

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YEME BOZUKLUKLARI İLE DÜŞÜNCE BEDEN BİÇİMİ
KAYNAŞMASI İLİŞKİSİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze ONUR

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

AĞUSTOS, 2022

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YEME BOZUKLUKLARI İLE DÜŞÜNCE BEDEN BİÇİMİ
KAYNAŞMASI İLİŞKİSİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze ONUR

(Y1912.480003)

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

AĞUSTOS, 2022

ONAY BELGESİ

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Yeme Bozuklukları ile Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması İlişkinde Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünün İncelenmesi” adlı araştırmanın, ilk aşamasından sonuçlanması kısmına kadar ki tüm basamaklarında bilimsel ahlaka ters düşecek bir çabaya başvurulmaksızın yazıldığını ve eserlerin Kaynakça’da bahsedilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıfta bulunarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Gamze ONUR

ÖNSÖZ

Psikoloji bölümüne adım atışımla başlayan mesleki eğitim sürecim kendimi tanıma serüvenimin de ilk adımıydı. Bu yolculukta bilgi ve deneyimleriyle, bizlerle kurdukları bağ ile zihnimizde yepyeni pencereler açan, bizi bu alana en güzel şekilde hazırlayan İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümü'ndeki bütün saygıdeğer hocalarıma ayrı ayrı çok teşekkür ediyorum. Sizin elinizden yetişmek benim için hep ayrıcalık olarak kalacak...

Yüksek Lisans tez sürecim akademik anlamda beni çok geliştirmekle beraber hem pandemi koşulları hem de hayatın diğer getirileri ile beraber her yönden psikolojik dayanıklılığımın sınındığı, en zayıf düştüğüm bir dönemde başarmaya, bitirmeye çalıştığım bir görevdi benim için. Tükenme, pes etme noktasına defalarca gelsem de tezimi tamamlamış ve bu yazıyı yazıyor olabilmem kendime verdiğim en güzel ödül benim için. Bu yüzden, tez sürecinde zorlanan ve benimle aynı duyguları paylaşarak bu yazıyı okuyan bütün arkadaşlarıma kucak dolusu sevgilerimi yolluyor ve başarılar diliyorum.

Öncelikle, lisans ve yüksek lisans süresince akademik birikimini, deneyimlerini, desteğini, sabrını ve hoşgörüsünü esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN'a gönülden teşekkürlerimi sunarım. Öğrencisi olmaktan her zaman gurur duydum ve duyacağım.

Beni sözleriyle motive eden, sevgisi, ilgisi ve anlayışıyla yanımda olan, onaran, güven veren, içimdeki çocuğun en tatlı yoldaşları Edanur DAĞAŞAN, Merve URFALIER, Elifnur FİLLİKÇİOĞLU, Gül AKIN ve ismini saymadığım lise, üniversite, yüksek lisans ve yurt hayatımda bana eşlik eden diğer tüm dostlarıma sonsuz teşekkürler.

Veri toplama sürecinde sabırla ve samimiyetle formları dolduran kişilere ve terapi süreçlerine eşlik ettiğim bana çok şey katan sevgili danışanlarıma sonsuz teşekkürler.

Yaşam merdivenlerinden çıkarken büyümemiz, gelişmemiz ve geleceğimizi kurabilmemiz için bizim hep yanımızda olan, emeğini hiç esirgemeyen, bana pes etmemeyi, savaşmayı, yeniden başlamayı öğreten, bir yandan çalışıp bir yandan tezi

yazmaya çalışırken benim her türlü stresimi anlayışla karşılayan, bana inanan, benim değerli ve güçlü annem Fatma ONUR'a, kardeşlerim Oğuzhan ONUR ve "küçüküm" Erhan Onur'a kısacası çekirdek aileme sonsuz teşekkürler. Ayrıca maddi ve manevi beni bugünlere hazırlayan, desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen sevgili dedem Ali TİPİ'ye, dayım Bilge TİPİ'ye ve şefkatiyle beni sarıp sarmalayan sevgili anneannem Hayriye TİPİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Henüz 7 yaşındayken kaybettiğim sevgili babam Ahmed ONUR, anımsadığım kadarıyla zihnimde kalan neşe dolu anlarımız ve kalbimde hissettiğim sıcacık sevgin için sonsuz teşekkürler, seni çok seviyorum ve her daim kalbimdesin. Bu en çok da senin için...

Ağustos, 2022

Gamze ONUR

YEME BOZUKLUKLARI İLE DÜŞÜNCE BEDEN BİÇİMİ KAYNAŞMASI İLİŞKİSİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmada ergenlik ve yetişkinlik döneminde olan bireylerin yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolü incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 16-56 yaş arası, 59'u erkek, 247'si kadın olmak üzere 306 katılımcı oluşturmaktadır. Yaygınlığı giderek artış gösteren yeme bozukluklarının bir üst biliş olan düşünce beden biçimi kaynaşması ve birçok patolojiyle ilişkisi bulunan çocukluk çağı travmalarıyla birlikte araştırılmasının, alan yazına farklı açılardan sağlayabileceği katkılar nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın veri toplama aşamasında Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Araştırmada ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır ve araştırmanın örneklemini kolayda örnekleme yoluyla seçilmiştir. Çalışmanın istatistiksel aşamasında SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Yapılan aracı rol analizlerine göre, çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinde aracı rol oynadığı saptanmıştır. Analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Araştırmanın son kısmında ise çalışmanın sınırlılıkları açıklanmış ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, Düşünce beden biçimi kaynaşması, Çocukluk çağı travmaları.

INVESTIGATION OF THE INTERMEDIATE ROLE OF CHILDHOOD TRAUMAS IN THE RELATIONSHIP OF EATING DISORDERS AND THOUGHT SHAPE FUSION

ABSTRACT

In this study, the mediating role of childhood traumas in the relationship between eating disorders and fusion of thought shape in adolescents and adults was examined. The sample of the study consists of 306 participants, 59 males and 247 females, between the ages of 16-56. It is thought to be important to investigate eating disorders, which are increasing in prevalence, together with the fusion of thought shape, which is a metacognition, and childhood traumas that are associated with many pathologies, because of the contributions that it can provide to the literature from different perspectives. Eating Disorders Rating Scale, Childhood Trauma Scale, Thought Shape Fusion Scale and Demographic Information Form were used in the data collection phase of the study. Relational screening method was used in the research and the sample of the research was chosen by convenience sampling. SPSS 25.0 statistical package program was used in the statistical phase of the study. According to mediator role analysis, it was determined that childhood traumas played a mediating role in the relationship between eating disorders and thought shape fusion. The findings obtained as a result of the analyzes were discussed within the framework of the literature. In the last part of the study, the limitations of the study were explained and suggestions were made for future studies.

Keywords: Eating disorders, Thought shape fusion, Childhood traumas

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ.....	1
A. Araştırmanın Amacı	3
B. Araştırmanın Önemi	3
C. Araştırmanın Hipotezleri	4
D. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
E. Araştırmanın Sayıltıları.....	5
F. Araştırmanın Temel Problemi.....	5
II. LİTERATÜR TARAMASI	7
A. Yeme Bozuklukları.....	7
1. Anoreksiya Nervoza	9
2. Bulimia Nervoza	10
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	11
4. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu	13
5. Pika	13
6. Ruminasyon (geri çıkarma/geviş getirme) bozukluğu.....	14
7. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları	14
8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları.....	15
B. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	15
1. Genetik etmenler.....	15
2. Nörobiyolojik etmenler.....	16
3. Sosyokültürel etmenler	18

4. Ailesel etmenler	18
C. Yeme Bozuklukları ve Beden Algısı	19
D. Yeme Bozukluklarına Kuramsal Yaklaşımlar	20
1. Bilişsel davranışçı kuram	20
2. Bağlanma kuramı	22
E. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi	23
F. Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılan Araştırmalar	24
G. Çocukluk Çağı Travmaları	26
1. Fiziksel istismar	27
2. Duygusal istismar.....	28
3. Cinsel istismar.....	29
4. İhmal	30
5. Çocukluk çağı travmaları yaygınlık ve sıklığı	30
6. Çocukluk çağı travmalarının uzun dönem etkileri	31
H. Düşünce-Beden Biçimi Kaynaşması (DBBK).....	32
III. YÖNTEM	37
A. Araştırmanın Modeli.....	37
B. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
C. İşlemler	37
D. Veri Toplama Araçları	38
1. Demografik bilgi formu	38
2. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ-33)	38
3. Yeme bozuklukları değerlendirme ölçeği	39
4. Düşünce beden biçimi kaynaşması ölçeği (DBBK-Ö)	39
E. Verilerin Analizi.....	40
IV. BULGULAR.....	41
A. Verilerin İstatistiksel Analizi	41
B. Korelasyon Analizi Sonuçları	43
C. Aracı Değişken Analizi Sonuçları	44
D. Demografik Değişkenlerle İlişkili Sonuçlar	46
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
A. Tartışma	53
1. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine ilişkin bulguların değerlendirilmesi	53

2. Yeme bozuklukları ve düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinin incelenmesine yönelik bulguların değerlendirilmesi	54
3. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisindeki aracı rolünün değerlendirilmesi	55
4. Yeme bozukluklarının demografik değişkenlere göre incelenmesine yönelik bulguların değerlendirilmesi	57
B. Sonuç ve Öneriler	60
VI. KAYNAKÇA.....	63
EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	105

KISALTMALAR LİSTESİ

- ACE** : Adverse Childhood Experiences
- APA** : American Psychology Association/ Amerikan Psikoloji Birliği
- ÇÇTÖ** : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- DBBK** : Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması
- DBBKÖ** : Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DEK** : Düşünce Eylem Kaynaşması
- DHHS** : Department of Health and Human Services
- DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- İHD** : İnsan Hakları Derneği
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- UNİCEF** : United Nations International Children's Emergency Fund
- WHO** : World Health Organization
- YEDÖ** : Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1 Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeklerinden Elde Edilen Puanlara Ait Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları	41
Çizelge 2 Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puanları Arasındaki İlişkilere Ait Pearson Korelasyon Katsayıları.....	43
Çizelge 3 Regresyon Analizi Sonuçları	45
Çizelge 4 Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları.....	46
Çizelge 5 Eğitim Düzeyine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları	47
Çizelge 6 Profesyonel Destek Alma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları.....	48
Çizelge 7 Yaşa Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları	49
Çizelge 8 Vücut Kitle İndeksine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1 Yemek Bozukluklarının Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Üzerindeki Etkisinde Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünü, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, c¹=Çocukluk çağı travmaları üzerinden oluşan dolaylı etki 45

I. GİRİŞ

Yeme bozuklukları, yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen ve hem fiziksel hem psikolojik sorunlara yol açarak bireyin medikal yardım almasına sebep olan ve son zamanlarda yaygınlığı giderek artan sıra dışı yeme davranışı bozukluklarıdır (Öyekçin & Şahin, 2011). Günümüz dünyasında bozulan yeme davranışları; hızla yaygınlaşması, klinik görünümleri olan rahatsızlıklara yol açması, oluşum süreçlerinin netleştirilememesi, elverişli tedavi yöntemlerinin uygulanamaması gibi nedenlerle yeme bozuklukları tanısının öncülü olarak görülmektedir. Bu açıdan yeme bozuklukları; yeme tutumlarının da kapsadığı bütün bozuklukları içine alacak şekilde en geniş haliyle tanımlanmakta ve kullanılmaktadır (Toker & Hocoğlu, 2009). Kafeler, restoranlar, dergiler, televizyon şovları, web siteleri ve sosyal medya gibi hemen hemen her yerde yemek ve yemeğe dair görseller, tarifler hayatımızın içinde ve hatta merkezindedir. Diğer yandan diyet yapma yaygınlaşmakta ve bilhassa kadınların, zayıf olma isteklerini karşılamaya yönelik çalışan bir pazar da oluşmaya başlamıştır. Diyet yapmaya, yemek yapmaya kısaca yemeğe yönelik bu yoğun ilgi düşünüldüğünde yeme bozukluğu davranışlarının gelişmiş olması şaşkınlık verici değildir. Yeme davranış ve tutumlarının da zaman içinde gösterdiği değişim ideal beden algısına dair zaman içinde değişen toplumsal normlar etkili olmuştur. Özellikle teknolojiye ulaşım yaşının gün geçtikçe düşmesiyle popüler kültürün medya ve diğer iletişim kanallarıyla yeni yetişen nesile aktardığı güzellik ve zayıflık mitleri gençler arasında kabullenilmeye ve yeme bozukluğu görülme yaşının da düşme eğilimi göstermesine sebep olmaktadır (Oğuz, 2005). Yeme bozukluklarının gün geçtikçe artış göstermesiyle birlikte yeme tutumu ve yeme davranışını inceleyen araştırmalar da önem kazanmıştır. Yeme bozukluklarının gelişmesinde kültürel, bilişsel, motivasyonel ve kişilerarası ilişkilerin ortaklaşa etkisinin olduğu düşünülmektedir (Strauman vd., 1991). Yeme tutumunun oluşma ve gelişme sürecine çocukluğun çok erken çağlarından itibaren hem ailesel hem çevresel hem de sosyal faktörlerin birçoğu eşlik ederek yeme ile ilgili öğrenme süreçlerimizi oluşturmaktadır. Bu faktörlere bağlı olarak yeme ile ilgili tercihlerimiz de şekillenmeye, ne zaman,

kiminle, neyi, ne kadar yiyeceğimiz de değişiklik göstermeye başlamaktadır (Shafron & Robinson, 2004).

