştırmanın bulgularına göre psikolojik bir rahatsızlığa sahip olan kişilerin sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi gibi konularda hem sağlam kişilerden hem de hemodiyaliz hastalarından düşük seviyede oldukları görülmüştür. Yine aynı çalışmada cinsiyetin, sosyal ve psikolojik durum üzerinde farklılığa sahip olduğu saptanmıştır.

Gümüşbaş (2008), çalışmasında ortaokul öğrencilerin stresle mücadele etme ve bunun yaşam doyumuna etkisini araştırmıştır. Çalışma İzmir de 6.7.8. , sınıf 13 kız ve 17 erkek toplam 30 ğrenci üzerinde yapılmıştır. Çalışmada kontrol ve deney grupları oluşturulmuştur. Araştırmanın sonucunda kontrol ve deney gruplarının yaşam doyumları konusunda büyük farklılıklara sahip olduğu görülmüştür.

şahin(2008), çalışmasını beden eğitimi öğretmenleri üzerinde yapmıştır. Araştırma ğretmenlerin yaşam doyumunu ve tükenmişlik seviyeleridir. Adana ve Mersin'de görevli 115 kadın ve 185 erkek olmak üzere toplamda 300 ğretmen üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, bir devlet okulunda çalışmakta olan beden eğitimi ğretmenlerinin daha fazla tükenmişlik sorunu yaşadıkları ve yaşam doyumunu seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, bilinçli bir şekilde beden eğitimi öğretmenliğini seenlerde yaşam doyumunun daha yüksek seviyede olduğu, tükenmişlik durumunun da düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca beden eğitimi öğretmenleri için çalışma ortamı niteliğinde olan spor salonlarının eksik olması, okul materyallerinde eksiklik bulunması gibi durumlar yaşam doyumunu azaltmakta, tükenmişliği artırmaktadır. Yaşı ilerlemiş olan beden eğitimi ğretmenlerinin de başarı seviyelerinde artış olduğu görülmüştür. Bu durum da yaşam doyumunu seviyesinde artışa neden olmaktadır. Ayrıca ğretmenlerin ders sayısının çok olması, bu iki değişken üzerinde bir etkiye sahip değildir.

Eren(2008), çalışmasını onkoloji hemşireleri üzerinde yapmıştır. Bu hemçirelerin yaşam ve çalışma doyumları üzerine yaptığı araştırmasında 115 kişi üzerinde çalışmıştır. Araştırma sonucunda, yaşam doyumunu yüksek olan hemçirelerin birtakım özellikleri olduğu belirlenmiştir: Bu zellikler, devlet kurumunda çalışanlar, evli olanlar, meslek tecrübesi fazla olanlar, yüksek lisans yapmış olmak şeklinde dir. Bununla beraber onkolojide çalışanlarından bu durumdan hoşnut olanların, devamlı gündüz mesaisi yapanların, mesleğini bilinçli olarak seçen hemçirelerin yaşam doyumunu seviyeleri daha ileridir. Çalışma koşullarının kendisini pek etkilemediğini belirtenlerin de yine yaşam doyum seviyelerinin ileri olduğu gözlenmiştir.

Kırtıl (2009), bir araştırmasında ortaokul öğrencilerini incelemiştir. Araştırmada ğrencilerin duygusal zeka seviyeleriyle yaşam doyumunu seviyeleri üzerinde çalışılmıştır. Çalışmada 142 erkek, 151 kız olmak üzere 193 ğrenci ile görüşülmüştür. Araştırmaların bulgularına göre, duygusal zeka ve yaşam doyumunu

seviyeleri arasında olumlu bir ilişki vardır. Cinsiyet de bu ayrım üzerinde rol oynamaktadır. Bu olumlu ilişki konusunda kızlar, erkeklere göre daha ileri düzeyde olmaktadır. Bunun yanında her iki durumun da ortalamasına bakıldığı zaman okul öncesi eğitim, ana-baba eğitimi ve yaş gibi durumların bir değişiklik yaratmadığı görülmüştür.

Dingiltepe'nin (2009) yaptığı bir çalışmada ailesi beraber olan ve ailesi dağılmış ergenlerin yaşam doyumu incelenmiştir. Çalışmada 141 erkek, 232 kız öğrenciyle çalışılmıştır. Bu ergenlerin 186 tanesinin ailesi dağılmış, geri kalanların ailesi birliktedir. Çalışmanın bulgularına göre ailesi dağılmış olan ergenlerin sosyalliklerinin, yaşam kalitesinin, psikolojilerinin ve yaşam doyumlarının, ailesi dağılmamış olan ergenlere göre büyük farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Çivitçi (2009) çalışmasında Denizli'de ilk gençlik döneminde yaşam doyumu ve batıl inançlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 6,7 ve 8. sınıfa giden çocuklarla çalışmıştır. 156 erkek ve 148 kız olmak üzere toplamda 304 öğrenciyle yürütülen araştırmada, yaşam doyumu ve batıl inançlar arasında düşük seviyede bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Şener (2009) yaptığı çalışmada yaşlılığa ve yaşam doyumuna değinmektedir. Buna göre boş zamana dair aktivitelerin yaşlılık dönemlerinde yaşam doyumuna etki eden faktörlerden birisi olduğu saptanmıştır. Boş zamana ilişkin aktivitelere dahil olmanın yaşlılıkla beraber gelen bazı farklılıklar ile mücadelede mühim bir durum olduğu ve yaşlıların yaşam kalitelerinde de etkin bir faktör olduğu görülmüştür.

Temiz (2010), görme engellilerin ruhsal durumları, yaşam doyumu ve stresle mücadele etme şekillerinin incelendiği araştırma sonucunda bu kişilerin yaşam doyumu seviyelerinin orta ya da yüksek derecelerde olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca yaşam doyumununun eğitim ve iş sahibi olma ile de bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

5. BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı üniversitede okuyan kız öğrencilerin yeme tutumlarının çocukluk çağı travması ile yaşam doyumu arasındaki ilişkisini değerlendirmektir. Bu çerçevede öncelikli olarak öğrencilerin yeme tutumlarından yola çıkarak yeme bozukluğu riskinin bulunması ihtimali araştırılacaktır. Bununla birlikte, katılımcı öğrencilerin benlik algılarının ve yaşam doyum düzeylerinin ayrı ayrı ortaya koyulması hedeflenmektedir.

5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim öğretim yılında üniversite okuyan kız öğrenciler oluşturmaktadır. Beden imgesinin daha çok ön planda olmasına bağlı olarak kadınlarda yeme bozukluğunun daha yaygın olması nedeni ile (Aslan, 2004), araştırmanın evreni olarak kız öğrenciler belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul ilinde devlet ve vakıf üniversitelerinde çeşitli bölümlerde okuyan rastgele seçilmiş 268 kız öğrenci oluşturmaktadır.

5.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Kullanılan form 4 ana bölümden oluşmakta olup, bölümlere ilişkin bilgiler alt başlıklar halinde sunulmuştur.

5.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda katılımcıların kişisel özelliklerini, aile ilişkilerini ve beslenme alışkanlıklarını değerlendiren 21 soru yer almaktadır.

5.3.2. Yeme Tutumları Testi

Katılımcıların yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla uygulanmıştır. Yeme Tutum Testi (YTT), Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında anoreksiya nervroza belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi-kendine bildirim ölçeğidir. Ülkemizde, YTT'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır (Batur, 2004; Savaşır ve Erol, 1989). Savaşır ve Erol'un (1989) çalışmasında, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r = .65$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.70$ olarak belirlenmiştir. Batur'un (2004) çalışmasında da, ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları kız öğrencilerde $.47$ ile $.90$ arasında, erkek öğrencilerde ise $.34$ ile $.80$ arasında bulunmuştur. YTT'nin geçerliğine ilişkin yapılan analizlerde ise YTT toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında pozitif ve anlamlı korelasyon ($r = .42$, $p < .01$) olarak belirlenmiştir (Batur, 2004). Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin Cronbach Alfa değeri $0,904$ olarak hesaplanmıştır.

5.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. 28 Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şar,

Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğe ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır.

5.3.4. Yaşam Doyumu Ölçeği

Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen ölçek, Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte 5 madde yer almakta olup, tek faktörlü olarak düzenlenmiştir. Ölçeğe ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır.

5.4. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırmada mevcut durumu tespit etme amaçlandığından ilişkisel tarama modeline başvurulmuştur. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Tarama modelinin bir türü olan ilişkisel tarama modeli ise, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2016).

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda sunulmuştur:

H₁: Çocukluk çağı travmaları, yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

H₂: Yaşam doyumu, yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

H₃: Çocukluk çağı travmaları, yaşam doyumunu anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

5.5. Verilerin Analizi

Verilerin toplanmasında 300 anket formu öğrencilere ulaştırılmıştır. Bu formlardan 270 tanesi doldurulmuş olup, teslim alınan formların 5 tanesinin eksik ya da hatalı olması nedeni ile analizlere 268 anket üzerinden devam edilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 23.00 kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 23.00 kullanılmıştır. Hipotezlerin sınanması sırasında öncelikli

olarak değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya koyulabilmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmış, ardından regresyona yer verilmiştir.

Bağımsız ikili grupların karşılaştırılmasında hangi analizlerin uygulanacağına karar vermek üzere normallik testleri yapılmış ve ilgili sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5. 1. Normallik Test Sonuçları

	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Duygusal istismar	0,473	1,395
Fiziksel istismar	-0,261	0,726
Fiziksel ihmal	0,205	1,443
Duygusal ihmal	-0,827	0,160
Cinsel istismar	-1,189	1,269
Yaşam doyumu	0,396	1,564
Yeme bozuklukları	-0,715	0,969

Tabachnick et al. (2013)'e göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Benzer şekilde George ve Mallery (2010)'a göre ise çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2,0 ile -2,0 arasında bulunması verilerin normal dağılım gösterdiğini betimlemektedir. Literatürdeki bu bilgilerden yola çıkarak tüm alt ölçekler için verilerin normal dağlığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda fark analizleri olarak ikili gurupların karşılaştırılmasında t-test, üç ve daha fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ise ANOVA kullanılmıştır. ANOVA'da ortaya çıkan grupların örneklem sayılarının eşit olmamasından yola çıkarak, gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik olarak Post Hoc testlerinden LSD Test kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BÖLÜM

BULGULAR

6.1. Katılımcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. 1. Araştırma Örneklemine İlişkin Bazı Özellikler

	Frekans	Yüzde
Yaş		
20 yaş altı	132	49,3
21	42	15,7
22	56	20,9
23 ve üzeri	38	14,2
BKİ		
Düşük kilolu	46	17,2
Normal kilolu	188	70,1
Fazla kilolu	34	12,7
Okuduğunuz okul türü?		
Devlet Üniversitesi	66	24,6
Vakıf Üniversitesi	202	75,4
Anne babanız birlikte mi yaşıyor?		
Evet	206	76,9
Hayır	62	23,1
Annenizin yaşam durumu		
Hayatta	266	99,3
Ölmüş	2	0,7
Babanızın yaşam durumu		
Hayatta	252	94,0
Ölmüş	16	6,0
Ailenizin ekonomik durumu		
Düşük	36	13,4
Orta	58	21,6
İyi	127	47,4
Çok iyi	47	17,5

Katılımcıların %49,3'ü (132) yer aldığı yaş grubu 20 yaş ve altıdır. %15,7'si (42) 21 yaşında, %20,9'u (56) 22 yaşında, %14,2'si (38) 23 yaş ve üzerindedir.

Katılımcıların %17,2'si (46) düşük kilolu, %70,1'i (188) normal kilolu, %12,7'si (34) fazla kiloludur.

Katılımcıların %75,4'ü (202) vakıf üniversitesinde okumaktayken, %24,6'sı (66) devlet üniversitesinde okumaktadır.

Katılımcıların %76,9'unun anne babası birlikte yaşamaktayken, %23,1'inin (62) ailesi ayrı yaşamaktadır.

Katılımcıların %99,3'ünün annesi hayattayken, %0,7'sinin annesi hayatta değildir.

Katılımcıların %94'ünün babası hayattayken, %04'ünün babası hayatta değildir.

Katılımcıların ailelerinin %13,4'ünün (36) ekonomik durumu düşük, %21,6'sının (58) orta, %47,4'ünün (127) iyi, %17,5'inin (47) çok iyidir.

Tablo 6. 2. Anne, Baba, Aile ve Arkadaş İlişkilerine Ait Frekans ve Yüzdeler

	Frekans	Yüzde
Annenizin size karşı tutumu		
Aşırı koruyucu	42	15,7
Hoşgörülü ve güven verici	148	55,2
Tutarsız	34	12,7
Mükemmeliyetçi	44	16,4
Babanızın size karşı tutumu		
Aşırı koruyucu	40	14,9
Hoşgörülü ve güven verici	136	50,7
Tutarsız	40	14,9
Mükemmeliyetçi	52	19,4
Ailenizle ilişkiniz		
Yetersiz	48	17,9
İyi	114	42,5
Çok iyi	106	39,6
Arkadaşlarımızla ilişkiniz		
İyi	140	52,2
Çok iyi	128	47,8

Katılımcıların annelerinin kendilerine karşı tutumu kıstasında ; %15,7'si (42) aşırı koruyucu, %55,2'si (148) hoşgörülü ve güven verici, %12,7'si (34) tutarsız, %16,4'ü (44) mükemmeliyetçi bir tutum içinde olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların babalarının kendilerine karşı tutumu kıstasında ; %14,9'u (40) aşırı koruyucu, %50,7'si (136) hoşgörülü ve güven verici, %14,9'u (40) tutarsız, %19,4'ü (52) mükemmeliyetçi bir tutum içinde olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %17,9'unun (48) ailesiyle ilişkisi yetersizken, %42,5'inin (114) iyi, %39,6'sının (106) çok iyidir.

Katılımcıların %52,2'sinin (140) arkadaşlarıyla ilişkisi iyiysen, %47,8'inin (128) çok iyidir.

Tablo 6. 3. Yemek Yeme Davranışları ve Ruhsal Bozukluklara İlişkin Frekans ve Yüzdeler

	Frekans	Yüzde
Gün içerisinde ailenizle aynı sofrada yer alır mısınız?		
Birlikte yemeyiz	34	12,7
Nadiren	46	17,2
Sıklıkla	134	50,0
Her zaman	54	20,1
Fast food yeme sıklığınız		
Hiç ya da nadiren	168	62,7
Sıklıkla ya da her zaman	100	37,3
Sigara kullanma durumunuz		
Evet	166	61,9
Hayır	102	38,1
Diyet yapma durumunuz		
Hiç yapmadım	96	35,8
Nadiren	108	40,3
Sıklıkla	64	23,9
Psikolojik rahatsızlığınız olma durumu		
Var	38	14,2
Yok	230	85,8
Ailenizde ruhsal bozukluğu olan akrabanız var mı?		
Var	42	15,7
Yok	226	84,3

Katılımcıların %12,7'si (34) gün içerisinde aileleriyle aynı sofrada yer almazken, %17,2'si (46) nadiren, %50'si (134) sıklıkla, %20,1'i (54) her zaman yer almaktadır.

Katılımcıların %62,7'si (168) hiç ya da nadiren fast food yerken, %37,3'ü (100) sıklıkla ya da her zaman fast food yemektedir.

Katılımcıların %61,9'u sigara kullanırken, %38,1'i kullanmamaktadır.

Katılımcıların %35,8'i (96) hiç diyet yapmamışken, %40,3'ü (108) nadiren, %23,9'u (64) sıklıkla diyet yapmıştır.

Katılımcıların %14,2'sinin (38) psikolojik rahatsızlığı varken, %85,8'inin (230) yoktur.

Katılımcıların %15,7'sinin ailesinde ruhsal bozukluğu olan biri varken, %84,3'ünün ailesinde ruhsal bozukluğu olan biri yoktur.

6.2. Betimleyici İstatistikler

Tablo 6. 4. Araştırma Ölçeklerinin Betimleyici İstatistikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Duygusal istismar	268	1,00	5,00	1,3119	,55581
Fiziksel istismar	268	1,00	5,00	1,1776	,52140
Fiziksel ihmal	268	1,00	5,00	1,5448	,44965
Duygusal ihmal	268	1,00	5,00	1,9821	,86530
Cinsel istismar	268	1,00	5,00	1,1537	,42110
Yaşam doyumu	268	1,00	5,00	3,6164	,84907
Yeme bozuklukları	268	1,00	5,00	2,2789	,45412

Duygusal istismarın ortalaması $1,31\pm 0,56$, fiziksel istismarın ortalaması $1,18\pm 0,52$, fiziksel ihmalin ortalaması $1,55\pm 0,45$, duygusal ihmalin ortalaması $1,98\pm 0,87$, cinsel istismarın ortalaması $1,15\pm 0,42$, yaşam doyumunun ortalaması $3,62\pm 0,85$, yeme bozukluklarının ortalaması $2,28 \pm 0,45$ olarak bulunmuştur. İlgili sonuçlar tablo 5'te verilmiştir.

6.3. Hipotezlerin Sınanması

Tablo 6. 5. Korelasyon Analizi Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7
1. Duygusal istismar	-	,720**	,534**	,577**	,743**	-,505**	,428**
2. Fiziksel istismar		-	,491**	,315**	,691**	-,346**	,160**
3. Fiziksel ihmal			-	,309**	,439**	-,203**	,173**
4. Duygusal ihmal				-	,364**	-,646**	,390**
5. Cinsel istismar					-	-,344**	,191**
6. Yaşam doyumu						-	-,078
7. Yeme bozuklukları							-

Duygusal istismar ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=-0,505$). Bu ilişki negatif yönde ve orta şiddettedir.

Duygusal istismar ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=0,428$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta şiddettedir.

Fiziksel istismar ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=-0,346$). Bu ilişki negatif yönde ve orta şiddettedir.

Fiziksel istismar ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,009$; $r=0,160$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf şiddettedir.

Fiziksel ihmal ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001$; $r=-0,203$). Bu ilişki negatif yönde ve zayıf şiddettedir.

Fiziksel ihmal ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,004$; $r=0,173$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf şiddettedir.

Duygusal ihmal ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=-0,646$). Bu ilişki negatif yönde ve orta şiddettedir.

Duygusal ihmal ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=0,390$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf şiddettedir.

Cinsel istismar ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=-0,344$). Bu ilişki negatif yönde ve orta şiddettedir.

Cinsel istismar ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$; $r=0,191$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf şiddettedir.

Tablo 6. 6. Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Sabit	1,920	19,599	,000			
Duygusal istismar	,518	6,126	,000			
Fiziksel istismar	,177	2,447	,015	18,635	,000	,262
Fiziksel ihmal	,037	,570	,569			
Duygusal ihmal	,088	2,527	,012			
Cinsel istismar	,199	2,184	,030			

Çocukluk çağı travmalarının varyansa olan katkısı anlamlıdır ($p=0,000$; $F=18,635$). Çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları başlığına ait varyansın

%26,2'sini açıklamaktadır. Yani yeme bozukluklarının %26,2'si çocukluk çağı travmalarına bağlıdır.

Bağımsız değişkenlerin her biri ayrı ayrı değerlendirilecek olursa; duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar yeme bozuklukları düzeyini artırmaktadır ($\beta_1=,518$ $\beta_2=-,177$ $\beta_3=,088$ $\beta_4=-,199$). Bu değişkenlerden en yüksek etkiye sahip olan duygusal istismardır. Fiziksel ihmal, yeme bozuklukları düzeyine etki etmemektedir ($p=0,569>0,05$).

Söz konusu bulgulara dayanarak kurulan H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6. 7. Yaşam Doyumunun Yeme Bozuklukları Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Sabit	2,430	20,007	,000			
Yaşam doyumunu	-,042	-1,274	,204	1,623	,204	,006

Tabloda görüldüğü üzere yaşam doyumunun varyansa olan katkısı anlamlı değildir ($p=0,204$; $F=1,623$). Söz konusu bulgulara dayanarak kurulan H_2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6. 8. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Sabit	4,894	31,054	,000			
Duygusal istismar	-,283	-2,082	,038			
Fiziksel istismar	-,173	-1,479	,140			
Fiziksel ihmal	-,204	-1,966	,050	43,570	,000	,454
Duygusal ihmal	-,535	-9,580	,000			
Cinsel istismar	,037	,253	,800			

Çocukluk çağı travmalarının varyansa olan katkısı anlamlıdır ($p=0,000$; $F=43,570$). Çocukluk çağı travmaları, yaşam doyumuna ait varyansın %45,4'ünü açıklamaktadır. Yani yaşam doyumunun %45,4'ü çocukluk çağı travmalarına bağlıdır.

Bağımsız değişkenlerin her biri ayrı ayrı değerlendirilecek olursa; duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, yaşam doyumu düzeyini azaltmaktadır ($\beta_1=-,283$ $\beta_2=-,204$ $\beta_3=-,535$). Bu değişkenlerden yaşam doyumu üzerinde en çok etkiye sahip olan duygusal ihmaldir. Fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar, yaşam doyumu düzeyine etki etmemektedir ($p_1=0,140$, $p_2=0,050$, $p_3=0,800>0,05$).

Söz konusu bulgulara dayanarak kurulan H_3 hipotezi kabul edilmiştir.



6.4. Fark Analizleri

Tablo 6. 9. Değişkenlerin Yaşa Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				1,384	,248	
20 yaş altı	132	1,3212	,57995			
21	42	1,4190	,67399			
22	56	1,3071	,53796			
23 ve üzeri	38	1,1684	,26519			
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				,659	,578	
20 yaş altı	132	1,1697	,54674			
21	42	1,2571	,71128			
22	56	1,1143	,36751			
23 ve üzeri	38	1,2105	,35701			
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				,372	,773	
20 yaş altı	132	1,5576	,44826			
21	42	1,5619	,55566			
22	56	1,5500	,42853			
23 ve üzeri	38	1,4737	,35541			
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				,519	,670	
20 yaş altı	132	2,0015	,88878			
21	42	2,0286	,92401			
22	56	2,0107	,89396			
23 ve üzeri	38	1,8211	,66380			
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				1,147	,330	
20 yaş altı	132	1,1500	,42183			
21	42	1,2571	,66741			
22	56	1,1107	,24693			
23 ve üzeri	38	1,1158	,22121			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				,440	,724	
20 yaş altı	132	3,6530	,82438			
21	42	3,4952	,81956			
22	56	3,6536	,80226			
23 ve üzeri	38	3,5684	1,03404			
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				5,891	,001	
20 yaş altı	132	2,3648	,47860			
21	42	2,2994	,43559			1>4
22	56	2,2290	,41461			2>4
23 ve üzeri	38	2,0316	,34355			3>4
Toplam	268	2,2789	,45412			

Yeme bozuklukları yaşa göre farklılaşmaktadır. 20 yaş altı, 21, 22 yaş gruplarında yer alan katılımcıların ortalaması 23 ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 10. Değişkenlerin Beden Kütle İndeksine Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				,257	,774	
Düşük kilolu	46	1,3652	,85718			
Normal kilolu	188	1,3021	,49098			
Fazla kilolu	34	1,2941	,35585			
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				2,220	,111	
Düşük kilolu	46	1,2783	,85529			
Normal kilolu	188	1,1340	,41096			
Fazla kilolu	34	1,2824	,45691			
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				1,471	,231	
Düşük kilolu	46	1,6261	,63191			
Normal kilolu	188	1,5415	,39810			
Fazla kilolu	34	1,4529	,41868			
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				2,125	,122	
Düşük kilolu	46	1,7478	,79379			
Normal kilolu	188	2,0213	,86078			
Fazla kilolu	34	2,0824	,95107			
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				4,843	,009	
Düşük kilolu	46	1,3043	,85970			
Normal kilolu	188	1,1043	,23167			1>2
Fazla kilolu	34	1,2235	,26862			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				5,371	,005	
Düşük kilolu	46	3,9043	,75629			1>2
Normal kilolu	188	3,6053	,82874			1>3
Fazla kilolu	34	3,2882	,96633			2>3
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				2,215	,111	
Düşük kilolu	46	2,1685	,44053			
Normal kilolu	188	2,3154	,46703			
Fazla kilolu	34	2,2265	,37482			
Toplam	268	2,2789	,45412			

Cinsel istismar ve yaşam doyumu Beden Kütle İndeksine göre farklılaşmaktadır. Cinsel istismarda, düşük kilolu katılımcıların ortalaması normal kilolu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam doyumunda,

düşük kilolu katılımcıların ortalaması normal kilolu ve fazla kilolu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Normal kilolu katılımcıların ortalaması fazla kilolu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 11. Değişkenlerin Okul Türüne Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				1,486	,514
Devlet Üniversitesi	66	1,4000	,48864		
Vakıf Üniversitesi	202	1,2832	,57425		
Fiziksel istismar				,945	,564
Devlet Üniversitesi	66	1,2303	,39729		
Vakıf Üniversitesi	202	1,1604	,55576		
Fiziksel ihmal				1,277	,763
Devlet Üniversitesi	66	1,6061	,47455		
Vakıf Üniversitesi	202	1,5248	,44058		
Duygusal ihmal				3,554	,001
Devlet Üniversitesi	66	2,3333	,96162		
Vakıf Üniversitesi	202	1,8673	,80113		
Cinsel istismar				1,616	,110
Devlet Üniversitesi	66	1,2364	,50464		
Vakıf Üniversitesi	202	1,1267	,38759		
Yaşam doyumu				-3,073	,003
Devlet Üniversitesi	66	3,3030	1,00842		
Vakıf Üniversitesi	202	3,7188	,76551		
Yeme bozuklukları				1,169	,191
Devlet Üniversitesi	66	2,3356	,43809		
Vakıf Üniversitesi	202	2,2604	,45878		

Duygusal ihmal ve yaşam doyumu okul türüne göre farklılaşmaktadır. Duygusal düşünmede, devlet üniversitesinde okuyan katılımcıların ortalama değeri, vakıf üniversitesinde okuyan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Yaşam doyumunda, vakıf üniversitesinde okuyan katılımcıların ortalama değeri, devlet üniversitesinde okuyan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir.