Yeme bozuklukları kişilerin beslenme, kilo ve bedensel görünüm ile ilgili endişeleri ile birlikte tıkmırcasına yeme ya da yemek yeme tutumunun kısıtlanması gibi yeme davranışında oluşan değişikliklerle birlikte kendini gösteren bir bozukluktur (Becker vd.,1999). Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Revizyonu (ICD-10), yeme bozukluklarını, psikolojik ve bedensel değişimlerle ilişkili bir davranışsal bozukluk olarak tanımlamaktadır (WHO, 2007). Sıklığı ve yaygınlığı gittikçe artan yeme bozuklukları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tıbbi dikkat gerektiren önemli bir tıbbi durum olarak tanımlanmaktadır (Janout ve Janoutova, 2004). Yeme bozukluğunun gelişim sürecine etki eden alt tiplerinin ve ergenlik döneminde yerleşen yeme tutumlarının incelenmesi bu nedenlerle önemli ve gerekli görülmektedir (Birmingham vd., 2005).

Yeme bozukluğu tanısı olmayan kişilere göre yeme bozukluğu belirtileri gösteren kişiler çocukluk yaşantıları hakkında daha fazla cinsel istismar bildirmektedirler (Deep vd., 1999). Çocuk istismar ve ihmali, anne-baba ya da çocuğa bakım veren bir yetişkinin toplumsal kurallar ve uzmanlar tarafından hasar verici veya uygun olmayan şekilde nitelendirdikleri, çocuğun gelişimini engelleyen ve kısıtlayan eylem veya eylemsizliklerin tamamını çocuğa uygulanması olarak ifade edilmiştir. Bu eylem ve eylemsizlikler çocuğun yaşamına ruhsal, fiziksel, sosyal ve cinsel açıdan zarar vermekle birlikte güvenliğinin ve sağlığının da tehlikeye girdiğini göstermektedir (Taner & Gökler, 2004). Yapılan bir araştırmada cinsel istismar bildirimlerinin çoğunlukla yeme bozukluğu tedavisinden önce ya da tedavi sırasında olduğu tespit edilmiştir (Romans vd., 2001). Everill ve Waller (1995) çocukluk döneminde yaşanan özellikle fiziksel istismar yaşantıları bildiren kişilerde yeme bozukluğu gelişme riskini yüksek bulunduğunu bildirmektedirler. Ayrıca aynı çalışmada aile üyelerinin çok erken yaşlarda zor kullanması gibi davranış örüntüleri ile yeme bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir.

Olumsuz beden imgesi ve problemlili yeme davranışları ile ilişkili olan Düşünce-Beden Biçimi Kaynaşması (DBBK) ise Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) spektrumunda gözlemlenen ve obsesif inanç alanlarından biri olan Düşünce-Eylem Kaynaşmasından (DEK) temelini almaktadır (Shafran ve Robinson, 2004).

Kilo aldırıcı ya da zararlı yiyecekleri tüketmeyi düşünmenin gerçek yeme davranışları ile karıştırıldığı DBBK, yeme bozukluğuna özgü bir çarpıtılmış düşünce eğilimi olarak ifade edilmektedir (Shafran vd., 1999). DBBK, yenilmesinin kişide rahatsızlık hissi uyandırdığı “yasaklı” yiyeceklere ilişkin düşüncelerin ahlaken kabul edilemez bir eylem gerçekleştirmiş olmak ile denk tutulmasıyla birlikte, vücut ağırlığı ve biçiminin değişeceğine yönelik gerçekçi olmayan abartılı değerlendirmelerde bulunması olarak da açıklanmaktadır (Shafran & Robinson, 2004). Yeme bozukluğu tanısı almış kişiler tarafından daha fazla deneyimlenmekte olduğu öne sürülen DBBK'nin (Coelho vd., 2008a; Shafran & Robinson 2004), sağlıklı kişilerde de tetiklendiğine yönelik bulgulara rastlanmıştır (Coelho vd., 2008b).

Bu noktadan hareketle yeme bozuklukları ile literatürde özellikle obsesif inanç ve yeme tutumlarıyla ilişkili bulunan DBBK ilişkisinin çocukluk çağı travmalarının aracı rolü ile birlikte incelenmesi araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Araştırmada öncelikle yeme bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve DBBK'na ilişkin literatür aktarılacaktır.

A. Araştırmanın Amacı

Araştırmada yeme bozuklukları ve DBBK ilişkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün incelenmesi, demografik bilgiler açısından yeme bozukluklarının incelenmesi ve değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığına bakılması amaçlanmıştır.

B. Araştırmanın Önemi

Yeme bozuklukları, süreğen bir seyir izleyen, tedavisinde düşük oranda yanıt alınabilen ve hem ciddi medikal komplikasyonlar hem de intihar gibi nedenlerle ölümlerle sonuçlanma ihtimali olan önemli bir psikolojik bozukluk olarak görülmektedir (Fairburn & Harrison, 2003). Bu açıdan bakıldığında hastalığa yol açan etiyolojik faktörlerin anlaşılması ve koruyucu yöntemlerin geliştirilebilmesi çok önemlidir. Çocukluk çağı travmaları ise hem küresel bir sorun hem de uzun süreli travmatik etkileri nedeniyle yeme bozuklukları dahil birçok patolojiyle ilişkili bulunan ve pek çok araştırmaya da konu olan bir olgudur. DBBK ise alanyazına henüz yeni giren yeme bozuklukları ve obsesif düşünce yapılanmasıyla ilişkisi

bulunmuş fakat diğer psikiyatrik sorun ve konularla arasındaki ilişkiye henüz yeterince bakılmamış bir kavramdır. İlgili literatürde yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarına yönelik çalışmalar mevcut olmakla birlikte yeme bozuklukları ile DBBK ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Fakat yeme bozuklukları ve DBBK ilişkisine yeme bozukluklarının ortaya çıkmasındaki önemli risk faktörlerinden biri olan çocukluk çağı travmalarının etkisinin incelenmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden tüm bu değişkenleri bir arada ele alan bu çalışmanın hem daha önce araştırılmamış ilişkileri ortaya koyarak Türkçe alanyazına katkı sağlayacağı hem de yeme bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve DBBK ile ilgili çalışmalara farklı bir açıdan referans olabileceği de düşünülmektedir.

C. Araştırmanın Hipotezleri

Aşağıda araştırmaya ilişkin hipotezler bulunmaktadır:

H₁: Yeme Bozuklukları ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Çocukluk çağı travmaları ve Yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Yeme bozuklukları ile Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

D. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 2020-2021 bahar döneminde Türkiye'nin çeşitli illerinde ikamet eden 16 ile 56 yaş aralığındaki farklı eğitim düzeylerine sahip kişilerden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiş 59 erkek ve 247 kadın olmak üzere toplam 306 kişi ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları, bu sınırlılık içerisinde ele alınarak yorumlanacaktır. Araştırmada kullanılan anketlerin katılımcılar tarafından samimiyetle yanıtlanacağı düşünülmekte olup elde edilen verilerin güvenilir olacağı öngörülmektedir. Belirlenen örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının çalışmadaki değişkenleri ölçme yeterliliğine sahip olduğu ve amaca hizmet ettiği varsayılmaktadır.

E. Araştırmanın Sayıtları

Yapılan çalışmada kullanılmış olan veri toplama araçlarının araştırmadaki ölçülmesi istenen özellikleri doğru olarak ölçtüğü varsayılmıştır. Örneklem grubundaki kişilerin kendilerine yöneltile Yeme Bozuklukları Değerlendirme lği, çocukluk ağı Travmaları lği, Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması lğine ve Demografik Bilgi Formundaki sorulara doğru, iten, yansız ve samimi cevaplar vermiş olduğu varsayılmaktadır.

F. Araştırmanın Temel Problemi

Araştırmanın temel problemi “Yeme bozuklukları ile Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması arasındaki ilişkide çocukluk ağı travmalarının aracı rolü var mıdır?” olarak belirlenmiştir.

II. LİTERATÜR TARAMASI

A. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları yeme tutum ve davranışlarındaki ciddi bozulmaları içeren, birden fazla fiziksel belirti ortaya çıkarması, bireyin hayatını tehdit edici uçlarının olması, tedavi ve tedaviye katılım sürecinin meşakkatli ve uzun süreli olması, bozukluğun nükslerle yeniden geri başlama ihtimalinin yüksek olması gibi sebeplerle son zamanlarda dikkat çeken ve daha çok incelenmeye başlanan bir rahatsızlık başlığı olmuştur (Hoek & van Hoeken, 2003). İnsan yaşamının en temel biyolojik faaliyetlerinden biri olan yeme davranışı yeme bozukluğuna evrildiğinde bireyi ölüme götürebilecek bir psikopatolojiye de dönüşebilmektedir. Kişilerin zayıf ve ince olmayı ideal fiziksel görüntü olarak ilk sıraya alması ve buna ulaşabilmek için yeme tutum ve davranışlarında bozulmaların başlaması yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır (Troisi vd., 2005). Özellikle anoreksiya nervoza ile birlikte yeme bozukluklarının tanımlanmaya çalışılması uzun yıllar öncesinden başlamış bulunmaktadır. Yeme bozuklukları sadece fiziksel sağlığı olumsuz etkilemez aynı zamanda kişinin psikolojik ve sosyal işlevselliğine de zarar verir (Bohn vd., 2008). Klinik araştırmalar hızlanmış ve tedavi müdahaleleri çeşitlenerek geliştirilmiş olsa da belirtilerin tamamen yok olduğu tam bir iyileşme hali yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan kişilerin yalnızca yarısında görülebilmekte olan bir durumdur (Herzog & Eddy, 2007).

Yeme bozukluklarının tanımlanmasında bulunması uygun görülen 3 temel özellik şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kişinin yeme alışkanlıklarında ya da kilo denetimini sağlayan davranışlarında görülen bozukluk,
- Bedensel sağlıkla birlikte kişinin psikososyal işlevselliğinde de klinik açıdan önemi olan bozulmalara sebep olan beden algısı ve kilo değerine yönelik çarpıtılmış aşırı değerlendirmeler ve yeme bozukluğuyla ilintili diğer işlevsiz davranış bozuklukları,

- Başka bir medikal ve psikiyatrik rahatsızlıktan kaynaklı ya da bağlı bulunmayan bir davranış bozukluğu (Yücel vd., 2013).

Bireyin duygusal dünyasındaki değişimlerden de çok çabuk etkilenebilen yeme davranışı, özellikle hayal kırıklığı, kızgınlık ya da baskı altında hissetme gibi durumlarda değişiklik gösterebilmektedir (Arlı vd., 2012). Beden algısı üzerindeki kültürel aktarımlarla birlikte diyet yapma yaygınlaşmakta ve fiziksel görüntüye ilişkin kaygılarla bu durum küçük bir merakla başlayıp daha sonra uzunca bir süre devam edecek olan diyet ve egzersiz faaliyetlerine dönüşebilmektedir (Yücel, 2009). Hem psikolojik hem de sosyal açıdan normal dışı yeme tutumunun olduğu yeme bozukluklarında kişinin dış görünüşüyle ilgili beden algısı ve beslenme düzeni ciddi şekilde bozulmuştur (Ünalın vd., 2009). Düşük benlik değeri, olumsuz yargılar içeren beden algısı, beden imajına yönelik hoşnutsuzluk, sosyokültürel çevrenin zayıflığa vurgu yapması ve sürekli yapılan aralıksız diyetler yeme bozuklukları için risk etmenleridir (Aslantaş Ertekin, 2010). Yeme bozukluklarını etkileyen etiyolojik faktörler genetik, kişilik, aile, sosyokültürel ve psikodinamik etkenlerin yanı sıra metabolizma, beyindeki nöroendokrin-moleküler değişimler ve duygudurum bozuklukları kategorisine giren psikopatolojilerin bir araya gelmesi olarak açıklanmaktadır (Bozkurt Zincir, 2014). Ayrıca bu bozukluğa eşlik eden birçok komorbid tanıyla ve travmatik yaşantılarla da karşılaşılabilir. Bu yüzden yeme bozuklukları tanı grubunun araştırılması, önleyici ve tedavi edici müdahalelerin geliştirilmesi, olası risk faktörlerinin detaylı şekilde belirlenmesi ve anlaşılması önem teşkil etmektedir (Aydın, 2010). Yeme bozukluklarını birbirinden ayıran farklar çok net olmamakla birlikte bir kişide farklı yeme bozuklukları aynı zamanda ya da farklı zamanlarda birlikte bulunabilir. Bu durum en uygun örnek bulimiya nervoza tanı hastaların geçmiş öyküsünde anoreksiya nervoza tanısının sık rastlanması verilebilir (Öztürk & Uluşahin, 2015).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2013 yılında DSM-5'te yayınladığı yeme bozuklukları tanıları şu şekildedir:

- Anoreksiya Nervoza
- Bulimiya Nervoza
- Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- Kaçınıcı/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
- Pika

- Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu (Köroğlu, 2013).