Tablo 6. 12. Değişkenlerin Ailelerin Birlikte Yaşama Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				-3,418	,002
Evet	206	1,2408	,47358		
Hayır	62	1,5484	,72423		
Fiziksel istismar				-,718	,246
Evet	206	1,1650	,44122		
Hayır	62	1,2194	,73034		
Fiziksel ihmal				-3,220	,812
Evet	206	1,4971	,41425		
Hayır	62	1,7032	,52447		
Duygusal ihmal				-3,524	,001
Evet	206	1,8641	,76162		
Hayır	62	2,3742	1,06046		
Cinsel istismar				-2,600	,011
Evet	206	1,1029	,31093		
Hayır	62	1,3226	,64310		
Yaşam doyumu				2,082	,040
Evet	206	3,6835	,78549		
Hayır	62	3,3935	1,00814		
Yeme bozuklukları				-1,367	,175
Evet	206	2,2566	,43733		
Hayır	62	2,3532	,50261		

Duygusal ihmal, cinsel istismar ve yaşam doyumu ailelerinin birlikte yaşama durumuna göre farklılaşmaktadır. Duygusal düşünmede ve cinsel istismarda, ailesi birlikte yaşamayan katılımcıların ortalama değeri, birlikte yaşayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Yaşam doyumunda, ailesi birlikte yaşayan katılımcıların ortalama değeri, birlikte yaşamayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir.

Tablo 6. 13. Değişkenlerin Ailelerin Ekonomik Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				5,119	,002	
Düşük	36	1,4944	,50480			
Orta	58	1,4793	,53762			1>3
İyi	127	1,1984	,44898			2>3
Çok iyi	47	1,2723	,76831			
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				3,254	,022	
Düşük	36	1,1111	,20533			
Orta	58	1,0690	,25006			4>1
İyi	127	1,1748	,43057			4>2
Çok iyi	47	1,3702	,95095			4>3
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				1,846	,139	
Düşük	36	1,6944	,45978			
Orta	58	1,5690	,39435			
İyi	127	1,5087	,38771			
Çok iyi	47	1,4979	,61978			
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				5,979	,001	
Düşük	36	2,3000	,98619			1>3
Orta	58	2,2345	1,04572			1>4
İyi	127	1,8882	,76704			2>3
Çok iyi	47	1,6809	,60240			2>4
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				2,475	,062	
Düşük	36	1,2278	,50177			
Orta	58	1,1966	,41632			
İyi	127	1,0819	,17880			
Çok iyi	47	1,2383	,71218			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				3,523	,016	
Düşük	36	3,2611	,82229			
Orta	58	3,5069	,88355			3>1
İyi	127	3,7150	,83667			4>1
Çok iyi	47	3,7574	,79009			
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				17,598	,000	
Düşük	36	2,5313	,52618			1>3
Orta	58	2,5263	,54993			1>4
İyi	127	2,1638	,33104			2>3
Çok iyi	47	2,0915	,33457			2>4
Toplam	268	2,2789	,45412			

Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, yaşam doyumu ve yeme bozuklukları ailelerinin ekonomik duruma göre farklılaşmaktadır. Duygusal

istismarda, ekonomik durumu düşük ve orta olan katılımcıların ortalaması, ekonomik durumu çok iyi olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel istismarda, ekonomik durumu çok iyi olan katılımcıların ortalaması, ekonomik durumu düşük, orta ve iyi olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, ekonomik durumu düşük ve orta olan katılımcıların ortalaması, ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam doyumunda, ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan katılımcıların ortalaması, ekonomik durumu düşük olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, ekonomik durumu düşük ve orta olan katılımcıların ortalaması, ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.



Tablo 6. 14. Değişkenlerin Annelerinin Kendilerine Karşı Tutumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				15,193	,000	
Aşırı koruyucu	42	1,2857	,28334			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,1865	,43809			3>1
Tutarsız	34	1,8471	,58061			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,3455	,80274			3>4
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				,003	,064	
Aşırı koruyucu	42	1,1714	,36578			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,1784	,47589			
Tutarsız	34	1,1765	,31436			
Mükemmeliyetçi	44	1,1818	,84283			
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				8,462	,000	
Aşırı koruyucu	42	1,4571	,41032			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,4622	,40396			3>1
Tutarsız	34	1,8000	,44586			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,7091	,52377			4>1
Toplam	268	1,5448	,44965			4>2
Duygusal ihmal				39,378	,000	
Aşırı koruyucu	42	2,2190	,84254			1>2
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,6959	,67309			1>4
Tutarsız	34	3,1471	,99977			3>1
Mükemmeliyetçi	44	1,8182	,46818			3>2
Toplam	268	1,9821	,86530			3>4
Cinsel istismar				5,853	,001	
Aşırı koruyucu	42	1,1238	,23768			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,0811	,20975			3>1
Tutarsız	34	1,3765	,61647			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,2545	,73246			4>2
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				30,260	,000	
Aşırı koruyucu	42	3,5048	,96093			1>3
Hoşgörülü ve güven verici	148	3,9514	,74637			2>1
Tutarsız	34	2,7176	,68599			2>3
Mükemmeliyetçi	44	3,2909	,43015			2>4
Toplam	268	3,6164	,84907			4>3
Yeme bozuklukları				13,916	,000	
Aşırı koruyucu	42	2,4464	,55140			1>2
Hoşgörülü ve güven verici	148	2,2262	,38551			1>4
Tutarsız	34	2,6022	,46157			2>4
Mükemmeliyetçi	44	2,0466	,37974			3>2
Toplam	268	2,2789	,45412			3>4

Duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, yaşam doyumu ve yeme bozuklukları annelerinin kendilerine karşı tutumuna göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, annelerinin tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel ihmalde, annelerinin tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, annelerinin tutumu aşırı koruyucu olan katılımcıların ortalaması, hoşgörülü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Cinsel istismarda, annelerinin tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalaması, hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam doyumunda, annelerinin tutumu aşırı koruyucu ve mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalaması, tutarsız olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, tutarsız, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, annelerinin tutumu aşırı koruyucu olan katılımcıların ortalaması, hoşgörülü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, hoşgörülü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Annelerinin tutumu hoşgörülü ve güven verici olan katılımcıların ortalaması, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 15. Değişkenlerin Babalarının Kendilerine Karşı Tutumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				20,780	,000	
Aşırı koruyucu	40	1,2200	,25540			
Hoşgörülü ve güven verici	136	1,2176	,49619			3>1
Tutarsız	40	1,8900	,79350			3>2
Mükemmeliyetçi	52	1,1846	,35391			3>4
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				6,549	,000	
Aşırı koruyucu	42	1,0400	,17658			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,1147	,36969			3>1
Tutarsız	34	1,4800	,90219			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,2154	,56269			3>4
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				3,114	,027	
Aşırı koruyucu	42	1,5000	,34194			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,5029	,39776			3>1
Tutarsız	34	1,7400	,67208			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,5385	,41072			3>4
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				32,741	,000	
Aşırı koruyucu	42	1,8600	,59087			
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,7529	,68777			3>1
Tutarsız	34	3,0500	,85665			3>2
Mükemmeliyetçi	44	1,8538	,88128			3>4
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				8,025	,000	
Aşırı koruyucu	42	1,0600	,15819			3>1
Hoşgörülü ve güven verici	148	1,1176	,37906			3>2
Tutarsız	34	1,4400	,72635			3>4
Mükemmeliyetçi	44	1,1000	,21873			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				29,499	,000	
Aşırı koruyucu	42	3,6200	,78681			1>3
Hoşgörülü ve güven verici	148	3,9353	,65812			2>1
Tutarsız	34	2,7000	,82151			2>3
Mükemmeliyetçi	44	3,4846	,83111			2>4
Toplam	268	3,6164	,84907			4>3
Yeme bozuklukları				26,666	,000	
Aşırı koruyucu	42	2,4788	,46556			1>2
Hoşgörülü ve güven verici	148	2,2110	,40193			1>4
Tutarsız	34	2,6788	,49816			2>4
Mükemmeliyetçi	44	1,9952	,21317			3>2
Toplam	268	2,2789	,45412			3>4

Tüm değişkenler, babalarının kendilerine karşı tutumuna göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel istismarda, babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel ihmalde, babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Cinsel istismarda, babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam doyumunda, babalarının tutumu aşırı koruyucu ve mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalaması, tutarsız olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Babalarının tutumu hoşgörölü ve güven verici olan katılımcıların ortalaması, aşırı koruyucu, tutarsız, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, babalarının tutumu aşırı koruyucu olan katılımcıların ortalaması, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Babalarının tutumu tutarsız olan katılımcıların ortalaması, hoşgörölü ve güven verici, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Babalarının tutumu hoşgörölü ve güven verici olan katılımcıların ortalaması, mükemmeliyetçi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 16. Değişkenlerin Aile İle İlişkiye Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				32,804	,000	
Yetersiz	48	1,8167	,47010			1>2
İyi	114	1,2807	,49616			1>3
Çok iyi	106	1,1170	,51556			2>3
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				4,113	,017	
Yetersiz	48	1,3167	,43630			
İyi	114	1,2140	,51575			1>3
Çok iyi	106	1,0755	,54682			2>3
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				1,031	,358	
Yetersiz	48	1,6250	,47870			
İyi	114	1,5404	,36281			
Çok iyi	106	1,5132	,51567			
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				155,022	,000	
Yetersiz	48	3,1167	,79341			1>2
İyi	114	2,1053	,66264			1>3
Çok iyi	106	1,3358	,35083			2>3
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				9,618	,000	
Yetersiz	48	1,3833	,51832			
İyi	114	1,1263	,26241			1>2
Çok iyi	106	1,0792	,47544			1>3
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				104,607	,000	
Yetersiz	48	2,5833	,72855			2>1
İyi	114	3,5333	,63673			3>1
Çok iyi	106	4,1736	,59206			3>2
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				11,727	,000	
Yetersiz	48	2,4802	,50360			1>2
İyi	114	2,3294	,43189			1>3
Çok iyi	106	2,1335	,40927			2>3
Toplam	268	2,2789	,45412			

Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar, yaşam doyumu ve yeme bozuklukları aileleriyle ilişkilerine göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, ailesiyle ilişkileri yetersiz olan katılımcıların ortalaması, iyi ve çok iyi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Ailesiyle ilişkileri iyi olan katılımcıların ortalaması, çok iyi olan katılımcıların ortalamasından

anlamli şekilde yuaksektir. Fiziksel istismarda, ailesiyle iliskileri yetersiz ve iyi olan katilmcilarin ortalamasi, cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Duygusal ihmalde, ailesiyle iliskileri yetersiz olan katilmcilarin ortalamasi, iyi ve cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Ailesiyle iliskileri iyi olan katilmcilarin ortalamasi, cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Cinsel istismarda, ailesiyle iliskileri yetersiz ve iyi olan katilmcilarin ortalamasi, cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Yasam doyumunda, ailesiyle iliskileri iyi ve cok iyi olan katilmcilarin ortalamasi, yetersiz olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Ailesiyle iliskileri cok iyi olan katilmcilarin ortalamasi, iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Yeme bozukluklarinda, ailesiyle iliskileri yetersiz olan katilmcilarin ortalamasi, iyi ve cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir. Ailesiyle iliskileri iyi olan katilmcilarin ortalamasi, cok iyi olan katilmcilarin ortalamasindan anlamli şekilde yuaksektir.

Tablo 6. 17. Değişkenlerin Arkadaşlar İle İlişkiye Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				3,218	,001
İyi	140	1,4143	,56601		
Çok iyi	128	1,2000	,52407		
Fiziksel istismar				1,205	,061
İyi	140	1,2143	,49203		
Çok iyi	128	1,1375	,55088		
Fiziksel ihmal				3,018	,060
İyi	140	1,6229	,39353		
Çok iyi	128	1,4594	,49141		
Duygusal ihmal				8,444	,000
İyi	140	2,3600	,81821		
Çok iyi	128	1,5688	,71538		
Cinsel istismar				1,185	,295
İyi	140	1,1829	,38794		
Çok iyi	128	1,1219	,45402		
Yaşam doyumu				-6,268	,113
İyi	140	3,3257	,74345		
Çok iyi	128	3,9344	,84597		
Yeme bozuklukları				,579	,152
İyi	140	2,2943	,46234		
Çok iyi	128	2,2621	,44616		

Duygusal istismar ve duygusal ihmal arkadaşlarıyla ilişkilerine göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olan katılımcıların ortalaması çok iyi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olan katılımcıların ortalaması çok iyi olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 18. Değişkenlerin Gün İçerisinde Aile ile Yemek Yemeye Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				3,974	,009	
Birlikte yemeyiz	34	1,4824	,57233			
Nadiren	46	1,4609	,50397			1>4
Sıklıkla	134	1,2836	,62687			2>4
Her zaman	54	1,1481	,28861			
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				4,242	,006	
Birlikte yemeyiz	34	1,0412	,24010			
Nadiren	46	1,4000	,59628			2>1
Sıklıkla	134	1,1716	,59631			2>3
Her zaman	54	1,0889	,27655			2>4
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				1,313	,270	
Birlikte yemeyiz	34	1,4647	,25451			
Nadiren	46	1,4609	,50749			
Sıklıkla	134	1,5866	,49002			
Her zaman	54	1,5630	,37683			
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				17,699	,000	
Birlikte yemeyiz	34	2,7118	1,01048			1>2
Nadiren	46	2,3478	,86249			1>3
Sıklıkla	134	1,7597	,66390			1>4
Her zaman	54	1,7630	,87573			2>3
Toplam	268	1,9821	,86530			2>4
Cinsel istismar				,434	,729	
Birlikte yemeyiz	34	1,1294	,18994			
Nadiren	46	1,2174	,27913			
Sıklıkla	134	1,1403	,53115			
Her zaman	54	1,1481	,30390			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				13,700	,000	
Birlikte yemeyiz	34	3,3235	,91189			3>1
Nadiren	46	3,0435	,86195			3>2
Sıklıkla	134	3,7657	,72941			4>1
Her zaman	54	3,9185	,81172			4>2
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				5,495	,001	
Birlikte yemeyiz	34	2,4390	,42485			1>4
Nadiren	46	2,2924	,42723			2>4
Sıklıkla	134	2,3147	,47313			3>4
Her zaman	54	2,0778	,38567			
Toplam	268	2,2789	,45412			

Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, yaşam doyumu ve yeme bozuklukları gün içerisinde aileleriyle birlikte yemek yemeye göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, aileleriyle birlikte yemeyen ve nadiren yemek yiyen katılımcıların ortalaması, her zaman yiyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel istismarda, aileleriyle nadiren yemek yiyen katılımcıların ortalaması, birlikte yemeyen, sıklıkla ve her zaman yiyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, aileleriyle birlikte yemek yemeyen katılımcıların ortalaması, nadiren, sıklıkla ve her zaman yemek yiyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Aileleriyle nadiren yemek yiyen katılımcıların ortalaması, nadiren ve sıklıkla yiyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam doyumunda, aileleriyle sıklıkla ve her zaman yemek yiyen katılımcıların ortalaması, birlikte yemeyen ve nadiren yemek yiyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, aileleriyle birlikte yemeyen, nadiren ve sıklıkla yemek yiyen katılımcıların ortalaması, her zaman yiyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 19. Değişkenlerin Fast Food Yeme Sıklığına Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				-,183	,090
Hiç ya da nadiren	168	1,3071	,45853		
Sıklıkla ya da her zaman	100	1,3200	,69165		
Fiziksel istismar				-1,417	,218
Hiç ya da nadiren	168	1,1429	,38483		
Sıklıkla ya da her zaman	100	1,2360	,69129		
Fiziksel ihmal				4,191	,086
Hiç ya da nadiren	168	1,6310	,37845		
Sıklıkla ya da her zaman	100	1,4000	,51952		
Duygusal ihmal				3,657	,000
Hiç ya da nadiren	168	2,1190	,92140		
Sıklıkla ya da her zaman	100	1,7520	,70846		
Cinsel istismar				,020	,889
Hiç ya da nadiren	168	1,1643	,36645		
Sıklıkla ya da her zaman	100	1,1360	,50121		
Yaşam doyumu				2,584	,109
Hiç ya da nadiren	168	3,4643	,87393		
Sıklıkla ya da her zaman	100	3,8720	,74211		
Yeme bozuklukları				1,340	,181
Hiç ya da nadiren	168	2,3057	,49451		
Sıklıkla ya da her zaman	100	2,2340	,37473		

Duygusal ihmal, fast food yeme sıklığına göre farklılaşmaktadır. Hiç ya da nadiren fast food tüketen katılımcıların ortalaması, sıklıkla ya da her zaman tüketen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 20. Değişkenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				1,038	,301
Evet	166	1,3398	,54893		
Hayır	102	1,2667	,56662		
Fiziksel istismar				1,090	,094
Evet	166	1,2048	,47937		
Hayır	102	1,1333	,58315		
Fiziksel ihmal				-,680	,052
Evet	166	1,5301	,44741		
Hayır	102	1,5686	,45446		
Duygusal ihmal				2,478	,014
Evet	166	2,0771	,94238		
Hayır	102	1,8275	,69967		
Cinsel istismar				-,453	,182
Evet	166	1,1446	,34439		
Hayır	102	1,1686	,52407		
Yaşam doyumu				-2,380	,099
Evet	166	3,5205	,88239		
Hayır	102	3,7725	,77077		
Yeme bozuklukları				1,145	,541
Evet	166	2,3039	,45026		
Hayır	102	2,2382	,45964		

Duygusal ihmal, sigara kullanma durumuna göre farklılaşmaktadır. Sigara kullanan katılımcıların ortalaması, kullanmayan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 21. Değişkenlerin Diyet Yapma Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Duygusal istismar				14,400	,000	
Hiç yapmadım	96	1,0917	,23915			
Nadiren	108	1,3815	,54036			2>1
Sıklıkla	64	1,5250	,77378			3>1
Toplam	268	1,3119	,55581			
Fiziksel istismar				1,718	,181	
Hiç yapmadım	96	1,1000	,38058			
Nadiren	108	1,2111	,46791			
Sıklıkla	64	1,2375	,73969			
Toplam	268	1,1776	,52140			
Fiziksel ihmal				3,557	,030	
Hiç yapmadım	96	1,5833	,37125			
Nadiren	108	1,4593	,42996			1>2
Sıklıkla	64	1,6313	,55916			3>2
Toplam	268	1,5448	,44965			
Duygusal ihmal				1,365	,257	
Hiç yapmadım	96	1,8792	,63410			
Nadiren	108	2,0000	,86208			
Sıklıkla	64	2,1063	1,12798			
Toplam	268	1,9821	,86530			
Cinsel istismar				4,115	,017	
Hiç yapmadım	96	1,0708	,23392			
Nadiren	108	1,1630	,40200			3>1
Sıklıkla	64	1,2625	,60984			
Toplam	268	1,1537	,42110			
Yaşam doyumu				,364	,695	
Hiç yapmadım	96	3,6458	,79072			
Nadiren	108	3,6370	,85692			
Sıklıkla	64	3,5375	,92573			
Toplam	268	3,6164	,84907			
Yeme bozuklukları				52,622	,000	
Hiç yapmadım	96	1,9688	,21924			2>1
Nadiren	108	2,3861	,43818			3>1
Sıklıkla	64	2,5633	,47643			3>2
Toplam	268	2,2789	,45412			

Duygusal istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve yeme bozuklukları diyet yapma durumuna göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, nadiren ve sıklıkla diyet yapan katılımcıların ortalaması, hiç yapmayan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel ihmalde, hiç yapmayan ve sıklıkla diyet yapan katılımcıların ortalaması, nadiren yapan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Cinsel istismarda, sıklıkla diyet yapan katılımcıların ortalaması,

hiç yapmayan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, nadiren ve sıklıkla diyet yapan katılımcıların ortalaması, hiç yapmayan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Sıklıkla diyet yapan katılımcıların ortalaması, nadiren yapan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 22. Değişkenlerin Psikolojik Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				5,639	,641
Evet	38	1,7579	,45359		
Hayır	230	1,2383	,53711		
Fiziksel istismar				2,499	,016
Evet	38	1,3579	,47228		
Hayır	230	1,1478	,52407		
Fiziksel ihmal				-1,366	,226
Evet	38	1,4526	,43042		
Hayır	230	1,5600	,45184		
Duygusal ihmal				7,062	,000
Evet	38	2,9684	,95807		
Hayır	230	1,8191	,73251		
Cinsel istismar				2,761	,838
Evet	38	1,3263	,22979		
Hayır	230	1,1252	,43870		
Yaşam doyumu				-8,740	,283
Evet	38	2,6316	,79801		
Hayır	230	3,7791	,74171		
Yeme bozuklukları				1,745	,088
Evet	38	2,4118	,51690		
Hayır	230	2,2570	,44030		

Fiziksel istismar ve duygusal ihmal psikolojik hastalık sahibi olma durumuna göre farklılaşmaktadır. Fiziksel istismarda, psikolojik hastalığı olan katılımcıların ortalaması, olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, psikolojik hastalığı olan katılımcıların ortalaması, olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 23. Değişkenlerin Ailelerinde Psikolojik Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	p
Duygusal istismar				5,254	,000
Evet	42	1,7143	,54306		
Hayır	226	1,2372	,52632		
Fiziksel istismar				,689	,888
Evet	42	1,2286	,36578		
Hayır	226	1,1681	,54557		
Fiziksel ihmal				,717	,974
Evet	42	1,5905	,48580		
Hayır	226	1,5363	,44323		
Duygusal ihmal				7,764	,000
Evet	42	2,9429	,89692		
Hayır	226	1,8035	,73320		
Cinsel istismar				2,065	,908
Evet	42	1,2762	,25357		
Hayır	226	1,1310	,44203		
Yaşam doyumu				-6,431	,054
Evet	42	2,8952	,85567		
Hayır	226	3,7504	,77907		
Yeme bozuklukları				4,011	,000
Evet	42	2,5595	,50549		
Hayır	226	2,2268	,42512		

Duygusal istismar, duygusal ihmal ve yeme bozuklukları ailelerinde psikolojik hastalığı olan birinin varlığına göre farklılaşmaktadır. Duygusal istismarda, ailesinde psikolojik hastalığı olan katılımcıların ortalaması, olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal ihmalde, ailesinde psikolojik hastalığı olan katılımcıların ortalaması, olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Yeme bozukluklarında, ailesinde psikolojik hastalığı olan katılımcıların ortalaması, olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmada üniversitede okuyan kız öğrencilerde yeme tutumlarının çocukluk çağı travması ve yaşam doyumu ile ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmaya İstanbul'daki çeşitli devlet ve vakıf üniversitelerinde eğitim gören 268 kız öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilere sosyodemografik bilgi formu ile birlikte, Yeme Tutumları Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Yaşam Doymu Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırma örnekleminin çoğunluğu 20 yaş altındaki öğrencilerden oluşmaktadır. Bu durum katılımcıların ağırlıklı olarak üniversite hayatının ilk yıllarındaki öğrencilerden oluştuğunu göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmacının ağırlıklı olarak vakıf üniversitelerine araştırma formlarını ulaştırmasından dolayı devlet üniversitelerinden katılım %25 ile sınırlı kalmıştır. Katılımcı öğrencilerin çoğunluğu anne ve babasının sağ olduğunu belirtmekle birlikte, %23'lük kesim anne babasının ayrı olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin çoğunluğu ailesinin ekonomik durumunu “iyi” olarak tanımlamaktadır (Tablo 2).

Araştırmada yeme tutumlarının, çocukluk çağı travmaları tarafından yordandığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları bileşenlerinden duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar yeme bozuklukları düzeyini artırmaktadır. Katılımcı grupta yeme tutumları üzerinde en etkili çocukluk çağı travmasının, duygusal istismar olduğu görülmüştür (Tablo 7). Literatürde çocukluk çağı travmalarının yeme tutumları üzerindeki etkisini ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır. 2007 senesinde Brewerton'un yaptığı gözden geçirme çalışmasında, travmayla yeme bozuklukları ilişkisinin ana başlıkları şöyle özetlenmiştir: Çocukluk çağındaki cinsel istismar, yeme bozuklukları açısından spesifik olmayan bir risk faktörüdür. Cinsel istismarla birlikte diğer ihmal ve istismar türleri de yeme bozukluğu ile ilişkili travmatik olaylar kapsamındadır. Bulimik hastalarda travmatik yaşam olayları non-bulimiklerden daha fazladır. Tekrarlayan travmatik yaşantılar ile yeme bozuklukları arasında bağlantı mevcuttur. Travmatik yaşantı varlığında yeme bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olması şart değildir.

Travmatik yaşantı varlığında ek tanılar (özelikle TSSB) daha sıktır. Kısmi TSSB varlığı bulimik semptomlar için bir risk faktörü olabilir. YB belirtilerinde tam düzelme sağlanabilmesi için travma öyküsünün çalışılması gereklidir (Brewerton, 2007).