1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya terimi iştah kaybı anlamına gelmektedir, nervoza ise bu kaybın duygusal sebeplere bağlı olduğunu belirtmektedir (Davison & Neale, 2004). Anoreksiya Nervoza biyolojik, psikolojik ve davranışsal çıktıları olan anormal bir şişman olma kokusu ve sürekli zayıf kalma arzusu ile karakterize giden bir yeme bozukluğu alt türüdür. Kişi vücut ağırlığını en az kilo değerinde tutar ve üzerine çıkmaya karşı direnç gösterdiği için uzun bir dönem boyunca alınması beklenen kilo alınmaz (Kaplan, 2004). Anoreksiya nervoza hayatı tehdit eden ölümcül bir rahatsızlıktır. Genel nüfusla kıyaslandığında bu bozukluğa sahip kişilerin ölüm oranı 10 kat daha fazladır. Bu oran diğer psikiyatrik hastalıklarla kıyaslandığında ise 2 kat daha fazla ölüm riski taşımaktadır (Herzog vd., 2000). Bozukluğun daha çok rastlandığı kadınlarda ise ölüm oranları %3-5 arasında görülmektedir (Keel & Brown, 2010).

DSM-5 (Köroğlu, 2013)'te Anoreksiya Nervoza Tanı ölçütleri aşağıdaki şekliyle verilmiştir:

- Sağlıklı beden ağırlığını sağlayacak davranışların kısıtlanması. Bu durum ise bireyin sahip olduğu kilosunun o an içinde bulunduğu yaşı, cinsiyeti, boyuna ve gereksinimine göre beden sağlığı ve gelişimi için normal bulunan aralıktan çok daha düşük olmasını göstermektedir. Genellikle kilo kaybı diyet yapma stili ile kaybedilir ancak kendi kendini kusturarak çıkarma, müshil ya da idrar söktürücü kullanma ve aşırı egzersiz yapma da bu amaca hizmet etmek için kullanılıyor olabilir. Burada düşük kilodan kasıt vücut ağırlığının olağan seviyenin en düşüğünün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşük seviyenin altında göstermesidir.
- Kilo almak ve şişmanlamaktan kişinin aşırı korkması. Bu bireylerde “Aşırı zayıf” gibi bir inanç gelişmez ve bu korku aşırı kilo kaybına rağmen değişiklik göstermez.
- Kişinin vücut biçimi ya da beden ağırlığını algılamasındaki bozulma vardır. Buna bağlı olarak da kilo almasının güçleştirecek davranışlara yönelim gerçekleşir. Zayıf olmalarına rağmen bu kişiler bedenlerinin bazı bölgelerini

inceler ve kendilerini şişman olduklarını düşündükleri için katı şekilde eleştirirler. Özellikle kalça, karın ve bacakların üst bölgeleri gibi bazı vücut parçalarını daha çok şişman bulma eğilimindedirler. Bu eğilim sonucunda kişi kilosunu kontrol etme ihtiyacıyla sıkça tartıya çıkar, aynadaki yansımalarına göre de bedeninin bölümlerini ölçer, inceler. Yaptığı bu davranışlarıyla ve zayıflığı devam ettirme isteğiyle benlik saygıları çok ilişkilidir.

DSM-5, anoreksiya nervoza için kısıtlayıcı tip ve tıkanırmasına yeme/çıkarma türü olmak üzere iki alt tür belirlemiştir (Köroğlu, 2013).

Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, tekrarlanan tıkanırmasına yeme ya da çıkarma davranışlarının yaşandığı (kişinin kendi kendini kusturması, laksatif (iç sürdüren), diüretik (idrar söktürücü) tarzı ilaçlar kullanması) dönemleri gerçekleşmemiştir. Anoreksiya nervozanın bu alt türünde, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümüleri gösterebilmektedir.

Tıkanırmasına yeme/çıkarma türü: Kişi, son üç ay içinde, tekrarlayan tıkanırmasına yeme ya da çıkarma (kişinin kendi kendini kusturması, laksatif (iç sürdüren), diüretik (idrar söktürücü) tarzı ilaçlar kullanması) davranışlarını göstermiştir.

2. Bulimia Nervosa

DSM-5 (Köroğlu, 2013)'te Bulimiya Nervosa tanı ölçütleri aşağıdaki şekliyle verilmiştir:

A. Yineleyici tıkanırmasına yeme dönemleri. Bir tıkanırmasına yeme dönemi aşağıdaki maddelerden her ikisi ile birlikte belirlidir:

1. Kişi benzer koşullarda, benzer süre zarfında, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha çok yiyeceği, iki saatlik bir süre gibi ayrı bir zaman diliminde tüketir.

2. Bu dönem sırasında kişide yemek yeme davranışıyla ilgili denetiminin kalktığına dair bir duyum vardır. Kişi yemek yeme davranışını sanki durduramıyor ya da neyi ne kadar yediğini kontrol edemiyor hissiyle sürdürür.

B. Kişi kilo almaktan korunmak için bazı davranışlarda bulunur. Bu durum kişinin kendi kendini kusturması, laksatif (iç sürdüren) ilaçlar, diüretik (idrar söktürücü) ilaçlar veya diğer ilaçları yanlış amaçla kullanması, neredeyse hiç yemek

yememesi ya da aşırı egzersiz yapması gibi tekrarlayan, uygunsuz telafi edici davranışları sürdürmesi şeklindedir.

C. Bu tikanırcasına yeme ve uygun olmayan, telafi edici davranışların her ikisi de ortalama, üç ay içinde, haftada en az bir kez görülmektedir.

D. Bu kişilerin kendilik algılarıyla ilgili değerlendirmeleri, beden biçimleri ve ağırlıklarından aşırı şekilde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında meydana gelmemektedir.

Kilo almaktan yoğun şekilde kaygılanmakta olan bulimia nervoza hastalarının özsayıları kilo değerlerindeki devamlılıkla yakından ilişkilidir. Diğer yandan bulimik kişiler kilo ve boy ölçülerini tam değeriyle hatasız şekilde söylerken, yeme bozukluğu bulunmayan kişiler boylarını daha fazla, kilolarını ise daha düşük söyleme gereksinimi duyarlar (McCabe vd., 2001). Fakat yine de bulimia nervozalı bireylerin bedenlerine karşı memnuniyet algısı düşme eğilimi gösterir. Çoğunlukla geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde başlangıç gösteren bulimia nervoza vakalarının %90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Hastalığın kadınlar arasındaki yaygınlığı ise %1-2 oranındadır (Hoek & van Hoeken, 2003). Bulimik vakalar bozukluğun başlamasından önce az da olsa kiloludur ve diyet yapmaya başlamaları ile belirtiler kendini göstermeye başlamıştır. Hem anoreksiya nervozada hem de bulimia nervozada bozukluk ergenlik döneminde görülmeye başlasa da yetişkinlik ve orta yaş dönemlerine kadar devam etme niteliği gösterebilmektedir (Slevec & Tiggermann, 2011). Anoreksik hastalara göre oranları çok düşük olmakla birlikte bulimia nervozalı kişilerin intihar oranları genel nüfus verilerine göre yüksektir (Favaro & Santonastaso, 1997).

3. Tikanırcasına yeme bozukluğu

DSM-5 (Köroğlu, 2013)'te Tikanırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütleri aşağıdaki şekliyle verilmiştir;

A. Tekrarlayan tikanırcasına yeme dönemleri mevcuttur. Bir tikanırcasına yeme dönemi aşağıdaki maddelerden her ikisi ile birlikte belirlidir:

1. Bu kişiler benzer şartlarda, benzer sürelerde, çoğu kişinin yiyebileceği yeme miktarından daha fazlasını, herhangi iki saatlik bir süre zarfında tüketmektedirler.

2. Bu kişilerde yineleyici dönemler sırasında, yemek yemeyle ilgili denetim hissinin kalktığı duyumu vardır. Kişi yemek yeme sırasında kendisini durduramadığını ve neyi ne kadar tükettiğini denetleyemediğini hisseder.

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdaki maddelerden üçü veya daha çoğu eşlik eder:

1. Kişi olağan kabul edilenden çok daha hızlı şekilde yemeğini yer.

2. Kişi yeme davranışını rahatsızlık verici düzeyde tokluk hissedene kadar sürdürür.

3. Kişi fiziksel bir açlık duymamasına rağmen aşırı miktarlarda yemek yeme davranışına devam eder.

4. Kişi ne kadar yediğinden utandığı için tek başına olduğu zamanlarda yemek yemeyi tercih eder.

5. Kişi tıkınırcasına yeme dönemi sonrasında suçluluk duyarak kendinden tiksime ve çökkünlük yaşama haline girebilir.

C. Kişide tıkınırcasına yeme davranışı ile ilgili belirgin bir sıkıntı duygusu hakimdir.

D. Kişide bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, haftada en az bir kez olacak şekilde görülmektedir.

E. Kişide tıkınırcasına yeme davranışına bulimiya nervozada olduğu gibi tekrarlayıcı ve uygun olmayan telafi edici davranışlar eşlik etmez. Yalnızca anoreksiya nervoza ya da blumia nervozanın gidişi sırasında tıkınırcasına yeme ortaya çıkmamaktadır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu bilişsel bozuklukları da içeren ve kişinin bedenine dair olumsuz düşüncelerle karakterize ilerleyen bir bozukluktur ve düşük özsaygı, bozulmuş sosyal ve mesleki işlevsellik, depresyon, madde kullanım bozuklukları ve beden şeklinden hoşnutsuzluk ile ilişkilidir (Striegel-Moore vd., 2001). Kişilerin çocukluk yaşantılarından itibaren maruz kaldıkları kilolu olmalarına dair yıkıcı yorumlar, çocukluk obezitesi ve kilo verme denemeleri, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve düşük benlik saygısı tıkınırcasına yeme bozukluğu gelişimi için temel oluşturan risk faktörleridir (Rubinstein vd., 2010). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun ulusal eş tanı anketi-yenileme araştırmasından elde edilen

sonuçlara göre kadınlar arasındaki yaygınlığı %3,5 iken erkekler arasındaki yaygınlık oranı %2 olarak tespit edilmiştir (Hudson vd., 2007).

4. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

DSM-5'e göre Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu bebeklik ve çocukluk çağında yeme ile ilgili bozukluk yaşamış ve bu zorlukları atlatamayan çocuklarda gelişen bir bozukluktur. Bu bozukluk daha önceden bebeklik veya erken çocuklukta beslenme bozukluğu olarak bilinen bozukluğun son hali olarak gösterilmektedir. Hastanın benlik algısında bir anormallik yoktur ve bedeni için gerekli yeterli besini almamakta veya kilo almak (çocuklar için kilo almak ve büyümek için) için çok az yemek yemektedir. Bu durumun sonucunda ise hasta tüple beslenmeye ve ek besin takviyesi almaya ihtiyaç duyabilir. Netice olarak kişisel ve sosyal yaşamda bozulmalar meydana gelebilmektedir. İsim değişikliğinin sebebi bazı insanların neden sağlıklı kalabilmek için daha az yemek yediklerinin bilinmemesidir ve bu durum her zaman erken çocuklukta olmamaktadır. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğuna yemek yeme konusu etrafında şekillenen ebeveyn-çocuk çatışmaları, ihmal ve istismar yaşantıları, ebeveynlerde depresyon, kaygı ve kişilik bozukluğu gibi patolojilerin bulunması sebep olabilmektedir. Fakat büyük çoğunlukla çiğneme, yutma ile ilgili fiziksel engeller, diğer olabilecek tıbbi durumlar ya da yemeğin tadı, dokusu ve görüntüsü gibi özelliklerine karşı aşırı hassas olma özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Koroğlu, 2013).

5. Pika

DSM-5'e göre pika, küçük çocuklarda ve hamile kadınlarda sık görülen yiyecek olarak besin kabul edilmeyen maddeleri yeme davranışıdır. Yenen maddeler toz, tebeşir, plaster, sabun, kağıt, kil, cam, kum, kireç ve nadiren de olsa dışkı olabilmektedir ve zamanla şaşırtıcı bulunan farklılaşmalar da görülebilmektedir. Çinko gibi başka maddelerin etkisinin de olabileceği ileri sürülse de pika genellikle demir eksikliği ile ilgili olmaktadır. Bu tür maddeleri tüketmek ise vücutta zehirlenme, yemeye uygun olmayan toprak gibi maddelerde bulunan farklı tür parazitlerin sindirilmesi gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu davranışların yaşandığı ise bağırsak tıkanması problemleriyle hastaneye başvurulması sonucunda anlaşılabilir. Bozukluktan etkilenen çocuklar yeterince önemsenmemiş oldukları bir geçmişe sahip veya düşük sosyoekonomik bir ortamda olabilmektedir. Bu tür bozulmuş yeme

davranışları genellikle 2 yaş civarında başlamakta ve ergenlik döneminde veya tespit edilen demir ya da diğer mineral eksiklikleri giderildiğinde hafifleyebilmektedir. Pikanın diğer tıbbi veya ruhsal bozukluklar bağlamında gelişmesi durumunda ise klinik tedavilerin sürece dahil edilmesi kritik önem taşımaktadır (Köroğlu, 2013).