Wonderlich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (Wonderlich ve diğ., 2001); katılımcıların 26'sı çocukluk çağı cinsel istismarı (1.grup), 21'i erişkinlikte tecavüz (2.grup), 25'i hem çocukluk çağı cinsel istismarı hem de erişkinlikte tecavüz mağduru (3.grup), 25'i de sağlıklı kontrol (4.grup) olacak şekilde gruplandırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, çocukluk çağı kötüye kullanımı olgularının genellikle bir kezden daha fazla sayıda travmaya maruz kaldığı, istismarcıların genellikle aile bireyleri olduğu; erişkinlik tecavüzü olgularının ise sıklıkla tanıdıkları birinin şiddetine maruz kaldığı; 3.gruptaki katılımcıların diyet kısıtlaması, beden görünümü ve beden ağırlığı kaygısı skorlarının diğer tüm gruplardan yüksek olduğu gösterilmiştir. Gruplar arasındaki yeme bozukluğu tanılarının dağılımına bakıldığında; AN tanısının 3.gruptaki; tıknırcasına yeme bozukluğunun 1 ve 3.gruptaki katılımcılarda anlamlı oranda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.

Çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın mağdurun bedeniyle ilişkili utanç duygusunu arttırdığı, bu nedenle yeme bozukluklarının gelişimine zemin hazırladığını iddia eden çalışmalar mevcuttur (Andrews, 1995). Bu çalışmalar yeme davranışında bozulmayı, istismarla baş edebilmek için bedenin kullanılmasına ve bu durumun yeme bozukluklarında görülen karakteristik beden değişimleriyle sonuçlanmasına bağlamaktadır. Bu alandaki bir diğer açıklama ise; erken çocukluk çağı travmalarının birden fazla psikopatolojik süreçle sonuçlandığı ve bunun yeme bozukluklarına yatkınlığı arttırdığı şeklindedir (Wonderlich ve diğ., 1997). Cinsel istismar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğunda; impulsif davranışlar, borderline kişilik bozukluğu, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), disosiyasyon ve kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir birliktelikten bahsetmişlerdir (Wonderlich ve diğ., 1996, Kent ve diğ, 1999). Bazı araştırmalar ise yeme bozukluğu ve kendine zarar verme davranışı birlikteliğinin çocukluk çağı istismarı ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Welch ve Fairburn, 1996, Favaro ve Santonastaso, 1998).

Brady ve arkadaşlarının fiziksel şiddet ve yeme davranışı bozukluğunu inceleyen 2008 tarihli araştırmasında %56'sı erkeklerden oluşan, 18- 20 yaş arasındaki 319 kişinin çocukluk çağı yaşantıları, depresyon ve anksiyete skorları ile yeme davranışları araştırılmış; fiziksel şiddete maruz kalma açısından kadınlarla erkekler arasında fark bulunmamasına rağmen; kadınlarda yeme semptomları, anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek tespit edilmiştir. Direk şiddete maruz kalmak kadar aile içi şiddete tanık olmanın da afektif semptomlar ve yeme semptomlarını etkilediği, şiddet-YB ilişkisinin cinsiyet farkı gözetmediği belirtilmiştir (Brady, 2008).

Grilo ve arkadaşlarının, TYB'da çocukluk çağı travmalarının, cinsiyet ve klinik görünüm üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, DSM-IV'e göre TYB tanısı konulan 145 hastaya çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ-28), Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beden Bölgelerinden Memnuniyet Ölçeği uygulanmış; katılımcıların %83'ünde çocukluk çağı kötüye kullanımının, %59'unda duygusal istismarın, %36'sında fiziksel istismarın, %30'unda cinsel istismarın %69'unda duygusal ihmalin ve %49'unda fiziksel ihmalin olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmal öyküsü olan kadınlarda diyet kısıtlamasının daha belirgin olduğu; duygusal istismar öyküsü olan kadın ve erkeklerde daha fazla depresyon, daha düşük benlik saygısı ve daha fazla beden memnuniyetsizliği olduğu; cinsel istismar öyküsü olan erkeklerde daha fazla beden memnuniyetsizliği olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada farklı istismar türleri ile kilo alımının, diyet yapmanın ya da tıknircasına yemenin başlangıç zamanı arasında bağlantı bulunamamıştır (Grilo ve Masheb, 2001).

1990'lı yılların sonuna kadar yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları ilişkisini inceleyen çalışmalarda fiziksel ve cinsel istismar öncelikli olarak incelenmekle birlikte, son dönemde duygusal istismar ve ihmalin etkileri üzerine yoğunlaşan çalışmalar da artmaktadır. Duygusal istismar üzerine çalışılmasındaki gecikmelerin bir nedeni kavramın içeriğini belirlemedeki zorluklar olmakla birlikte; bir diğer neden de duygusal istismarın çocuk istismarının temel-ana bileşenlerinden biri olduğu ve diğer istismar türleri ile sıklıkla birlikte olduğu düşüncesidir.

Erken dönem araştırmalarda, yeme bozukluğu olgularının aileleri ve aile ortamları; AN'li bireyler için "intruzif, aşırı korumacı, aşırı kontrolcü", BN'li

bireyler için “kaotik ve emosyonel olarak soğuk-uzak” nitelikte olarak tanımlanmıştır (Bruch, 1974). Kent ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları araştırmada ise, diğer istismar türleri kontrol edildikten sonra bozulmuş yeme davranışının birincil prediktörünün çocukluk çağı duygusal istismarı olduğu bulunmuştur (Kent ve diğ., 1999). Bu bulguların varlığı çocukluk çağı duygusal istismarının daha derinden araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Özetle araştırmalar göstermektedir ki, çocukluk çağı istismarı ile yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Bu alanda çalışan klinisyenlerin değerlendirdikleri ve tedavilerini üstlendikleri yeme bozuklukları olgularında istismar yaşantılarının varlığını sorgulaması ve tedavi sürecinde üzerinde çalışması oldukça önemlidir.

Araştırmadan elde edilen diğer bir bulguya göre yaşam doyumunun yeme bozuklukları üzerinde herhangi bir anlamlı etkisi yoktur. Konu hakkında literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiğinde bu bulgudan farklı olarak yaşam doyumu ile yeme bozuklukları arasında ters yönlü ilişkinin bulunduğunu gösteren araştırmalar yer almaktadır. Bu araştırmalardan Kitsantas ve arkadaşları (2003) yeme bozukluğuna sahip 56 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, yeme bozukluğunun düşük yaşam doyumuna neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. Garcia ve arkadaşları (2017) tarafından 88 anoreksiya bozukluğuna sahip hasta ile 111 sağlıklı bireyin zaman algısı, kişilik ve yaşam doyumunun karşılaştığı çalışmada da benzer şekilde anoreksiya nervosa grubun yaşam doyumu sağlıklı gruba göre daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularımızın genel olarak literatür ile ters düşmesi örneklemimizin yeme bozukluğu yönünden klinik bir örneklem olmaması ve yeme bozukluğu oranının düşük olması ile açıklanabilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre yaşam doyumu, çocukluk çağı travmaları tarafından yordandığıdır. Duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, yaşam doyumu düzeyini azaltmaktadır. Bu değişkenlerden yaşam doyumu üzerinde en çok etkiye sahip olan duygusal ihmaldir (Tablo 8). Literatürde doğrudan ergenlerin istismar yaşantıları ile yaşam doyumunu inceleyen araştırmalara rastlanamamıştır. Ancak, çocukluk döneminde karşılaşılan cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal, duygusal ve fiziksel istismar gibi travmalar bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeli, uzun dönemde birey üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu

göz önünde bulundurulmalıdır (Kara ve ark., 2004; Kurtay, 2004; Hancı, 2002). Çocukluk döneminde yaşanan travmaların sonucu tek bir sendrom olarak nitelendirilemez; cinsellik üzerine etkiler, emosyonel etkiler, depresif duygudurum üzerine etkiler, anksiyete şeklindeki etkiler, davranışsal etkiler, yaşam doyumu üzerine etkiler ve kişilik gelişimine etkiler gibi alt başlıklarda toplanması gerekmektedir (Taner ve Bahar, 2004). Kurtay 2004 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, kadınlarda uyuşturucu bağımlılığının daha yüksek oranda çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kişilerde ortaya çıktığını, daha sıklıkla frigide, çok eşlilik, depresyon ve yaşam doyumu düzeyinde düşüklük görüldüğünü ortaya koymuştur. Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve yaşam doyumu ile ilişki için ilgili alanyazın kontrol edildiğinde, çalışmadan elde edilen bulgularla paralellik gösteren açıklamalar olduğu görülmektedir.

Katılımcı grubun sosyodemografik özelliklere göre yeme tutumlarının farklılaşmasını belirlemek üzere yapılan analizlerde, katılımcıların yeme tutumlarının yaşa göre farklılaştığı ve 23 ve üzeri yaş grubunun diğerlerinden daha fazla yeme bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür (Tablo 10). Bu bulgu, erken erişkinlik döneminin de YB açısından risk altında olduğunu desteklemektedir (Preti ve ark. 2009). Diğer taraftan aile gelir düzeyi düşük olan katılımcıların yeme bozuklukları diğerlerinden daha fazla olarak tespit edilmiştir (Tablo 14). Diğer bir ifade ile gelir düzeyinin artması ile yeme bozukluklarının azaldığı gözlemlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında artan gelir seviyesine bağlı olarak sağlıklı besinlerin ulaşılabilirliğinin artmasının etkili olduğu söylenebilir.

Üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin yeme tutumlarının hem anne hem de baba tutumlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Aşırı koruyucu anne ve baba tutumlarına maruz kalan kişilerde yemem bozuklukları daha yüksektir. Bununla birlikte öğrencinin ailesi ile ilişkisini tanımlama şekline göre de yeme tutumları farklılık göstermektedir. Ailesi ile ilişkisinin yetersiz olduğunu belirten kişilerin eme bozuklukları daha yüksektir (Tablo 15, Tablo 16). Literatürde anne baba tutumlarıyla yeme tutumları arasındaki pek çok çalışmada ortaya konmuştur (Erdoğan, 2013; Günöz ve ark., 2002; Cinaz ve ark., 2003; Vural, 2015). Yeme bozukluğu hastalarının çoğunluk anne babaları tarafından aşırı baskı ve kontrol altına alındıkları belirtilmiştir bu durumda onları özerklik duygusundan yoksun bırakmaktadır

(Köroğlu, 2009). Yeme bozuklukları, anne baba tutumlarına bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır. Çocuklukta başlayan yeme problemleri zaman içinde farklı biçimlere girebilir. Çocukluk döneminde görülen yemek seçme, az yeme, belli yiyeceklere takılıp kalma ya da aşırı yeme zamanla yok olabilir ya da ergenliğe doğru yeme problemlerine dönüşebilir. Obezitenin ortaya çıkışında anne baba tutumları oldukça etkilidir. Anne ve babaların çocuklarının fiziksel görünüşleri ile ilgili yorumları, çocukların beden imajı ve psikolojik süreçlerini etkilemektedir (Schwartz, 1988). Bu yönü ile araştırmanın bulguları literatür ile örtüşmektedir.

Öğrencilerden ailesi ile birlikte yemek yeme alışkanlığının düşük olduğu grupta yeme bozukluklarının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 19). Aile ile yeme birlikte yemek yeme alışkanlığının olmaması beslenme alışkanlıklarında hem alınan besin türlerinin sağlıksızlığını hem de beslenme saatlerinin düzensizliğini ortaya çıkarmakta olarak düşünülebilir. Bununla birlikte aile ile birlikte yemek yeme davranışının kısıtlı olmasında öğrencilerin ailelerinden uzakta olması da göz önünde bulundurulmalıdır. Genellikle yurt ve öğrenci evlerinde yaşayan bu kişilerde fast food tüketim alışkanlıklarına bağlı olarak yeme bozukluklarının ortaya çıkması beklenen bir durumdur.

Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında genel olarak kişinin benlik saygısının ve algıladığı beden imgesinin düşük olmasına bağlı olarak diyet yapması etkilidir. Yeme tutumlarındaki bozulmanın olumsuz beden algısı ile ilişkisi (Harter, 1990; Forman and Davis, 2005) ve benlik saygısıyla ilişkisi (Harter, 1990; McFarlane et al., 2001) pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Bu çalışmada da diyet yapma alışkanlığı olan öğrencilerinin yeme bozukluklarının daha yüksek olması (Tablo 22) literatür ile örtüşmektedir.

Yeme bozukluğu olan hastaların genelde olumlu bir aile geçmişi yoktur. Yeme bozukluğu olan hastaların ailelerinde aile içi çatışmalara, depresyona, anksiyeteye, alkol bağımlılığına ve son olarak ta yeme bozukluklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Ayrıcayeme bozukluğu geliştiren hastalar ailelerinin onlardan çok fazla başarı beklediğini, çok fazla eleştirel olduklarını ve anlayışlı olmadıklarını belirtmektedirler (Toker ve Hocoğlu, 2009). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmayeme bozukluğu riskini arttırmaktadır. Özellikle bulimik hastalarda travma geçmişine rastlanmaktadır (Ağırman ve Maner, 2010). Çalışmamızda da

ailesinde psikolojik hastalık sahibi bireylerin olduğunu belirten öğrencilerin yeme bozukluklarının daha yüksek çıkması alan yazın tarafından desteklenmektedir (Tablo 24).