6. Ruminasyon (geri çıkarma/geviş getirme) bozukluğu

DSM-5'te geçen tanıma göre geri çıkarma bozukluğunda kişi yediği besinleri bir süre sonra tikslenme ya da bulantı gibi bir sebep olmaksızın midesinden topak olarak çıkarıp tekrar çiğnemektedir. Ruminasyon, retrograd peristal (geriye dönük sağınım) mekanizması sayesinde olmaktadır. Bu mekanizma sığır, geyik ve zürafalar gibi geviş getiren hayvanların sindirim sürecinin normal bir parçasıdır. Fakat bu durumun insanlarda görülmesi potansiyel olarak problemlili ve anormaldir. Yaygın olarak bulunmamakla birlikte çoğunlukla bebeklerde katı besine geçilmesiyle birlikte ortaya çıkmaktadır. Bozukluk erkeklerde kızlara oranla daha fazla görülebilmektedir. Hastaların birçoğu geri çıkardıkları besinleri tekrardan yutmaktadırlar. Bebekler ve zihinsel engeli olan kişiler ise geri çıkardıkları yiyeceği dışarı tükürebilmektedirler. Bu durum ise bebeklerde gelişme zorluklarını, hastalıklara karşı hassasiyeti ve beslenmede dengesizliklerin oluşması riskini doğurabilmektedir (Köroğlu, 2013).

7. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları

Pek çok hasta, yukarıda açıklaması yapılan yeme bozuklukları ve temel beslenme kriterlerinin dışında kalmaktadır. Fakat pek çoğu da ciddi şekilde hastadır. Burada dikkat edilmesi gereken konu bu tür hastaların bedensel belirti bozukluğu, duygudurum bozukluğu, şizofreni veya başka tıbbi bir durumun yol açtığı bozukluk gibi tanımlayıcı başka bir bozukluğa sahip olmadığını bilinmesinin oldukça gerekli olduğudur (Köroğlu, 2013).

- *Tipik olmayan anoreksiya nervoza.* Bazı kişiler, normal kiloda olmalarına rağmen ciddi derecelerde kilo vermektedirler. Bu kişiler şişman olmaktan korkmakla birlikte şişman olduklarına dair inançlara da sahiptirler.
- *Bulimiya nervoza (az sıklıkta veya kısıtlı sürede).* Bu kişiler bulimiya nervozanın çoğu kriterine sahip olmakla birlikte zaman kriterini karşılayacak sıklıkta ve sürede tıkmırcasına yememektedirler.

- *Gece yeme sendromu.* Bu kişilerdeki tıknırcasına yeme dönemleri ise hasta uykusunun bir evresindeyken yani gece olmaktadır ve ertesi sabah hasta ne yaptığını unutmuş olabilmektedir.
- *Çıkarma bozukluğu.* Kişide tıknırcasına yeme yoktur fakat kilosunu ve görüntüsünü değiştirmek için kendi isteğiyle çıkarır ya da ilaç kullanarak kusar (Köroğlu, 2013).

8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları

Bu başlık DSM-5'in birçok bölümünde yer alan tanımlanmamış tanılarda olduğu gibi tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinin de hasta yukarıda tanımlanan hiçbir yeme bozukluğunun kriterlerini karşılamadığı ve kriterlerin daha belirgin olmasının da gerekmediği durumlarda kullanılması tercih edilmektedir (Köroğlu, 2013).

B. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Diğer birçok bozuklukta olduğu gibi yeme bozukluklarının da gelişimine tek bir faktörün sebep olmuş olması mümkün değildir. Yeme bozukluklarına genetik, nörobiyolojik, kişilik özellikleri, zayıf olmakla ilgili kültürel mitler, ailesel roller ve çevresel stres faktörleri gibi çeşitli etmenlerin kişinin hayatında bir araya gelmesiyle yeme bozukluklarının gelişmesi ve devam etmesinde katkı sağlayıcı etkisi olduğu ifade edilmektedir (Bakalar vd., 2015). Yeme bozukluklarının nedenlerini açıklamaya yönelik çalışmalar gösteriyor ki medya ve akran etkisi gibi sosyo- kültürel etmenlerin; olumsuz duygudurumu, düşük benlik saygısı ve vücut algısıyla ilgili bozulmalar gibi bireysel etkenlerin; eleştiri alma, kıyaslanma ve olumsuzlama gibi ailesel etkenlerin etkisi büyüktür (Polivy & Herman, 2002). Özetle hemen hemen her tanı grubunda olduğu gibi yeme bozukluklarında da psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin üzerinde durulmaktadır (Kaplan, 2004).

1. Genetik etmenler

Yeme bozuklukları etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde kompleks bir yapıya sahiptir. Nedenlerine atıf yapan araştırmalardan elde edilen ilk görüşler psikodinamik ve sosyo-kültürel faktörlere vurgu yapsa da yakın zamandaki güncel çalışmalar genetik ve biyolojik alt yapıyı da incelemeye başlamıştır. Anoreksiya nervoza ve

bulimia nervoza aileden geçiş riskine sahiptir. Anoreksiya nervozaya sahip genç kadınların, birinci derece yakınlarında da aynı bozukluğın olma riski on kat daha yüksektir (Strober vd., 2000). Bulimik hastalarla yapılan çalışmada ise bu hastaların birinci derece yakınlarında bozukluğın görölme riskinin ortalamadan dört kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Strober vd., 2000). Erkekler arasında yeme bozukluklarına daha nadir rastlansa da hem anoreksik hem de bulimik erkeklerin yakınlarında bozukluğa sahip olmayan erkeklerin birinci derece akrabalarına göre bozuklukların görölme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Strober vd., 2001). Bulimia ve anoreksiya tanısı almış kişilerle yapılan genetik bir araştırma da bozukluğa sahip olan kişilerin yakınlarında da yeme bozukluklarından herhangi birinin görölme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Kaye vd., 2004).

Yeme bozuklukları ile ilgili, yapılan ikiz çalışmaları genetik etkinin önemine dikkat çekmektedir. Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerindeki eş hastalanma (konkordans) oranları incelendiğinde bu oran tek yumurta ikizlerinde daha fazla olmakla birlikte ikizlerdeki çeşitliliğin sebeplerinden bir kısmında genler sorumlu bulunmaktadır (Kaplan, 2004). Ebeveynle kurulan farklı etkileşimlerin ya da birbirinden farklı akran grubunda bulunmak gibi paylaşılmayan/özgün çevresel faktörlerin yeme bozuklukları geliştirmedeki etkisi bulunmuştur (Klump vd., 2002). Paylaşılmayan/ özgün çevresel etmenlerin etkisinin incelendiği bir araştırmaya 1200'den fazla ikiz katılmış ve bulimia nervoza tanılı kişilerin belirtilerinin %42'si genetik faktörlere, dağılımın diğer kısmını ise %58 oranında özgün çevresel faktörlere bağlı olabileceği bulunmuştur (Baker vd., 2010). Ayrıca genetik faktörler komorbidite açısından araştırıldığında kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza, madde kullanımına bağlı gelişen bulimia nervoza ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu durumlarında etkili olduğu görölmektedir (Kuruoğlu, 2000).

2. Nörobiyolojik etmenler

Beyinde açlık ve yeme döngüsünü düzenleyen temel merkez hipotalamustur. Hayvanlarla yapılan çalışmalar lateral hipotalamus bölümünde lezyonu olanlarda kolay kilo verme ve iştah azalması olduğunu gözlemlenmiştir (Hoebel & Teitelbaum, 1966). Yeme bozukluğu ile beyin hasarının birlikte göröldüğü 54 vakanın incelendiği bir araştırmada yeme alışkanlıkları ve iştah kesilmesi gibi değişikliklerinin hipotalamus ve beyin sapındaki lezyonlardan kaynaklanmış olabileceği öne

sürülmüştür. Araştırma ilerletildiğinde gelişen durumların temporal ve frontal lobdaki hasarlarla da ilişkili daha kompleks bir yapı olduğu keşfedilmiştir (Uher & Treasure, 2005). Bu gibi elde edilen sonuçlar ve hipotalamusun yeme düzenine etkisi, yeme davranışlarında beyin kimyasının kritik önemini göstermektedir. Hipotalamus anoreksik kadınlarda anormal seviyelerde bulunan hormonlardan biri olan kortizolün de düzenleyicisidir. Hormonlardaki anormallikler bozukluğa direk neden olmasından ziyade kendi kendini aç bırakma ile değişkenlik göstermiştir. Kişinin kilosu arttıkça hormon seviyesi de normal düzeye dönmektedir (Stoving vd., 1999). Diğer yandan, deneylerde incelenen hipotalamusunda lezyon olan canlıların açlık hissetmediği ve besinlere karşı ilgisiz kaldıkları görülmüş ve bu hayvanların kilo kaybı örüntülerinin anoreksiyaya sahip kişilerle örtüşmediği anlaşılmıştır. Çünkü anoreksiya nervozası olan kişiler açlık hissederler, yemeklerle alakadar olurlar fakat kendilerini aç bırakmayı tercih ederler. Hipotalamus modelinin anoreksik kişilerdeki beden algısındaki bozulmayı ve yoğun şişmanlama korkusunu açıklayamaması işlevsiz bir hipotalamusun anoreksiya gelişiminde en etkili etmen olduğu düşüncesini çürütmektedir. Bu yüzden yeme bozuklukları ile hipotalamus arasındaki neden-sonuç ilişkisinde kesin yargılara varmak sakıncalıdır.

Beden tarafından üretilen, anoreksiya ve bulimiada payı olduğu düşünülen, iç kaynaklı (endojen) opiyatlar, özellikle ağrı algısının azaltan, iştahı kesen ve duygudurumunda iyileşmeyi artıran maddelerdir. Aç kalma hali boyunca salınan bu opiyatların, anoreksiklerde devam eden açlık süresince seviyeleri yükselir. Bu durum uzun süreler boyunca egzersiz yapan ve kendini aç bırakan yeme bozukluğu hastalarında öforik duygulara neden olurken aynı zamanda açlık hissi için de pekiştireç işlevi görmektedir (Epling & Pierce, 1991). Bulimik kişilerde tıknırcasına yemelerine rağmen doyumluk hissi oluşmamasına serotonin seviyelerindeki eksikliğin neden olabileceği düşünülmektedir. Özellikle anoreksik kişilerde görülen yemeyi kısıtlamanın serotonin sentezini beyinde engellediği fark edilmiştir. Hem bulimiada hem de anoreksiyada düşük serotonin metabolitlerinin olduğu görülmektedir (Carrasco vd., 2000). Aşırı hareketlilik, beden imgesinde bozukluk, amenore, motor aktivasyonu ve yeme davranışları gibi anoreksik kişilerde belirgin olan durumlara dopaminergic sistemin neden olabileceği ileri sürülmektedir (Tozzi & Bulik, 2003). Dopaminin yeme davranışları üzerindeki etkisini inceleyen son zamanlardaki

araştırmalar yemek yemenin zevkli yönleri ile dopaminin ilişkili olduğunu göstermiştir (Szczyпка vd., 2001).

3. Sosyokültürel etmenler

Bireylerin ideal olarak gördükleri ve ulaşmak istedikleri beden görüntüsü “beden imgesi”, kendi bedenlerini ise nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleri de “beden algısı” kavramlarını oluşturmuştur. Hem beden algısının hem de beden imgesinin oluşması ve gelişmesi süreçlerinde aile, akran, medya ve diğer toplumsal bütün faktörler etkilidir. Sosyal medyanın beden algısındaki bozulmalar ve olumsuz duygulanımlar üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmada sosyal medya kullanımının olumsuz duygulardan ziyade özellikle kadınların beden algısındaki bozulmalarda temel oluşturabildiği sonucuna ulaşılmıştır (Stice vd., 2002).

Yeme bozuklukları çoğunlukla kilo ile ilgili endişeler ve diyet yapma serüveninden çok önce başlangıç gösterebilmektedir. Bu durum bozukluğun bireylerde gelişmesinde sosyal standartların ne kadar etkili olduğu bilgisini destekleyici niteliktedir (Rubinstein vd., 2010). şişmanlamaktan korkan, yüksek vücut kitle indeksine sahip olan ve beden memnuniyetsizliği bulunan kişilerin yeme bozukluğu geliştirme riski daha fazla olabilmektedir (Killen vd., 1996). Ergen kıızlardaki zayıf olmakla ilgili aşırı uğraşlar ve zayıf olunması gerektiği yönündeki baskılara maruz kalmak beden memnuniyetsizliğinin güçlü yordayıcılarıdır (Killen vd., 1996). Bu etkenler artan beden memnuniyetsizliğine sebep olurken daha fazla diyet yapma isteği ve beraberindeki olumsuz duygularla birlikte yeme bozukluğu patolojisinin öncülleri konumundadır (Stice vd., 2002).