Üniversite öğrencilerin çocukluk çağı travmalarının sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşmasını ortaya koymak için yapılan analizlere göre, duygusal ihmalin okul türüne göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu grupta devlet üniversitesinde eğitim gören öğrencilerin daha fazla duygusal ihmale uğradığı görülmüştür (Tablo 12). Vakıf üniversitelerinde eğitim gören öğrencilerin genel olarak gelir düzeyinin yüksek olması ve çocuklarına hem kendileri hem de diğer sosyal çevre tarafından daha fazla ilgi göstermesinin bu bulguyu oluşturduğu savunulabilir. Araştırma kapsamında düşük gelir düzeyine sahip olan kişilerin daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kalması bu bulgu ile örtüşmektedir (Tablo 14). Literatürdeki çalışmalar bize öncelikle ekonomik problemlerin etkili olduğunu göstermiş (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001, Horton ve Cruise 2001, Güler ve ark. 2002, Erginer 2007)ve bu, çalışmamızı destekler nitelikte bulunmuştur. Literatürdeki ulaşılabilen çalışmaların çoğunluğunda gelir düzeyinin düşük olması ile istismar veya ihmalin ilişkili olduğu yönündedir. Çalışmamızla benzer sonuçları içeren çalışmalara bakıldığında örneğin, Aydın ve İşmen (2003) askerliğe gidenlerin çocukluklarında yaşanan örselenmelerin gelir düzeyinin azalmasına bağlı olduğunu belirtmiştir. Başka benzer sonuçlar da Yılmaz-Irmak (2008)'ın yaptığı çalışmada görülmüştür.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin duygusal ihmal ve istismar düzeyleri ailesinden ayrı yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Öğrencilerin aile ile ilişkilerinin yetersizliğinin bir göstergesi olarak algılanabilecek bu duruma bağlı olarak duygusal bağların zayıflaması ve bir travmanın ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Anne babalarının tutumlarını tutarsız olarak tanımlayan ve aile ile ilişkisinin yetersizliğini belirten öğrencilerin de duygusal ihmal ve istismar yaşantılarının yüksek olması bu varsayım ile örtüşmektedir (Tablo 15, Tablo 16). Diğer taraftan cinsel istismar yaşantısının ailesinden ayrı yaşayan ve aile ilişkileri kötü olan bireylerde daha fazla çıkması da geçmişteki travmatik öyküler nedeni ile öğrencilerin üniversite hayatında ailelerinden uzaklaşmayı tercih etmeleri ile açıklanabilir. Bununla birlikte duygusal istismar ve duygusal ihmal yaşantısı yüksek

olan katılımcıların arkadaşları ile ilişkilerinin daha iyi olduğunu belirtmesi, aileden uzaklaşma evresinde arkadaş çevresinden destek alındığını göstermektedir (Tablo 17, Tablo 18).

Öğrencilerin yaşam doyumlarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmasını belirlemek üzere yapılan analizlerde beden kitle indeksi düşük olan katılımcıların yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Beden imgesinden memnuniyetin yüksek olduğu kişilerin daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (McFarlane et al., 2001).

Araştırmamız sonucunda gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 14). Boysan tarafından 2012 yılında 645 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada yüksek gelir grubunda olan ailelerin çocuklarının yaşam doyumları düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Boysan, 2012). Fındıklı tarafından 2013 yılında okul yöneticilerinin mizah tarzları ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 250 okul yöneticisi ile gerçekleştirilen araştırma sonucunda; algılanan gelir düzeyi yükseldikçe yaşam doyumları düzeyinin de yükseldiği bulgusuna ulaşılmıştır (Fındıklı, 2013). Özel okulda eğitim gören katılımcıların yaşam doyumlarının yüksekliği (Tablo 12) de gelir düzeyinin yüksek olmasına bağlanabilir.

Anne babası tarafından aşırı koruyucu, hoşgörülü ve güven verici tutumlara maruz kalan, ailesi ile ilişkisinin iyi olduğunu düşünen, ailesi ile sıklıkla birlikte yemek yiyen ve ailesi ile birlikte yaşayan kız öğrencilerin yaşam doyumları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15, Tablo 16). Genel olarak aile ile ilişki kalitesi yüksek olan katılımcıların daha fazla yaşam doyumuna sahip olması, yaşam doyumunun; mutluluk, moral gibi değişik açılardan iyi olma halini ve günlük işler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasını ifade etmesi ile açıklanabilir (Vara, 1999). Myers ve Diener (1995), yaşam doyumunu ile ilgili yapılan çalışmaların cinsiyetin, ırkın ve gelir durumunun yaşam doyumunu ve mutluluğu yordamada hemen hemen hiçbir etkiye sahip olmadığını, psikolojik değişkenlerin örneğin kişisel eğilimlerin, yakın ilişkilerin ve kültürün yaşam doyumunu açıklamada daha fazla etkiye sahip olduğunu gösterdiğini belirtmişlerdir. Diener (1995), Lucas, Diener ve Suh (1996), Leung ve Leung'a (1992) göre mutluluğu etkileyen psikolojik faktörler arasında benlik saygısının tutarlı ve güçlü bir biçimde yaşam doyumunu yordadığı

hemen hemen tüm kùltùrlerde (bireyci ve toplulukçu) yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir (Akt. Çeçen 2008).



8. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada İstanbul'da üniversite eğitimi gören kız öğrencilerde yeme tutumlarının çocukluk çağı travmaları ve yaşam doyumu tarafından yordanması araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında çocukluk çağı travmalarının önemli bir rolü bulunmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının ve travmanın inkarının önemini vurgulamış aynı zamanda yeme bozukluklarının ortaya çıkışının sadece travmatik olaya bağlı olmadığı ama kişiyi travmatik olayın inkarına götüren ve inkarın sürdürülmesini sağlayan değişkenlerin yeme tutumunda bozulmaları ortaya çıkarabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kişinin gelecekteki psikolojik gelişimini sekteye uğratabileceği, ruhsal iç dünyasını ve zihnini oldukça olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Çocukluk çağı ile çalışanların özellikle yeme tutumunda ortaya çıkabilecek bozulmalara karşı önleyici tedbirlere başvurması oldukça önemli görünmektedir.

Çocuk istismarı yüzyıllardır bilinen, ortaya çıkan rakamlardan çok daha yüksek oranlarda var olduğu düşünülen, tekrarlayabilir nitelikte, fiziksel ve ruhsal yaralanmaya neden olan, dolayısıyla tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de bulunan bir halk sağlığı sorunudur. İstismar yaşantılarının yalnız yeme bozukluklarıyla değil, birçok psikiyatrik hastalıkla saptanmış olan ilişkisi koruyucu psikiyatrik önlemlerin alınmasının, bu nedenle çocuk istismarı ile ilgili olarak toplumsal farkındalığın artırılmasının gerekliliğine işaret etmesi açısından önemlidir. Ayrıca istismar yaşantılarının rutin psikiyatri pratiği içerisinde sorgulanmasının gerekliliği de bir kez daha tespit edilmiştir.

Tüm istismar türlerinde istismarı uygulayanların sıklıkla ebeveynlerden biri ya da diğer aile üyeleri olduğu, aile içi duygusal ve fiziksel şiddete tanıklık etmenin hasta grubunda daha belirgin olduğu, istismara maruz kalma ve sıklığının hasta grubunda sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu, hasta grubunda istismarın daha ciddi düzeylerde yaşandığı saptanmıştır. Özellikle kadına yönelik şiddet sıklığının her geçen gün arttığı bilinen ülkemizde yeme bozuklukları gibi yüksek oranda

kadınları etkileyen bir psikiyatrik hastalık grubu ile şiddet ilişkisi daha dikkatli sorgulanmalıdır.

Çalışmamızın ana kısıtlılıklarından birinin örneklem büyüklüğümüzün sınırlılığı olduğu dikkate alındığında bundan sonraki çalışmalarda daha büyük örneklem üzerinde araştırma yapmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bir diğer kısıtlılık alanı; travmatik yaşam olaylarını değerlendirmek üzere kullanılan anket sorularında istismar tanımlarının oldukça geniş kapsamlı yapılmış olmasıdır. İleriki çalışmalarda standardize edilmiş istismar tanımlarına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.



KAYNAKÇA

Kitaplar

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic Criteria From DSM-IV.(4. Baskı)*. American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM - IV-TR)*. (Çeviri ed.: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 43.
- Arkonaç, S. A. (2008). *Sosyal psikolojide insanları anlamak: Deneysel ve eleştirel yaklaşımlar*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Bayraktar, S., (2015). *İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Beumont, P. J. V. (2002) *Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, 2nd edn. New York: Guildford Press, 162-70.
- Brewerton, T. D. (2002). *Bulimia in children and adolescents*. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11, 237-256.
- Brewerton, T. D. (2004). *Eating disorders, victimization and comorbidity: Principles of treatment*. In: Brewerton TD, editor. *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. New York: Marcel Dekker Inc., 509545.
- Brewerton, T. D. (2006). *Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents with eating disorders*. In: Jaffa T, McDermott B, editors. *Eating disorders in children and adolescents* 158-168.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, Inc.
- Butcher, J. N., Gass, C. S., Cumella, E., Kally, Z., Williams, C. L. (2008). *Potential for Bias in MMPI-2 Assessment Using the Fake Bad Scale (FBS)*. *Psychol. Inj and. Law*. 1-19.
- Cinaz, P., Bideci, A., Günöz, H., Öcal, G., Yordam, N., Kurtoğlu, S. (2003). *Obesite*. *Pediatric Endocrinoloji, Pediatric Endocrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları 1*, Kalkan Matbaacılık, 487-505.
- Dovey, T. (2010). *Eating behavior*. Berkshire, GBR: Open University Press.

- Erdoğan, A. 2010, “*Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi*” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2(2).
- Ertaş, H.S. (2006). *Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*. Timaş Yayınları, İstanbul.
- Ertaş-Sinirlioğlu, H. (2006). *Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*. Ed. Seval Akbıyık, Timaş Yayınları, İstanbul
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Garcia, D., Granjard, A., Lundblad, S., & Archer, T. (2017). A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. *PeerJ*, 5.
- Günöz, H., Saner, G., Demirkol, M., Gökçay, G., Hüner, G., & Garibağaoğlu, M. (2002). *Beslenme ve beslenme bozuklukları*. Ed., Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, Pediatri. 3. Baskı, 1. Cilt, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 221226.
- Hancı, H. (2002). “*Adli Tıp Ve Adli Tıp Bilimler*”, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 265-270
- Harter, S. (1990). *Self and identity development*. Shirley S, Elliott GR, editors. The developing adolescent. Cambridge: Harvard University Pres. Feldman, 1990 352-387.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Jacobi, C., Morris, L., de Zwaan, M. (2004). *An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder*. In: Brewerton TD, editor. Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach. New York: Marcel Dekker Inc., 117-163.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel Arastırma Yontemi*. Ankara: Nobel Yayın Dagitim.
- Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College women with eating disorders: Self-regulation, life satisfaction, and positive/negative affect. *The Journal of Psychology*, 137(4), 381-395.
- Keys, et al. (1950). *The biology of human starvation*. (2 vols).
- Köknel, Ö. (1981). *Cumhuriyet gençliği ve sorunları*. Ankara: Cem Yayınevi.
- Köroğlu, E. (2009). *Benlik saygısı ve sağlıklı benlik algısı geliştirme*. Ankara Hyb.

- Kurtay D.; Özkök S.; Barlık Y.; Yatağan, M.; Kurtay, A. Ve Akman E. (2004); “Çocuk İhmal Ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım”, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Aydın.
- Le Grange, D., & Lock, J. (Eds.). (2011). *Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook*. New York: The Guilford Press.
- MEB (2004). *Sağlıklı beslenme risk grupları, beslenme sorunları ve çözüm yolları*. Beslenme ve gıda alanında işgücü yetiştirme projesi. Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Onur, B. (1997). *Gelişim Psikolojisi. Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları
- Oruçlular, Y. (2013). *Vücut Algısının Aracı Rolü Üzerinden Özerk- İlişkisel Benlik Özellikleri Ve Yeme Tutumu İlişkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Polat O. (1997). *Vurursan kırılır*. (1. bs), Analiz Yayınları, İstanbul.
- Polat O. (2001). *Çocuk Ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları, 138-150.
- Schwartz, H.J. (1988). *Bulimia: Psychoanalytic Perspectives*, 31-55.
- Topçu, S., (1997), *Çocukların ve Gençlerin Cinsel İstismarı, Ensest ve Pedofili*, Ankara.
- Werne, J., & Yalom, I. D. (1996). *Treating eating disorders*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Werne, J., Yalom, I., (1995). *Treating Eating Disorders*. Jossey Bass Social and Behavioral Science Series. Jossey-Bass Inc. U.S.
- Wilfley, D.E., & Rodin, J. (1995). *Cultural influences on eating disorders*. In K.D. Yetim, Ü. (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Yüksel, Ş. (2002). *Fantezi ve Pedofili*; 20.01.2002 Nazan Özcan Arşivi.
- Zeytinoğlu, S. (1999). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri. *Çocuk istismarı ve ihmali* (2. Baskı) içinde (111-126). Ankara: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği.
- Zeytinoğlu, S. ve Kozcu, Ş. (1990). “Dünyada ve Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmalinin rakamlarla ifadelendirilmesi”, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi: 5/3. Devran Matbaası. Ankara, ss. 391 - 398.