4. Ailesel etmenler

Yeme bozukluğu olan kişilerin ailesel yapıları içinde problemleri etkileşimler olduğunu göstermektedir (Holtom vd., 2014). Ebeveynlerinden aldığı bakım ve ilgiyi düşük olarak nitelendiren, fiziksel ya da cinsel istismar yaşayan ergenler, yeme bozukluklarının oluşması için risk grubunda olabilmektedir (Neumark-Sztainer vd., 2000). Yeme bozuklukları ve yaşam olayları arasındaki ilişkiyi araştıran araştırmalarda stresli, zorlu ve etkileyici yaşam olaylarının, yeme bozukluğu başlamadan önce yaşandığı bigisine ulaşılmıştır (Jacobi vd., 2004). Ayrıca ailesel öyküde psikiyatrik tanı almış bireylerin bulunması da yeme bozukluğu gelişimi için risk faktörüdür. Yeme bozukluklarında hastalığın seyrini ve tedavi sürecini etkileyen bir diğer faktör

de kişilerin travma öyküsünün bulunmasıdır (Mitchell vd., 2012). Özellikle çocukluk çağında yaşanan cinsel ve fiziksel istismar (Yalom & Werne, 1995) ile duygusal ve fiziksel ihmalin (Brewerton, 2006) yeme bozuklukları için önemli risk faktörleri olduğu yapılan araştırma sonuçlarının gösterdiği bir durumdur (Everill & Waller, 1995). Kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında yeme bozukluğu olan kişilerin daha fazla cinsel istismar öyküsü bildirdikleri görülmektedir (Brown vd., 1997). Çocuklar için yaşamın ilk yılları anne-baba ya da bakım verenler tarafından karşılanmasını bekledikleri fiziksel ve ruhsal temel ihtiyaçların yoğun olduğu dönemlerdir. Bu dönemlerde yaşanan eksiklik ve aksaklıklar diğer genetik ve çevresel etkenlerle birleşerek yetişkinlik yaşamındaki patolojilerin, tutum ve davranışların kaynağı olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında aile kavramı bireylerin sosyal kodlanmasının alt yapısını oluşturmaktadır (Kluck, 2010).

Yeme bozukluklarının gelişim süreçlerini anlamak amacıyla yapılan araştırmada genellikle bağlanma biçimleri, ebeveynlik tutum ve çocuk yetiştirme tarzları ve aile işlevselliği değişkenleri üzerine dikkat çekilmektedir (Aydın, 2010). Temel bakım verenlerdeki bu tür tutum ve davranışlar çocuğun benlik imgesi ve beden algısında ciddi etkiler bırakabilmektedir (Mesnik, 2008). Özellikle annenin bebeğin ihtiyaçlarına uygun tepkiler vermemesi, aşırı derecede kontrolcü ve müdahaleci olması ya da annenin kendi ihtiyaçlarını ön plana alıp kendi ihtiyaçları ile çocuğun ihtiyaçları arasında ayırım yapamaması, çocuğun sağlıklı ayrışma sürecine zarar verirken birçok olumsuz inancın gelişmesine de temel oluşturabilir, yeme bozukluklarının başlangıcını tetikleyebilir (Bruch, 1973). Bruch (1973) yeme bozukluklarını bu duygularla başa çıkmanın ve kontrol hissi kazanmanın bir yolu olduğunu düşünmektedir. Sonuç olarak çocuğun erken dönemdeki ebeveynleri ile kurduğu ilişkilerdeki olumsuzluklar yetişkinlik yaşamındaki ilişkiler için model oluşturmakta ve birçok ruhsal problemlere de neden oluşturabilmektedir (Millies, 2005).

C. Yeme Bozuklukları ve Beden Algısı

Benliğimizi oluşturan önemli parçalardan biri fiziksel olarak nasıl görüldüğümüzdür (Verplanken & Tangelder, 2011). Nicoli ve Junior (2011) yaptıkları çalışmada kompulsif yeme ve beraberinde gelişen vücut algısındaki tatminsizlikle diğer klinik görünümler arasında güçlü bir korelasyon olduğuna değinmişlerdir.

Yeme bozukluklarını daha iyi anlama açısından patolojik yeme örüntüleri olan kişilerdeki beden algısını incelemek önemlidir. Beden algısındaki hoşnutsuzluğu belirleyen etkenlerden biri kilo endişesidir ve kilo endişesi yemek yemeye bağlı vücut şeklinde meydana gelen değişimlere bağlı gelişir (Ogden, 2003). Anoreksiya nervozalı bireylerin vücut algısındaki bozulma ise hem daha yaygın hem de karmaşık ve çok boyutludur. Ayrıca hem anoreksiya nervozada hem de bulimia nervozada kişilerin bedenlerini nasıl gördükleri ve nasıl hissettiklerinin bir birleşimi olarak beden algısında bozulma ortaya çıkar (Zanetti vd., 2012). Yapılan bir çalışmada anoreksiya nervozalı bireyler ile kontrol grubundaki kişiler karşılaştırılmış ve anoreksiyalı bireylerde yüksek düzey beden memnuniyetsizliğiyle birlikte zihinsel imgelerinin de bedenleriyle uyumsuz olduğu fark edilmiştir (Keizer vd., 2011). Yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluğu bulunan kişilerin vücut şekli ve kilosuna verdiği önemin bu kişilerdeki bilişsel çarpıtmaları tahmin etmede anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Frank & Thomas, 2003). Yeme bozukluğu yaşayan kadınları inceleyen bir meta analiz çalışmasında bu kişilerin daha fazla beden algısında bozulma ve beden hoşnutsuzluğu deneyimledikleri söylenmektedir (Cash & Deagle, 1996). Yapılan bir çalışmada nasıl göründüklerine dair obsesif kaygılar ve artan dikkate bağlı olarak yeme bozukluğu olan kişilerin beden form farklılıklarını kontrol grubuna kıyasla daha kesin şekilde ayırabildikleri belirtilmiştir (Urgesi vd., 2012). Bedene dair olumsuz düşünceler ne kadar otomatik ve sık olursa, kaynağı ne olursa olsun bu durum düşük özgüven, yeme bozuklukları ve beden memnuniyetsizliği açısından bir risk faktörüdür (Verplanken & Tangelder, 2010). Beden algısındaki çarpıtmaların ve beden tatminsizliğinin kaynakları incelendiğinde aile bireylerinin görüntüye ve kiloya verdiği önemin kişinin vücut şekli ve kilosuyla ilgili endişelerini artırabilecek bir etken olduğu ifade edilmiştir (Rodgers & Chabrol, 2009).

D. Yeme Bozukluklarına Kuramsal Yaklaşımlar

1. Bilişsel davranışçı kuram

Yeme bozukluklarının kişilerdeki bozulmuş beden algısının, kilo alma korkusunun ve yemek yeme sırasında kontrolünü kaybediyormuş hissini oluşmasına yol açan duygu, düşünce ve davranışların anlaşılması sürecine bilişsel davranışçı teorilerin katkısı büyüktür. Bilişsel-Davranışçı kuram ise yeme bozukluklarını genel olarak kilo ve beden ile ilgili problemleri düşünme sistemi geliştirme ve mükemmeliyetçi

bir düzeni sürdürme isteğinin kilo alma korkularıyla birleşerek kişinin yaşamını çok fazla sınırlandırması olarak açıklamaktadır (Dovey, 2010). Bulimia nervoza, düşük özgüven, mükemmeliyetçilik, negatif duygularla baş edememe ve kişilerarası ilişkilerde sorun yaşayan kişilere benlik değerini yükseltmek adına işlevsel olmayan bir yol sunmaktadır. Bilişsel-Davranışçı kuram anoreksiya nervoza ve benlikle ilişkisini ise üç temel süreç ile açıklamaktadır (Fairburn vd., 1999). Birinci olarak anoreksik kişilerin yeme davranışları üzerindeki kontrol algısı benlik değerlerini ve başarı hislerini artırmaktadır. Bu hislerin artması ise daha fazla sınırlama için ödül niteliği taşımaktadır. İkinci olarak, artan yeme sınırlamaları açlık hissini getirmekte ve bu herhangi bir kontrol kaybı için tehdit anlamına gelmektedir. Kişi için tehdit algısı artıkça yeme davranışlarını daha fazla sınırlandırmaktadır. Üçüncü süreç ise anoreksik kişilerdeki mükemmeliyetçi standartlarla birlikte görülen yoğun kilo ve beden şekli endişelerinin kişiyi aşamalı olarak daha az yemeye ve zayıflamaya itmesidir. Yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluklarına şema kuramı perspektifinden bakılmış ve bu kişilerde zengin, çeşitli ve pozitif benlik şemalarının olmamasının bozulmuş yeme tutumları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yeme bozukluğu grubundaki anoreksiya ve bulimia nervozalı kişiler, kontrol grubundaki kadınlara göre daha az pozitif benlik şemasına sahiptirler ve özellikle “şişmanlık” şeması bulimia nervozalı bireylerde daha yoğun şekilde bulunmaktadır (Stein & Nyquist, 2001). Uzun ve sıkı süren diyetlerin bozulmasında ara verildiğinde tıknmaların gerçekleşmesi önemli bir etkidir (Polivy & Herman, 1985). Tıknmaların ardından kişiyi çıkarma davranışına motive eden etkenin de tıknmanın yarattığı kilo alma korkusu olduğu düşünülmektedir. Öz değerlerini buldukları kilo ve beden şekillerine göre yorumlayan bulimia nervozalı insanların kilolu olmaya ve beden görünümüne dair oldukça kaygılı oldukları düşünülmektedir. Hangi besinleri ne sıklıkla ne zaman ve ne kadar yiyecekleri ile ilgili çok sıkı kuralları olsa da bu kişilerin kısıtlayıcı yeme tarzları bir şekilde sekteye uğrar, çiğnenir ve uzun süren kaçınmaların ardından verilen ilk ara, tıknma atağına dönüşür. Her tıknmanın ardından gelen kendinden iğrenme ve kilo alabileceği korkusu kusma gibi telafi edici davranışlara kişiyi yönlendirir (Clark vd., 1997). Çünkü her çıkarma davranışı tıknmanın yarattığı endişeyi azaltmış ve geçici bir rahatlama sağlasa da aslında tıknma-çıkarma döngüsünü tetikleyici bir özsaygı düşüşüne neden olmaktadır (Fairburn, 1997). Yeme davranışlarında kısıtlama görülen kişilere fazla kilolu göründükleri şeklinde yanlış bir yorum yapıldığında olumsuz duygular hissetmekte

ve buna karşılık besin alımlarını artırmaktadırlar (McFarlane vd., 1998). Üniversiteli kadınlarla yapılan diğer araştırmalarda, katılımcıların duyguları gösteren resimlerden ziyade beden şekillerinin gösterildiği resimlere daha dikkatli baktıkları ve daha çok hatırlama eğiliminde olduklarını göstermiştir (Treat & Viken, 2010). Bilişsel davranışçı terapiler yeme bozukluğu ile başvuran kişilerdeki hafıza ve dikkat yanlılığının değiştirilebilmesi adına uzun süren tedavi süreçlerini kapsamaktadır.

2. Bağlanma kuramı

Bağlanma kuramı çoğunlukla anne olmak üzere çocuğa birinci derecede yakın olan ve bakım veren kişilerle çocuğun kurduğu ilk bağın uzun süreli etkilerini ve duygusal ilişkilerdeki temsillerini açıklamaya çalışan bir kuramdır (Ainsworth, 1989). Kişilerin bağlanma örüntülerini anlayabilmek yeme bozukluklarının tedavi sürecinde klinisyenlere önemli bilgiler sunmaktadır (Elgin & Pritchard, 2006). Yeme bozukluklarında kişi bağlanmaya dair ilişkisel problemleri yerine dikkatini kontrol edebildiği ve değiştirebildiği bedenine yoğunlaştırmakta ve kendini aç bırakma, tıknırcasına yeme ya da çıkartma gibi davranışlara yönelebilmektedir (Cole-Detke & Kobak, 1996). Bu davranışlar ise anne ile kız arasında hem fiziksel hem de ruhsal açıdan yakınlaşmaya hizmet ettiği için yeme bozukluğu pekişerek devam etmektedir (Orzolek-Kronner, 2002). Bakım veren ile uygun ve yeterli duygusal bağı kuramayan bebeklerde oluşan kaygıyla baş edebilmek için aşırı yemek talebi ya da parmak emme gibi gelecek dönemlerde yeme bozukluğu riskini artıracak davranışlar gelişebilmektedir (Pearlman, 2005). Yeme bozuklukları ile bağlanma biçimlerinin ilişkisini inceleyen araştırmalar negatif duygulanım ve beden memnuniyetsizliği gibi yeme bozukluğu özelliklerine yatkın olmanın güvensiz bağlanma stiliyle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Tasca vd., 2006). Yeme bozuklukları ile bağlanma türleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı araştırmalardan birinde kaygılı/kararsız stilde bağlanmış olan ergenlerin %63,3'ünün yeme bozukluğu belirtilerini taşıdığı ve bu ergenlerin annelerini devamlılık gösteren fiziksel/duygusal bakım verme açısından ulaşılmaz ve yetersiz olarak tanımlamışlardır (Salzman, 1997). Güvensiz bağlanma örüntüleri sadece yeme bozukluğu tanısı almış kişilere özgü bir durum değildir aynı zamanda yeme bozukluğu belirtilerini yaşamının bir döneminde yaşamış kişilerde de görülebilmektedir (Broberg vd., 2001).

Yeme bozukluklarında ebeveynlere bağlanma ve aleksitimi ilişkisinin incelendiği bir diğer araştırmada kontrol grubundakilere göre yeme bozukluğu hastalarının anne ve babalarını ilgi açısından yetersiz, daha kontrolcü ve ebeveynlik tarzlarını ise duyarsız olarak algılama eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (De Panfilis vd., 2003). Bakım verenlerden algılanan ilgi ve aşırı korumanın yeme bozukluğu gelişimine ek olarak belirtilerin şiddetini de yordadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar ebeveynlere bağlanma ile yeme bozuklukları belirti düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bulguya ek olarak bu ilişkide güvensiz/suistimale yönelik (mistrust/abuse) inançların ve uyumsuz mükemmeliyetçilik (Soenens vd., 2008) gibi faktörlerin aracı rol oynadığı görülmüştür. Aktarılan bilgiler doğrultusunda anlaşılmaktadır ki çocuğun güvenli bağlanmasına ve bireyselleşmesine engel olacak düzeydeki aşırı müdahaleci, korumacı, kontrolcü ebeveyn yaklaşımları ve çocuğun sevgi, besin, güven gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada görülen ilgisiz, yetersiz ebeveyn tutumları yeme bozukluğu belirtilerini de yordamaktadır.

E. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi

Psikopatolojik açıdan değerlendirildiğinde yeme bozuklukları kişinin kendisine yönelik olumsuz temel inançlarını yansıtarak beden şeklini ve kilosunu aşırı şekilde değerlendirdiği ve bilişsel içeriğin daha ön plana çıktığı bozukluklardır. Yeme bozuklukları bilişsel davranışçı kuram açısından, bireyin kendi vücut şekli ve ağırlığına dair negatif otomatik düşüncelerle birlikte işlevsiz varsayımlar şeklinde kendini gösteren olumsuz temel inançları yansıtan bir patolojidir (Fairburn, 2008). Yeme bozukluğuna sahip kişilerin hem kendilerine hem de çevrelerine yönelik yüksek standartlar geliştirmesi mükemmelliği arzulayan yapılarından kaynaklanmaktadır. Aşırı düzeydeki zayıf olma çabaları da fiziksel olarak mükemmel olma girişimlerine yöneliktir. Bu kişiler eğer şişmanlarsa ya da çevrelerinden kilolu olduklarına dair negatif geri bildirimler alıyorsa yeme bozukluğu gelişimi için bu durum bir risk faktörü haline gelebilmektedir. Bozulmuş yeme davranışları olan kişilerin mükemmeliyetçi tutumlarının yanı sıra düşük benlik saygıları ve kimlik algıları vardır ve ancak yeme davranışları üzerindeki kontrol algıları arttıkça güçlü ve iyi hissedebilmektedirler. Hastalar bu nedenle ergenlik dönemlerinden itibaren dış görünüşlerine bağlı olarak sosyalleşme davranışlarını

geliştirmektedirler (Ertaş, 2006). Yüksek derecede beden memnuniyetsizliği yaşayan ve kendilerini aşırı derecede eleştiren bu bireyler yemelerini, kilolarını ve vücut şekillerini kontrol altında tutabilmek için kendilerine aşırıya kaçan yüksek standartlar koyarak uygularlar. Ulaşılması çok güç olan bu hedefleri gerçekleştiremediklerinde ise bu hedeflerin aşırı ve zorlantılı olduğunu düşünmek yerine kendi hatalarından kaynaklı ulaşamadıklarını düşünme eğilimindedirler. Bu düşünce eğilimi sonucunda kendilerine dair olumsuz değerlendirmeleri artar ve koydukları yüksek hedefleri başarmak için daha yoğun bir çaba içine girerler. Bütün bu başarıya ulaşmak için verilen çabalar yeme, kilo ve vücut şeklinin kontrol edilmesi amacı içindir. Fakat ortaya çıkan bu kısır döngünün devam etmesi yeme bozukluğunun sürmesini sağlayan etkidir (Wilson & Fairburn, 1993). Kişideki beden memnuniyetsizliği, kilosu ve beden ölçüleri konusundaki endişelerine bağlı olabileceği gibi duygudurumuna da bağlı gelişebilmektedir. Beden algısındaki temel oluşturan bu endişeler çoğunlukla kilo ve vücut şekliyle ilgili tutumları veya aşırıya varan olumsuz değerlendirmeleri içermektedir (Fairburn, 2008).

F. Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Yeme bozuklukları kroniklik ve nüks bakımından yüksek risk barındıran ve çoğunlukla kadınlarda görülen bir ruh sağlığı sorunudur (Fairburn vd., 2000). Yurtdışında yeme bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığı %1-4 (Smink vd., 2012; Allen vd., 2013) olarak tespit edilirken bu oran ülkemizde yapılan toplum temelli bir araştırmasına göre bütün yeme bozukluklarının Türkiye’de görülme yaygınlığı %2,3 olarak bulunmuştur. Bu oran anoreksiya nervozada %0,03 iken bulimia nervozanın yaygınlığı ise %0,7 olarak tespit edilmiştir (Vardar & Erzenin, 2011). Yetişkinlerde yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığını farklı zamanlarda incelemiş araştırmalara bakıldığında anoreksiya nervozada bu oran %0,6, bulimia nervozada %1 ve tıknırcasına yeme bozukluğunda yaşam boyu yaygınlık oranı ise %3 olarak bulunmuştur (Jacobi vd., 2004) ve yaygınlık erkekler arasında daha az görülmüştür (Treasure vd., 2010). Yeme bozukluğu vakalarının %90’dan fazlası 25 yaşın altındaki bireylerden oluşmaktadır. Bu kişilerin %5-10’unu erkekler oluşturmakta ve yeme bozuklukları kadınlarda erkeklerden 5 ile 20 kat daha fazla bulunmaktadır (Deering, 2001). Belirli bir yıl boyunca yeme bozukluklarının kadınların yaklaşık olarak %1,6’sını erkeklerin ise yaklaşık olarak %8’ini etkilediği

görülmektedir. Bir yılda genç kadınların yaklaşık olarak %0,4'ünü anoreksiya nervoza etkilerken, %1,3'ünü ise bulimia nervoza etkilemektedir. Hem anoreksiya nervoza hem de bulimia nervoza kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık olarak on kat daha fazla şekilde görülmektedir (APA, 2013). Alanyazın incelendiğinde cinsiyet farklılıkları, yeme bozukluğunun belirtileriyle ilişkili bulunmaktadır. Erkeklerin tıknırcasına yeme ataklarını ve kilo kontrolüyle ilgili aşırı egzersiz meşguliyetinde olmalarını bildirme olasılıkları oldukça düşüktür (Lewinsohn vd., 2002). Yapılan bir araştırmada tıknırcasına yeme sorunu yaşayan erkeklerin yediklerini çıkarma gibi aşırı kilo- kontrol davranışlarını bildirmeleri kadınlara göre oldukça düşük bulunmuştur (Hay, 1998). Yine kadınlardan farklı olarak erkekler kas artırmak ve vücut yağını azaltmak amacıyla farklı telafi edici davranışlara yönelmektedir (Anderson & Bulik, 2004). Hem kadınlarda hem erkeklerde yeme bozukluğunun yaygınlığı artmaktadır (Micali vd., 2013). Genç kadınlar ve ergenlik dönemindeki kızlar ise yeme bozukluğunun en çok artış gösterdiği kişilerdir (Hoek, 2006). Yeme bozuklukları, 2010 yılından itibaren yaklaşık olarak yılda 7000 ölümle sonuçlanmakla en fazla ölüm riski olan hastalık başlığı altında gösterilmektedir (Lozano vd., 2012). Bu açıdan bakıldığında yeme bozukluklarının ergenler ve genç yetişkinler arasındaki yaygınlığının artış göstermesi, eşlik eden başka ruhsal ve fiziksel bozuklukların olması, ölüm oranları en yüksek patolojilerden biri olarak gösterilmesi erken teşhis ve tedavisinin ne kadar önemli ve gerekli olduğunu açıklayan nedenlerdir (Janout & Janoutova, 2004).

Travmatik yaşantılar yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir yere sahiptir (Jacobi vd., 2004). Hastalığın seyri ve tedavi sürecinin etkililiği açısından travmatik yaşantılar belirleyici bir güce sahip olduğu için yeme bozukluklarının alışıması ve tedavi programlarının geliştirilmesi kritik öneme sahiptir (Jacobi vd., 2004). Yeme bozukluğu tanısına sahip hastaların aileleri ile kontrol grubundaki kişilerin aileleri arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür (Humphrey, 1989). Yeme bozukluğu olan hastaların aile ilişkilerinde destek olma ve yakınlaşma değişkeni düşük düzeyde bulunurken, kendini koruma değişkeni yüksek düzeyde bulunmuştur. Türkiye'de 15-18 yaş aralığındaki 800 kız öğrenciyle yapılan araştırmada bulimia nervozanın oranı %3 olarak bulunmuştur (Büyükkal, 1995). 15-19 yaş aralığında olan 1978 öğrenciyle yürütülen bir başka çalışmada ise bulimia nervozanın yaygınlığı kızlarda %4,3, erkeklerde ise bu oran %0,6 olarak tespit edilmiştir (Yeşilbursa, 1990). Üniversite

öğrencileri ile yeme davranışlarındaki temel özellikler ve cinsiyetin bu özelliklere etkisinin incelendiği bir çalışmada kişilerin aşırı egzersiz yapma, beden algısı, diyet yapma, tıknırcasına yeme davranışları, yeme ve kiloya dair tutum ve alışkanlıklar değerlendirilmiştir (Polat vd., 2005). Bu çalışmaya katılım sağlayan öğrencilerde diüretik ya da laksatif kullanma, aşırı egzersiz yapma ve kendini kusmaya zorlama gibi telafi edici davranış gösterenlerin oranı %6,7 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %21'inde tıknırcasına yeme nöbetleri tespit edilmiştir. Diyetle kilo verme ve kendini şişman görme konularında kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Çoğunluğu kız olan bu öğrencilerin %15,6'sı kendini şişman olarak tanımlamaktadır (Polat vd., 2005). Yeme bozukluklarıyla ilgili çalışmalar hala ülkemizde diğer ülkelere nazaran yeterli sayıda olmamakla birlikte genel olarak beden algısı, benlik algısı, obsesif-kompulsif davranışlar, anne-baba tutum ve davranışları ve travma yaşantıları ile ilişkisi üzerine yoğunlaşmaktadır.

G. Çocukluk Çağı Travmaları

On sekiz yaşını dolduramamış olan kişi daha erken yaşlarda ergin olsa dahi çocuk koruma kanununa göre çocuk olarak tanımlanmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ndeki "Çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır" birinci maddesi de aynı ifadeyi desteklemektedir. Çocukluk çağında görülen travma yaşantıları doğal afet, kaza, ihmal ya da istismar şeklinde deneyimlenebilmektedir. En başta ebeveynler olmak üzere çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinler çocuğun sağlıklı gelişimi ve yaşam boyu ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi için onun ihtiyaç duyduğu beslenme, güvenlik, barınma, kabul görme, korunma, sevgi, ilgi, eğitim ve rehberlik gibi temel gereksinimlerini dengeli bir hassasiyetle karşılamalıdır. Çocuğun hem öz saygı hem de olumlu bir kendilik algısı geliştirebilmesi, sosyal gelişimine uygun şekilde toplumsal yaşantıya uyum sağlayabilmesi, sağlıklı şekilde bireyselleşebilmesi ve ruhsal olgunluğa ulaşabilmesi ancak içinde bulunduğu çevrenin farkındalık ve sorumluluk bilinciyle ona sunduğu koşullar ile sağlanabilmektedir. Dünya üzerindeki bütün çocukların bu özel koşullara ulaşabiliyor olması, hemen hemen tüm uluslararası devletlerin politikalarında ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi bildirelerinde dikkatle yer almaktadır. Gün geçtikçe kanunların gün bu konuya karşı artan vurgu ve hassasiyetine rağmen ise çocuk ve ergenlerin hemen hemen her

toplum ve bağlamda istismara maruz kaldıkları bildirilmekte olan bir durumdur (Deveci & Açıık, 2003). Ülkemiz 1990 yılında “Çocuk Hakları Sözleşmesi” ni imzalamış ve 1995 yılıyla birlikte yürürlüğe koymuştur. Çocuk istismarı, tıbbi, gelişimsel, psiko-sosyal, hukuki, sosyo-kültürel boyutları olan ve tüm toplumları hem etkileyen hem de ilgilendiren çok ciddi bir sorundur (Tıraşçı & Gören, 2007). Çocuklara başta kendi anne-babaları ve akrabaları olmak üzere dış çevreden de hem fiziksel hem de duygusal anlamda kötü muamelede bulunduğu belirtilmiştir (Helfer, 1991). Bahsi geçen kötü davranışlar genellikle fiziksel ve cinsel şiddet şeklinde olurken bazen de çocuğun normal ve sağlıklı ilerleyen gelişimini engelleyici beslenme, ilgi, barınma, eğitim gibi temel gereksinimlerinin görmezden gelinerek ihmal edilmesi şeklinde yaşanabilmektedir (Helfer, 1991; World Health Organization-WHO, 2006).