Sürekli Yayınlar

- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of abnormal psychology* 1995; 104(2): 277-285.
- Aral G. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151: 36-39.
- Aslan, D. (2004). Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(9), 326-329.
- Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E., Yıldırım, E. (2003). Ankara’da Eryaman Sağlık Ocağı bölgesinde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 55-62.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
- Avşaroğlu, S. Deniz, M.E. Ve Kahraman, A. (2005), Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu, İş Doyumu Ve Meslekî Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:14 Ss. 115-129
- Ayaz, M., Ayaz, A. B., Soylu, N. (2012). Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klinik Psikiyatri*, 15, 33-40.
- Baş, M., Aşçı, F. H., Karabudak, E., & Kiziltan, G. (2004). Eating attitudes among Turkish adolescents. *Adolescence*, 39 (155), 593- 599.
- Batıgün, A. D., & Utku, Ç. (2006). Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 65-78.
- Batur, S., Demir, H., Ulu, P., Güneş, H., Irmak, E. ve Aşkın, A. (2005). Yeme Tutumu ve Cinsiyet ile Bağlanma Biçimleri Arasındaki İlişki. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8 (15), 21-31.
- Batur, S., Kabakçı, E., and Gülol, Ç. (2003). “Maladaptive eating attitudes of elite and amateur Turkish dancers: Are they at risk?” *Eating and Weight Disorders*, 8(4): pp263-267.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.

- Bloks H, Van Furth EF, Callewaert I, Hoek HW. (2004) , Coping strategies and recovery in patients with a severe eating disorder, *Eating Disorder*;12:157-169.
- Brady, S. S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of ED among both men and women. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 34-351.
- Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders* 1, 137-154.
- Butterfield, P. S., Leclair, S. (1988) Cognitive characteristics of bulimic and drug-abusing women. *Addict Behav* 13(2) 131-138.
- Calam, R., & Waller, G. (1998). Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 351-362.
- Canpolat, B. I., Orsel, S., Akdemir, A., & Ozbay, M. H. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and Body Mass Index in Turkish Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, (37), 150-155.
- Çeçen R. (2008) Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 2008, 4: 19-30.
- Cenkseven, F. Ve Akbaş, T. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Öznel Ve Psikolojik İyi Olmanın Yordayıcılarının İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 3 (27), 43-65.
- Cervera, S. Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., de Irala-Estevez, J., Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem ask risk factors for incident eating disorders in a prospecti ve cohort study. *Int J Eat Disord.*, 33 (3) 271-80.
- Cinemre, B., Kulaksızoğlu, B. (2007). Olgu Sunumu: Bir Erkek Hastada Anoreksiya Nervoza ve Şizofreni Eşhastalanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (1) 8791.
- Çivitci, A.(2009) “İlk Ergenlikte Mantıkdışı İnançlar Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkiler” Ejer, *Eurasian Journal Of Educational Research*, Sonbahar Sayı 37.
- Connors, M.E., and Johnson, C.L. (1987). “Epidemiology Of Bulimia And Bulimic Behaviors” *Addictive Behaviors*, 12: pp.165-179.

- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 21(3) 213-228.
- Demirel, S. & Canat, S. (2004). Ankara'daki Beş Eğitim Kurumunda Kendini Yaralama Davranışı Üzerine Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 12 (3), 1-9
- Demirezen, E., & Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(8), 174-178.
- Dilmaç, B. Ve Ekşi, H. (2008), Meslek Yüksek Okullarında Öğrenim Gören öğrencilerin Yaşam Doyumları Ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 279-289.
- Doğan, B. Moralı, S. (1999), Üniversite Elemanlarının Sporla İlgili Tutumları ile Yaşam ve İş doyum Düzeylerinin spor Yapma Alışkanlıkları İle İncelenmesi, *Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1 ss.16-27.
- Edman, J. L., & Yates, A. (2004). Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison. *European Eating Disorders Review*, (12), 190-196.
- Elal, G., Altuğ, A., Slade, P. ve Tekcan, A. (2000). Factor Structure of the Eating Attitudes Test (EAT) in a Turkish University Sample. *Eating Weight Disorder*, 5(1), 46-50
- Elal, G., Altuğ, A., Slade, P.D., ve Tekcan, A. (2000). "The factor structure of the eating attitudes test (EAT) in a Turkish university sample" *Eating and Weight Disorders*, 5: pp.46-50.
- Erol, A., Toprak, G., & Yazıcı, F.. (2006). Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (60), 551-557.
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (1) 48-57.
- Erol, A., Yazıcı, F., Erol, S., & Kaptanoğlu, C. (2000). Anoreksiya nervozada belirti şiddetini yordayıcı olarak aile işlevselliği ve benlik saygısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 1722.

- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fassino, S., Dağa, G. A., Piero, A., Leombruni, P. ve Rovera, G. G. (2001). Anger and Personality in Eating Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 757-764.
- Favaro, A., Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in BN: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 157-165.
- Forman, M. E, Davis, W. N. (2005). Characteristics of Middle-Aged Women in Inpatient Treatment for Eating Disorders. *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*; 13(3): 231-243.
- Friedman, K. E, Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 10 (1) 33-41.
- Garcia, D., Granjard, A., Lundblad, S., & Archer, T. (2017). A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. *PeerJ*, 5.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C, Goldbloom, D., Kennedy, S., ICaplan, A. S.,& Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, (152), 1052-1058.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited Expression of Negative Emotions and Interpersonal Orientation in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Green, B. A., Cororve, M. B., & Williams, T. L. (2000). Do Anorexia and Bulimia Nervosa Occur on A Continuum? A Taxometric Analysis. *Behavior Therapy*, 31(2), 195-219.
- Goebel, M., Spalthoff, G., Schulze, C., Florin, I. (1989). Dysfunctional cognitions, attributional style, and depression in bulimia. *J Psychosom Res* 33 (6) 747-52.
- Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. (2005). Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebocontrolled comparison. *Biological Psychiatry*; 57: 301-309.

- Güler N, Uzun S, Boztaş Z ve Aydoğan S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 24 (3): 128-134.
- Hausenblas, H. A., & Mack, D. E. (1999). Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and nonathletic populations. *Journal of Sport Behavior*, (22), 502-524.
- Hebebrand, J., Blum, W. F., Barth, N., Coners, H., Englaro, P., Juul, A., Ziegler, A., Warnke, A., Rascher, W., Remschmidt, H. (1997). Leptin levels in patients with anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration. *Mol Psychiatry*, 2 (4) 330-334.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Humphrey, L.L. (1989). "Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior" *J Consulting and Clinical Psychology*, 57(2): pp.206-214.
- İlhan MN, Özkan S, Aksakal F N. (2006). Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8(3): 151-155
- Inniss, D., Steiger, H., Bruce, K. (2011). Threshold and subthreshold post-traumatic stress disorder in bulimic patients: Prevalences and clinical correlates. *Eat Weight Disord.* 16 (1) 30-36.
- Johnson, D.R, & Wu, J. (2002). An Empirical Test Of Crisis, Social Selection, And Role Explanations Of Therelationship Between Marital Disruption And Psychological Distress: A Pooled Time-Series Analysis of Four-Wave Panel Data. *Journal Of Marriage And Family*, 64,211-224.
- Kara, B., Biçer, Ü. & Gökalp, A. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Hastalıkları Ve Sağlığı Dergisi*, 47(2), 140-151.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
- Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M., Babaoğlu, K., & Gökalp, A. S. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(1), 30-7.
- Kavas, A. G ,(2007). Eating Attitudes and Depression in a Turkish Sample. *European Eating Disorders Review*, (15), 305-310.

- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav.* 94(1):121-135.
- Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L., Paulus, M. (2011). Neurocircuitry of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 6, 37-57.
- Kendler, K. S., MacLean, C. J., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry.* 148, 1627-1637.
- Kent, A., Waller, G., Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders,* 25, 161-167.
- Keser, A. (2005), İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama, *Çalışma ve Toplum Dergisi,* Sayı:4, ss.77-95.
- Kirk, G., Singh, K., & Getz, H. (2001). Risk of eating disorders among female college athletes and nonathletes. *Journal of College Counseling,* (4), 122-133.
- Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College women with eating disorders: Self-regulation, life satisfaction, and positive/negative affect. *The Journal of Psychology,* 137(4), 381-395.
- Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., et al. (2004) Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med.* 34(8) 1407-1418.
- Kuğu, N., Akyüz, G., Dogan, Ö., Ersan, E., & İzgiç, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* (40), 129-135.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., ve Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 40(2), 129-135.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10 (1) 32-37.
- Leonard, S., Steiger, H., Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders;* 33: 397-405.

- Lindberg, L., & Hjern, A. (2003) Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort Study. *Journal of Eating Disorders*, (34), 397-408.
- Lowe, M. R., Gleaves, D. H., DiSimone-Weiss, R. T., Furgueson, C., Gayda, C. A., Kolsky, P. A., McKinney, S., Neal-Walden, T., Nelsen, L.A. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 705(4), 508.
- Maner, F.(2001). Yeme Bozukluklan,*Psikiyatri Dünyası*,5(4),130-139.
- Mathews, C. A., Kaur, N., Stein, M. B. (2008). Childhood Trauma and Onsessive-Compulsive Symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 742-751.
- McFarlane, T., McCabe, R. E., Jarry, J., Olmsted, M. P., Polivy, J. (2001). Weight Related adn shape related self evaluation in eating disordered and non eating disordered women. *Int. J. Eat. Disord.*, 29 (3), 328-335.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 463-471.
- Molinari, E. (2001). Eating disorders and sexual abuse. *Eating & Weight Disorders*; 6, 68-80.
- Nauta, H., Hospers, H., Jansen, A., Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research* 24 (5) 521-31.
- Nelson, W. L., Huges, H. M., Kartz, B., & Searight, H. R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence*, (34), 621-635.
- Neumark, S. D., Story, M., Hannan, P. J., Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abise and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders* 2000, 249-258.
- O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, (10), 113.
- Oral, N., Şahin, N.H. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62): 37-48.
- Ovayolu, N. Uçan, Ö. & Serindağ, S.(2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2, 4, 14-22.

- Özdevecioğlu M. (2003) İş Tatmini Ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *11.Ulusal Yönetim Ve Organizasyon Kongresi*, Afyon.
- Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., Ergin, D., Şen, N., & Erbay, P. D. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 98-105.
- Perosa, L. M., & Perosa, S. L. (2004). The continuum versus categorical debate on eating disorders: Implications for counselors. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 82(2), 203-206.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198.
- Polat, A., Başak, Y., Genç, A., ve Meteris, H. (2005). "Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Davranışı Özellikleri: Bir Ön Çalışma" *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42(1- 4): ss.5-8. <http://www.turkmedline.net>.
- Polivy, J. , Herman, C.P. (1985). Dieting and Bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, (40), 193 - 201.
- Powers, P. S., Schulman, R. G., Gleghom, A. A., Prange, M. E. (1987). Perceptual and cognitive abnormalities in bulimia. *Am J Psychiatry*, 144 (11) 1456-60.
- Preti A, Girolamo G, Vilagut G ve ark. (2009) The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH Project. *J Psychiatr Res*, 43: 1125-32.
- Pyle, R., Mitchell, J., Eckert, D., Halverston, P., Neumann, P., & Goff, G. (1983). The incidence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, (2), 75-85.
- Reyes-Rodriguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., et al. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 73(6) 491-497.
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240-1253.
- Russell, S., & Ryder, S. (2001). Bridge (Building the relationship between body image and disordered eating graph and explanation): A tool for parents and professionals. *Eating Disorders*, 9(1), 1-14.
- Savaşır, I., & Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 19-25.

- Scarano, G. M., & Kalodner-Martin, C. R. (1994). A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 72(4), 356-361.
- Şener, A (2009), “Yaşlılık, Yaşam Doyumu Ve Boş Zaman Faaliyetleri”, *Çağın Polisi Dergisi*, Sayı 93, Ankara. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf> 28.08.2010
- Shroff, H., and Thompson, K. (2004). “Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences” *International Journal of Eating Disorders*, 35(2): pp.198-203.
- Siyez, M., & Uzbaş, A. (2006). Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Journal*, 44(1), 37-43.
- Smolak, L., Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 136-150.
- Sözen, Ş. (2005). Çocuk İstismarını Tanıma ve Önlemede Sağlık Çalışanlarının Rolü, 27. *Pediatric Günleri; Çocuk Dergisi, Bilimsel Program ve Özet Kitabı*, 4 -7 Nisan, İstanbul.
- Stock, S.L., Goldberg, E., Corbett, S., and Katzman, D.K. (2002). “Substance use in female adolescents with eating disorders” *Journal of Adolescent Health*, 31 (2): pp.176-182.
- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., & Higgins, E. T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 946-956.
- Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*; 157: 393-401.
- Surlu, B., & Özcebe, H. (2002). Ergen ve çevre. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 72(1), 14-21.
- Taner, Y. & Gökler B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Taner, Y. Ve Bahar, G. (2004); “Çocuk İstismarı Ve İhmali, Psikiyatrik Yönleri”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: 82-85

- Templeton, A. R. (2005). Haplotype trees and modern human origins. *American Journal of Physical Anthropology*, 128(S41), 33-59.
- Tıraşçı Y., & Gören S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 7074.
- Toker, D. E., & Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Troisi, A., Massoroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005) Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, (44), 89-98.
- Tümkaya, S. , Hamarta, E. , Deniz, M.E. , Ve Çelik, M. , (2008). Duygusal Zeka Mizah Tarzı Ve Yaşam Doymu: Üniversite Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma, *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, Cilt:3, Sayı:30, Ss: 1-18.
- Türk, M., Gürsoy, T. Ş., & Ergin, I. (2007). Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Genel Tıp Dergisi*, 77(2), 81-7.
- Tuzgöl- Dost, M. (2007). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumlarının bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (22), 132-143.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J. (2002) Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord*. 32 (3) 282-290.
- Ünal, S. Karlıdağ, R. Ve Yoloğlu, S. (2001), Hekimlerde Tükenmişlik ve İş doymu düzeylerinin Yaşam Doymu Düzeyleri ile İlişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Sayı:4 ss. 113-118.
- Wade, T. D., Bulik, C. M. (2007) Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychol Med*. 37(5) 635-644.
- Wakeling, A. (1996). "Epidemiology of anorexia nervosa" *Psychiatry Research*, 62: pp.3-9.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., and Leung, N. (2003). "Anger and core beliefs in the eating disorders" *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): pp.118-124.
- Wilson, G. T, Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*, 61 (2) 261-9.

- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A metaanalysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.
- Wonderlich S, Donaldson MA, Carson DK, Staton D, Gertz L, Leach LR, Johnson M. (1996). Eating disturbance and incest. *Journal of interpersonal violence*; 11: 195207.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jovic, Z., Dansky, B. S., Abbott, D. W. (1997).The relationship of childhood sexual abuse and eating disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- Worobey, J. (1999). "Temperament and loving-styles in college women: Associations with eating attitudes" *Psychological Reports*, 84: pp.305-311.
- Yağcı, R., Vural, S., Aydoğdu, M.A. (2000) Sağlıklı Büyük Çocuk Beslenmesi. *Sendrom Tıp Dergisi*, 12(8), 66-75.
- Yager, J., and Smith, M. (1993). "Resricter anorexia nervosa in a thirteen year old sheltered Muslim girls raised in Lahore, Pakistan: developmental similarities to western patients" *International Journal of Eating Disorders*, 14: pp.46-48.
- Yaşar, A., Ilıca, B., Rakıcioğlu, N. (1999) Ankara'da devlete ait ve özel ilköğretim okullarında eğitim gören çocukların beslenme durumlarına ilişkin bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 25(12), 21-28.
- Yılmaz, G. Keser, A. ve Yorgun, S. (2010). Konaklama İşletmelerinde Çalışan Sendika Üyelerinin İş ve Yaşam Doyumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, *Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, Cilt:6 Sayı:1, ss. 87107.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament,M.F. and Halfon, O. (2004). "Personality trait risk factorsfor attempted suicide among young women with eating disorders" *European Psychiatry*, 19(3): pp. 131-139.
- Zeytinoğlu, S. (2002). Çocuk İstismarı Ve İhmali Sorununa Geniş Açıdan Yaklaşmak . *Çoluk Çocuk*, 15, 29-30.

Tezler

- Aydın, C.(2010). Yeme Tutumu Ortorektik Belirtiler ve Ana-babaya Bağlanma Brasındaki İlişkiler, *Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Batur, S. (2004). Yeme Tutum Bozukluğu Gösterenlerde Ve Göstermeyenlerde Temel Bilişsel Şemalar, *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Boysan, M.(2012). Üniversite Öğrencilerinde Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Başa Çıkma Stilleri ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Model Sınaması, *Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü,Ankara
- Braun, P.M.W. (1977). . Psychological Well Being A N D Location İn T H E Social Structure. *Doctoral Dissertation* University Of Southern California.
- Demir, B. D. (2006). Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Dingiltepe, T. (2009). Parçalanmış ve Tam Aileye Sahip Ergenlerin Yaşam Doymu Düzeyleri ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış YüksekLisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Erdoğan, G. (2013). 13-18 yaş obez tanısı almış ergenlerin anne-baba tutumu ve sosyal fizik kaygı ile ilişkisinin normal ergenlerle karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilimdalı, İstanbul.
- Eren, T. A. (2008), Onkoloji Hemşirelerinin İş Doymu Ve Yaşam Doymununun İncelenmesi: *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı.
- Güler, A. (2014). Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Gümüüşbaş, B (2008) “Stresle Başa Çıkma Yolları Eğitim Programının İlköğretim 2. Kademe Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ve Yaşam Doymu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” *Yüksek Lisans Tezi* İzmir.
- Keser, A. (2003). Çalışmanın Anlamı, Gnsan Yaşamındaki Yeri ve Yaşam Doymu Üzerine Bir Uygulama. *Doktora Tezi*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

- Kırtıl, S. (2009), İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri İle Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi: *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi,
- Kocaer, Ü. (2006). Hekim ve HemÇirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Mete, B. (2015). Çocuk İstismarı: Stres, Aile İşlevselliği, Sosyal Yalıtım, Kabul/Red, Hacettepe Üniversitesi, *Yüksek Lisans Tezi*.
- Ortaçgil, E. (2009). *A study exploring the relationship between eating disorders and borderline personality. Unpublished master's thesis*, Bilgi University Institute of Social Sciences.
- Pembecioğlu, Ü. (2005). *Predictors of disordered eating among Turkish university students*. Yayımlanmamış *Yüksek Lisans Tezi*, ODTÜ Eğitim Bilimleri Bölümü, Ankara.
- Sezgin, A.U. (1993). Ensestin Psikososyal ve Adli Yönden İncelenmesi. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilimdalı *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Şahin,Ş. (2008), Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Ve Yaşam Doyumu Düzeyleri: *Yüksek Lisans Tezi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı.
- Şanyüz, Ö. (2009). Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, *Uzmanlık Tezi*.
- Temiz, K. (2010), Görme Engellilerde Ruhsal Belirtilerin, Yaşam Doyumunun Ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Araştırılması: *Uzmanlık Tezi*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.
- Toker D E. K.T.U. Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Yeme tutumu Ve Aile Yapısı Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi*, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008
- Vara, S. (1999). Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyum ve genel yaşam doyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz Irmak, T. (2008). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı Ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler, *Doctoral dissertation*, Ege Üniversitesi.

Internet Kaynakları

Beyhun, E. (2002). Doktor Gözüyle: *Çocuk İstismarı*. Toplum Hekim Bülteniği.

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF). (2007). Justice Reform Achievementsın.

http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_JJTurkey08.pdf. Erişim tarihi:

14.12.2017.

Uluhan, F. (2014). Anoreksiya Nervoza. [http://www.psikoterapi.pro/psikiyatri-](http://www.psikoterapi.pro/psikiyatri-antalya/anoreksiya-nervoza)

[antalya/anoreksiya-nervoza](http://www.psikoterapi.pro/psikiyatri-antalya/anoreksiya-nervoza) erişim tarihi: 17.01.2018

Vural, E. (2015). Psikanalitik kurama göre neden yemek yiyoruz.

<http://www.drerolvural.com/psikanalitik-kurama-gore-neden-yemek-yiyoruz/> erişim

tarihi 12.12.2017



EKLER

Sayın Katılımcı,

Bu anket Arel Üniversitesi'nde yüksek lisans programı çerçevesinde yürütülmekte olan “Üniversite Öğrencilerindeki Yeme Tutumlarının Çocukluk Çağı Travmaları ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi” başlıklı bir araştırmaya veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

- Bu bir test değildir. Ankette yer alan hiçbir sorunun doğru ya da yanlış yanıtı yoktur.
- Lütfen, **hiçbir soruyu yanıtı bırakmayınız.**
- Anket formlarına isim-soyadı yazılması gerekmektedir.
- Bu araştırmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi, sizin sorulara vereceğiniz yanıtların samimiyetine bağlı olacaktır.
- Anket 4 bölümden oluşmaktadır ve cevaplamak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır.

Değerli katkı ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

I. BÖLÜM: YEME TUTUMU TESTİ						
Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.		HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	KİMİ ZAMAN	SIK OLARAK	ÇOK SIK
1	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5
2	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	1	2	3	4	5
3	Yemekten önce sıkıntılı olurum.	1	2	3	4	5
4	Şişmanlıktan ödüm kopar.	1	2	3	4	5
5	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6	Aklım fikrim yemektir.	1	2	3	4	5
7	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.	1	2	3	4	5
8	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	1	2	3	4	5
9	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	1	2	3	4	5
10	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5
11	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	1	2	3	4	5
12	Ailem fazla yememi bekler.	1	2	3	4	5
13	Yemek yedikten sonra kusarım.	1	2	3	4	5
14	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
15	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	1	2	3	4	5
16	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
17	Günde birkaç kez tartılırım.	1	2	3	4	5
18	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	1	2	3	4	5
19	Et yemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5
20	Sabahları erken uyanırım.	1	2	3	4	5
21	Günlerce aynı yemeği yerim.	1	2	3	4	5
22	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	1	2	3	4	5
23	Adetlerim düzenlidir.	1	2	3	4	5
24	Başkaları zayıf olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5
25	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder	1	2	3	4	5
26	Yemeklerimi yemek başkalarinkinden uzun sürer.	1	2	3	4	5
27	Lokantada yemek yemeyi severim.	1	2	3	4	5
28	Müşhil kullanırım.	1	2	3	4	5
29	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5
30	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	1	2	3	4	5
31	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
32	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	1	2	3	4	5
33	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
34	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	1	2	3	4	5
35	Kabızlıktan yakınıyorum.	1	2	3	4	5
36	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
37	Perhiz yaparım.	1	2	3	4	5
38	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	1	2	3	4	5
39	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5
40	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	1	2	3	4	5

II. BÖLÜM: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI						
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.		Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3	Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11	Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13	Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19	Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissediyorlardı.	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

III. BÖLÜM: YAŞAM DOYUMU						
Bu sorular günlük hayatınızdan tatmin düzeyiniz ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.	1	2	3	4	5
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5
3	Yaşamımdan memnunum.	1	2	3	4	5
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.	1	2	3	4	5
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	1	2	3	4	5

IV. BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİLER	
Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız	
1	Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2	Yaşınız:.....
3	Boyunuz:
4	Kilonuz:
5	Okuduğunuz okul türü? <input type="checkbox"/> Devlet Üniversitesi <input type="checkbox"/> Vakıf Üniversitesi
6	Sınıfınız:
7	Annenizin eğitim durumu: <input type="checkbox"/> Hiç okula gitmemiş <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
8	Babanızın eğitim durumu: <input type="checkbox"/> Hiç okula gitmemiş <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
9	Anne babanız birlikte mi yaşıyor? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10	Annenizin yaşam durumu?

	<input type="checkbox"/> Hayatta <input type="checkbox"/> Ölmüş
11	Babanızın yaşam durumu? <input type="checkbox"/> Hayatta <input type="checkbox"/> Ölmüş
12	Ailenizin ekonomik durumunu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Çok iyi
13	Annenizin sizi yetiştirme tutumunu nasıl değerlendirirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Aşırı koruyucu <input type="checkbox"/> Hoşgörülü ve güven verici <input type="checkbox"/> Tutarsız <input type="checkbox"/> Reddedici <input type="checkbox"/> Mükemmeliyetçi <input type="checkbox"/> Ayrımcılık yapan
14	Babanızın sizi yetiştirme tutumunu nasıl değerlendirirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Aşırı koruyucu <input type="checkbox"/> Hoşgörülü ve güven verici <input type="checkbox"/> Tutarsız <input type="checkbox"/> Reddedici <input type="checkbox"/> Mükemmeliyetçi <input type="checkbox"/> Ayrımcılık yapan
15	Ailenizle ilişkinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Çok iyi
16	Arkadaşlarınızla ilişkinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Çok iyi

17	Gün içinde herhangi bir öğünü aileniz ile aynı sofrada yer misiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz.) <input type="checkbox"/> Birlikte yemeyiz <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Her Zaman
18	Ne sıklıkta fast food veya abur cubur tüketirseniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Her zaman
19	Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
20	Diyet yapar mısınız? <input type="checkbox"/> Hiç yapmadım <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Her zaman
21	Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
22	Ailenizde ruhsal bozukluk tanısı almış akrabanız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

ÖZGEÇMİŞ