Literatür incelendiğinde sosyoloji, hukuk, psikoloji, tıp ve daha birçok disiplinde çocukluk çağı travmalarına dair tanım ve açıklamaya yer verilmektedir. Örselenmiş çocuk sendromu, kaza ile olmaksızın çocuğun bakımını üstlenmiş kişiler tarafından çocuğa uygulanan ve yaralamayla sonuçlanabilen her türlü fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır. (Kempe vd., 1985). Diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün yaptığı açıklamaya göre, Çocukluk çağı travmaları, çocukla ilgilenmek adına sorumluluk alan birinci dereceden bireylerin var olan fiziksel üstünlüklerini çocuğun sağlıklı gelişimindeki fiziksel, ruhsal, sosyal, cinsel yönleri ve hayati fonksiyonlarını tehdit etmeye yönelik kullanarak yıkıcı tutum ve davranışlarda bulunması ve de çocuğun temel bakım gereksinimlerini ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Runyan vd., 2002).

Çocukluk Çağı Travmaları yaygın şekilde dört farklı grupta ele alınarak değerlendirilmektedir: fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal (WHO, 2006).

1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar Polat’ın (2007) yaptığı tanıma göre en kolay tespit edilen ve yaygınlığı en sık görülen istismar çeşidi olmakla birlikte çocuğa bakım vermekle sorumlu kişilerin çocuğun bedenine kaza dışı şiddet uygulaması, zarar vermesi ve cezalandırması olarak ifade edilmektedir. Çocuğun fiziksel bütünlüğüne hasar bırakacak şekilde tekrarlayan itme, tokat atma, yakma, ısırma, vurma gibi bu

davranışlar çocuğun yaralanmasından ölümüne sebep olmaya kadar uzanan diğer davranışları da içine almaktadır (Kaplan vd., 1999). Fiziksel istismar davranışlarının diğer tespit edilen biçimleri ise en sıklıkla rastlanan dövme ile birlikte kesme, boğma ve zehirlenme şeklinde de görülebilmektedir (Kara vd., 2004). Bununla birlikte çocuğun maruz kaldığı örselenmeler sonucunda kızarıklık, morarma, yanık izi, kırık-çıkık ya da iç kanama gibi bedensel semptomlara denk gelinebilmektedir (Pelcovitz vd., 2000). Fiziksel istismar, çocukların sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere neden olan şiddet davranışlarını içermektedir (Wolfe, 2001). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2006) fiziksel istismarı, çocuğun bakımından sorumlu olan, güçlü olan ve/veya çocuğun güvendiği bir aile veya herhangi birinin, çocuğun zarara uğraması veya zarar göreceğine yönelik tehditlere maruz kalmasına sebebiyet verme şeklinde tanımlamaktadır. Bahsedilen bu durumun bir kere gerçekleşmesi ya da yineleyen şekilde devam etmesi muhtemel olabilmektedir. Özetle fiziksel istismar, kazanın dışında sebeplerle çocuğun yaralanması durumu ve/veya alenin çocuğu yeteri kadar gözetememesi nedeniyle gelişebilecek kazaları kapsayan durumlardır.

2. Duygusal istismar

Duygusal istismar çocuk ve ergenler tarafından bilinen diğer istismar çeşitlerine göre daha sık bildirilmekle birlikte tespit edilmesi ve kanıtlanmasındaki zorluklar nedeniyle yaygınlık oranları net şekilde ifade edilemeyen bir istismar türüdür (Honor, 2012). Çocukta bıraktığı etkiler yetişkinlik yıllarına değin uzanan duygusal istismar, sevgi, şefkat, ilgi, sıcaklık gibi çocuğun ihtiyaç duyduğu temaslarda hiç bulunulmaması ya da bunlara ek olarak çocuğun kimlik gelişimini zedeleyebilecek reddedici, aşağılayıcı, utandırıcı, suçlu hissettirici hareket ve eylemlerin çocuğa yöneltilmesidir (İHD, 2008). Çocuğu korunmasız kalacak şekilde yalnız bırakmak, tehdit etmek, korkutmak, ihtiyaçlarını yok saymak, kardeşleri ya da yaşlıları arasında küçük düşürerek çocuğun onurunu kırmak, ayırım yaparak ötekileştirmek ve baskıcı disiplinlerle sindirmek gibi davranış örüntüleriyle seyreden tutumlar duygusal istismara girmektedir ve ileriki dönemde bireyin duygusal yaşamına etki eden uyum bozucu şema yapılarına da kaynaklık ettiği düşünülmektedir (Polat, 2000). Duygusal istismar, çocuklarda bilişsel, duygusal veya diğer zihinsel bozukluklara yol açan ve/veya açabilecek olan davranışları kapsamaktadır. Duygusal istismarla çocukların sosyal, akademik, psikolojik, ilişkisel ve kariyer gelişimleri de negatif etkilenebilmektedir. Öyle ki çocuğun anne ve babası

tarafından reddedilmesi yaşaması ve kabul görmemesi çocuğun yaşamının birçok alanına genel uyumunu olumsuz açıdan etkisi vardır. Çocuğun özellikle ailesi tarafından algıladığı reddedilme ve kabul görmeme algılarının kişinin davranışsal, duygusal ve bilişsel-sosyal gelişimine hasar veren etkileri mevcuttur. Yapılan bir çalışmada reddedilmiş olan çocukların, kendilerini bağımlı, saldırgan, özgüvensiz ve yetersiz olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Green vd., 2015). Duygusal istismar yaşayan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişiliğe sahip olma, değersizlik inançları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırganlık gibi durumlar var olabilmektedir (Polat & Çocuk, 2002).

3. Cinsel istismar

Dünya Sağlık Örgütü, cinsel istismarı hem fiziksel hem de psiko-sosyal açıdan cinsel olgunluğunu tamamlamamış çocuk ya da ergenin bilinçli şekilde anlamlandıramadığı ve onay vermediği, toplumsal yasa ve normlara ters düşen formlarda cinsel eylemlere maruz bırakılması olarak tanımlamaktadır (Butchart vd., 2006). Cinsel istismar, çocuktan en az beş yaş daha büyük bir çocuğun ya da yetişkinin cinsel haz ve doyum elde etmek amacıyla çocuğa zorbalık uygulanması, gözdağı vermesi veya manipülasyonla çocuğu kandırması olarak ifade edilmektedir (Polat, 2007). Çocuğun genital bölgelerine yönelik yapılan teşhircilik, dokunma, okşama, röntgencilik, tecavüz çocuğu başka bir cinsel birlikteliğe şahit etme, fuhuşa zorlama ya da pornografik sitelerde sömürü amacıyla kullanma gibi çocuğun yaşamında zedeleyici ve onarılması güç izler bırakan bu davranışlar cinsel istismar davranışlarına örnek olarak verilmektedir (Polat, 2007). Cinsel istismar çocuk istismarı alt tipleri arasında tespit edilmesi en zor olan istismar türüdür (Polat, 2007). Çocuğun okul başarısında düşme, davranış sorunları özellikle ergenlik dönemiyle birlikte ortaya çıkan yalıtılmışlık, yalnızlık, depresyon, intihar düşünceleri, evden kaçma, madde kötüye kullanımı ve erken evlilik çocuk istismarının neden olabileceği kısa süreli etkiler arasında gösterilmektedir. Çocuklarda amnezi, unutkanlık, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, somnambulizm, fantezi kurma, disosiyatif belirtiler ise cinsel istismarın çocukta yol açabileceği uzun süreli etkiler olarak ifade edilmektedir. Diğer uzun süreli etkiler arasında ise kaygı-korku bozuklukları ile birlikte depresyon, intihar, cinsel problemler, TSSB, disosiyatif kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, Borderline Kişilik Bozukluğu, yeme bozuklukları ve derealizasyon gösterilmektedir (Topçu & Yılmaz, 2009). Burada uzun vadeli etkilere katkı sağlayan belirleyici etkenler ise yaşanan

istismarın süresi ve sıklığı, cinsel istismarın fiziksel şiddet içerip içermediği, zor kullanma, tehdit, çoklu istismara maruz kalma, istismarcının cinsiyeti ve yaşı, mağdurla istismarcının bağı, mağdurun yaşı ve cinsiyeti, istismarı açıkladığında yaşadığı problemler olarak sıralanmaktadır. Aile içi cinsel istismar ise ensest olarak isimlendirilmektedir (Topçu & Yılmaz, 2009).

4. İhmal

Polat'ın çocukluk çağındaki ihmali açıklamak için yaptığı tanıtımda çocuğun gelişim ve refahını karşılamak adına sorumlu bulunan kişilerin çocuğun barınma, beslenme, sağlık, temizlik, güvenlik ve eğitim gibi fiziksel ihtiyaçlarıyla birlikte yakınlık, sevgi, ilgi ve şefkat gibi duygusal gereksinimlerinin karşılanmasındaki eksiklikler ve çocuğa cinsel gelişim hakkında eğitim ve bilgi verilmemesi ya da çocuğa zarar veren cinsel davranışlar farkedilmesine rağmen bu durumun önlenmemesi bununla birlikte çocuğun cinsel istismara karşı güvenliğinin sağlanmaması ihmal olarak nitelendirilen durum ve eylemlerdir (Polat, 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı açıklamaya göre yalnızca bakım verenleri ebeveynlik becerilerinden noksan ya da maddi açıdan olanakları çok yetersiz ortamlarda yetişen çocuklar değil mali olarak yaşam seviyesi üst düzeyde bulunan ailelerdeki çocuklar da ihmal edilebilmektedir (WHO, 2006). Ayrıca ihmal, belirlenmesi ve saptanması diğer istismar türlerine göre güç bir durum olduğu için genellikle önemsenmemekte ve göz ardı edilebilmektedir (Kara vd., 2004).

5. Çocukluk çağı travmaları yaygınlık ve sıklığı

Çocukluk çağı travmaları ihbar etme ve fark etmedeki eksiklik ve araştırma süreçlerindeki aksaklıklar nedeniyle görülme oranlarında değişken verilere ulaşılabilen bir olgudur. Bu konuda yapılan birden çok çalışmadan elde edilen sonuçlara göre 2000'li yıllarda 15 yaşın altındaki 57.000 çocuğun ölüm sebebinin çocukluk çağı istismar ya da ihmal yaşantısı olabileceği ifade edilmektedir. Amerika İnsan ve Sağlık Hizmetleri Departmanı (U.S. Department of Health and Human Services)'nin 2009 yılında derlediği rapor ettiği verilere göre ise yaş aralığı 4 ile 7 arasında değişen ihmal ve istismar vakalarının %4,2'si duygusal istismar, %7,6'sı cinsel istismar, %10,8'i fiziksel istismar ve %59'u da ihmal kaynaklı olarak kayıtlara geçmiştir (Sebelius, 2010). Yapılan bu çalışmadan elde edilen diğer bir sonuca göre ise istismar mağduru çocukların %48'i erkek, %52'si de kızdır. Dünyada yaş aralığı

1 ile 14 arasında değişen 40 milyon çocuk Dünya Sağlık Örgütü bildirimine göre istismar ve ihmal yaşantılarına maruz kaldığı için desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedir. (Şimşek vd., 2008). Diğer bir araştırmaya göre ise erkek çocuklar kız çocuklara kıyasla daha erken yaşlarda istismara uğramakta fakat istismara maruz kaldığını bildiren çocukların yalnızca 1/3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Homoseksüellik ve güçsüz olduklarına dair imalardan kaçınmaları nedeniyle erkek çocukların daha az bildirdiğı düşünölmektedir (Back vd., 1998). Türkiye istatistik verilerine göre ise 2017 yılı boyunca güvenlik kollarına başvuran ya da ihbar edilen 335.242 çocuğun %46,2'sinin mağdur edildiğı tespit edilmiştir. TÜİK, yayınladığı istatistik sonuçlarında mağdur edilen çocuk sayısının her geçen yıl daha da çok arttığını belirtmektedir. Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2001 yılında 839 lise çağında olan öğrenciyle Türkiye'de yürütölmüş bir araştırma sonuçları gösteriyor ki katılımcıların %15,8'i duygusal istismar, %13,52'si fiziksel istismar, %16,5'i ihmal ve %10,7'sinin ise ensest de dahil olmak üzere cinsel istismar yaşantısı deneyimlediklerini ifade ettikleri belirtilmektedir. UNİCEF'in 2010 yılında Türkiye için hazırladığı Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Raporu'nda da yaşları 7-18 aralığındaki çocukların %25'i ihmal, %51'i duygusal istismar ve %45'i de fiziksel istismar mağduru olarak açıklanmıştır. Messman-Moore ve Brown tarafından 2004 yılında yapılan araştırmaya 944 üniversite öğrencisi katılmıştır. Bu araştırma çocukluk çağında istismar yaşantısı olan kişilerin %80,11'ine kendi aileleri, %6,5'ine ise akrabaları tarafından istismarın uygulandığını göstermektedir.

6. Çocukluk ağı travmalarının uzun dönem etkileri

Çocukluk ağı travmalarının uzun dönemdeki etkilerini anlamak için yapılmış en kapsamlı araştırmalardan biri olan ACE (Adverse Childhood Experiences), 17.300 orta yaş ve orta sınıf kişiyle yürütölmüşdür bir çalışmadır. Bu çalışmada çocukluk çağında olumsuz deneyimlere ve travmatik yaşantılara maruz kalan çocuğun ilerleyen yetişkinlik yıllarında madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, uyku sorunları, depresyon, intihar girişimleri, cinsel sorunlar, kronik ağrı v.b. semptomları geliştirme açısından yüksek risk grubunda olduğu tespit edilmiştir (Felitti vd., 1998). alışmalar göstermektedir ki çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kaan kişilerin hem öz şefkat düzeylerinin düşük olduğunu (Miron vd., 2014; Miron vd., 2016) ve duygu düzenleme konusunda sorun yaşadıklarını göstermektedir (Cloitre vd., 2005; Dvir vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamasına göre ise çocukluk

dönemindeki örseleyici deneyimler hem ruhsal hem de bedensel sağlık üzerine olumsuz açıdan kuvvetli etkiler bırakabilmektedir (WHO, 2006). DEHB, Fobi Bozuklukları, Borderline Kişilik Bozukluğu, Davranış Bozuklukları, Disosiyatif Semptomlar, OKB, Anksiyete Bozuklukları ve Panik Bozukluk gibi daha birçok ruhsal patoloji kaynağını çocukluk çağında deneyimlenen zorlayıcı yaşantılardan almaktadır (Terr, 1995). Yaşanan zorlayıcı deneyimin sıklığı, şiddeti, süresi ayrıca maruz kalan çocuğun içinde bulunduğu yaş ve gelişim dönemi de travmanın oluşturabileceği etkileri üzerinde belirleyici faktörlerdir. Tahmin edileceği üzere elbette çocukluk dönemindeki kötüye kullanım ve ihmalin çocuğun nörobiyolojik süreçlerine ciddi olumsuz etkileri vardır. Sol Serebral Korteks, Hipokampus ve Serebellar Vermis'in gelişimi ayrıca kişinin duygusal girdiyi organize etme becerisi de bu örselemeler sonucu zedelenebilmekte ve kalıcı hasarlar kalabilmektedir (Teicher vd., 2003).

H. Düşünce-Beden Biçimi Kaynaşması (DBBK)

DBBK, yeme bozukluklarına özgü bir bilişsel çarpıtma olmakla birlikte kişilerde gelişen yeme davranışları ve vücut ağırlıklarıyla ilgili abartılı ve gerçek dışı değerlendirmelerde bulunma eğilimi olarak ifade edilmektedir (Shafran & Robinson, 2004). DBBK, Obsesif Kompulsif Bozukluk spektrumuna özgü olan obsesif inançlardan düşünce-eylem kaynaşmasından temel almaktadır (Shafran vd., 1999). Düşünce-eylem kaynaşması (DEK), düşünce ve davranışların birbirinden ayrılmaz bir şekilde bağlantılı ve denk görüldüğü çarpıtılmış bir düşünce eğilimidir. DEK, kişide düşüncelerinin rahatsız edici, istenmeyen bir olayın gerçekleşme olasılığını artırdığına ve düşünmenin ahlaki açıdan olumsuz bir eylemde bulunma ile eşdeğer tutulduğuna yönelik çarpıtılmış bir değerlendirmedir (Rachman & Shafran, 1999). Düşünce ve davranışların birbiriyle karıştığı ve denk görüldüğü bu çarpıtma eğiliminin DBBK'daki yansıması ise yiyecek ve vücut ölçüleri üzerinden kendini göstermektedir (Shafran & Robinson, 2004). Öyle ki üç ayrı bileşenden oluşan DBBK, yüksek kalorili ve kilo aldırıcı besinleri tüketmenin ardından tetiklenmektedir (Shafran vd., 1999). DBBK'nın bu üç bileşeninden olabirlik bileşeni, şişmanlatıcı yiyecekler yemeyi düşünmenin ardından beden biçiminin değişebileceği ve kilo alma ihtimalinin artacağına ilişkin gerçek dışı olan bir inanç eğilimi olarak gösterilmektedir. Tüketildiğinde rahatsızlık hissi uyandıran "yasaklı"

yiyeceklere dair düşüncelerin gerçekten yemiş olma eylemiyle denk tutulması nedeniyle kişinin ahlaki açıdan yanlış bir davranışta bulunduğu sonucuna varması ise DBBK'nın ahlak bileşenini tarif etmektedir. Kalorisi yüksek olan bir yiyeceğin tüketilmesine yönelik düşüncelerin kişiyi kilolu hissettirmesi de şişmanlamış hissetme bileşenine karşılık gelmektedir (Shafran & Robinson, 2004). Özetle DBBK, kilo aldırıcı kalorili besinlere ilişkin düşüncelerin gerçek yeme davranışları ile karşılaştırılmasına yönelik çarpıtılmış düşünce ve inanç eğilimleri olarak nitelendirilmektedir (Shafran vd., 1999). Yüksek kalorili yiyecekleri tüketmeyi düşünmek DBBK eğilimi olan kişilerde düşünmenin ardından vücut biçimlerinde gerçekten bir değişim yaratabileceğine dair abartılı yorumlamalara neden olabilmektedir. Kişiler aslında bu tarz düşüncelerinin gerçeği yansıtmadığının bilincinde olduklarını öne sürmektedirler fakat kilo alma olasılığının artmasına yönelik çarpık düşünme eğilimleri sonucunda oluşan rahatsız edici hisleri kontrol etmekte ve kendilerinden uzaklaştırmakta zorluk yaşayabilmektedirler (Shafran & Robinson, 2004). DBBK eğilimi öz-bildirime dayanan ölçümler aracılığıyla tespit edilebilmektedir. Bu çarpıtma eğilimi katılımcıların kilo aldırıcı yiyecekleri düşünmelerinin istendiği deneysel çalışmalarda da tetiklenerek fark edilebilmektedir (Jauregui-Lobera vd., 2011; Radomsky vd., 2002; Shafran vd., 1999). Yapılan deneysel çalışmalar da göstermektedir ki katılımcılar kendilerini kilo aldırıcı bir besini yerken etmelerinin ardından yoğun kaygı ve suçluluk hissetmekte ve olumsuz duygulardan uzaklaşmak için sağlıklı beslenmeye gayret etme ya da egzersiz yapma gibi bazı telafi edici girişimlerde bulunmaktadırlar (Shafran vd., 1999). Yeme bozukluğu olan kişilerde sağlıklı kontrol grubuna göre kilo aldırıcı besinlerin tüketilmesinin düşünülmesi sonucu daha fazla DBBK tetiklenmekte ve olumsuz duygu deneyimi ile telafi etme davranışları beraberinde gelmektedir (Coelho vd., 2015). Yapılan çalışmalar yeme davranışları ve vücut ağırlığına dair abartılı değerlendirmelerde hissedilen artışın yeme bozukluğu olan kişilerde semptomların daha şiddetli seyretmesiyle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Shafran & Robinson, 2004). Yüksek kalorili besinleri düşündükten sonra hem anoreksiya nervozalı (Radomsky vd., 2002) hem de bulimia nervozalı bireyler (Kostopoulou vd., 2011) yoğun bir şekilde kaygı, suçluluk ve beden memnuniyetsizliği deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Gerçekdışı değerlendirmeler hem anoreksiya hem de bulimia nervozalı bireylerde benzer düzeylerde gözlemlense de DBBK tetiklenmesinin ardından bulimia nervozalı kişilerde bedenlerine yönelik memnuniyetsizlik algısı

daha yoğun deneyimlenmektedir (Kostopoulou vd., 2013). Yapılan diğer bir araştırmaya göre ise DBBK karşısında en fazla etkilenen yeme bozuklukları alt grubu anoreksiya nervoza tıknırcasına yeme/çıkarma alt tipidir (Coelho vd., 2014). DBBK aynı zamanda sağlıklı bireylerde de yiyecek ve vücut ölçülerine yönelik gerekdişi yorumlamalar olarak gözlemlenmektedir (Coelho vd., 2008b; Coelho vd., 2012b). Sağlıklı kadınlarla yürütülen bir çalışmada bireylerdeki negatif duygulanımın DBBK eğilimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın neticesinde, düşük düzey negatif duygulanım DBBK için koruyucu bir faktör olarak değerlendirilirken, yüksek düzeydeki negatif duygulanımın kişilerde DBBK’ni tetikleyici etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Olumsuz duygulanımlara yönelik yatkınlık, sağlıklı bireylerde yeme davranışına ilişkin gözlemlenen irrasyonel düşünce eğilimini etkileyen önemli bir etmendir (Coelho vd., 2010). Üç grubun karşılaştırıldığı bir araştırmada, DBBK eğiliminin en yüksek olarak yeme bozukluğu tanısı olan kişilerde gözlemlendiği ve kontrol grubundaki sağlıklı bireylerin OKB tanılı bireylere göre yiyeceklere yönelik daha abartılı değerlendirmelerde bulunduğu sonucu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu ise DBBK eğiliminin patolojik yeme örüntüsüne özgü bir bilişsel çarpıtma olmasını destekleyici bir katkı sağlamaktadır (Coelho vd., 2012a). Ergenler ve yetişkinler ile yapılan çalışmalar, vücut ağırlığının DBBK eğilimi açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Yüksek kalorili bir besinin tktilmesinin düşünülmesinin ardından alınan ölçümlere göre, fazla kilolu olan kadınlarla kıyaslandığında normal kiloda olan kadınların DBBK puanları ve diyet yapmayı önemseme düzeyinde artış olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen bu bulgu, yiyecek ve vücut biçimine yönelik abartılmış hatalı düşüncelerin normal kilodaki kadınların da yeme davranışlarını değiştirdiğine dikkat çekmektedir (Coelho vd., 2012b). Yine ergenlerle yürütülen diğer bir çalışmada, obeziteli ergenlere nazaran normal kilo değerlerine sahip ergenlerin DBBK’na karşı daha duyarlı olduğu anlaşılmıştır (Coelho vd., 2013). Böylelikle ideal kabul edilen beden ölçülerinden uzaklaşma ve kilo almaya yönelik gerekdişi düşüncelerin kilolu bireylere kıyasla normal kilolu kişilerde daha fazla rahatsız edici hisler uyandırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Coelho vd., 2012b; Coelho vd., 2013). Ayrıca DBBK, patolojik yeme tutumlarının sürmesinde etkin rol oynayan beden şekli ve kiloya ilişkin kaygılara ek olarak (Coelho vd., 2015; Shafran & Robinson, 2004), beden memnuniyetsizliği ve zayıf olma dürtüsü ile de ilişkili bulunmuştur (Jauregui-Lobera vd., 2012). Yeme bozukluğu tanısı olmayan (Dubois vd., 2016) ve yeme bozukluğu

tanısı olan kişilerle (Jauregui-Lobera vd., 2012) yapılmış çalışmalarda, yemesi sakıncalı bulunan yasaklanmış yiyecekleri yemeyi düşünmenin akabinde kilo almaya yönelik abartılı değerlendirmelerde bulunma eğiliminin bedeni olduğu gibi kabullenememe ve fiziksel özelliklerine olumsuz bir tutumla yaklaşma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Beden memnuniyetsizliği yüksek olan sağlıklı erkeklerle yürütülen bir çalışmada ise kilo aldırıcı yiyecekleri yediklerini düşünmenin bu kişilerde beden ölçülerinin değişeceğine ilişkin abartılı yorumlarda bulunmalarına ve problemlili yeme davranışlarında artış görülmesine neden olmaktadır (Wyssen vd., 2016). Bireyin kalorisi yüksek yiyecekleri düşünmesinin ardından kilo ve beden şeklinde gerçekçi olmayan bir değişime ilişkin beklentiler içerisine girmesinin beden ağırlığı ve biçimine yönelik kaygılarını artırmasına ve bunun da bireylerin beden imgelerini olumsuz açıdan etkileyebileceği sonucuna ulaşılmaktadır (Jauregui-Lobera vd., 2012).

III. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, veri toplama araçları ve veri analizlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

A. Araştırmanın Modeli

Yaş aralığı 16 ile 56 arasında değişen ergen ve erişkinlerde yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünü inceleyen bu çalışma nicel araştırma desenleri içerisinde yer alan ilişkisel tarama modeline uygun bir çalışmadır.

B. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2021 yılında Türkiye'nin çeşitli illerinde ikamet eden 16 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Örneklem grubu kolayda örnekleme yoluyla seçilen 59'u erkek, 247'si kadın toplam 306 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 306 kişiye ait veriler Google Forms aracılığıyla online olarak toplanmıştır.

C. İşlemler

Öncelikle İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Kurulu'na araştırma önerisi ve araştırmada kullanılacak veri toplama araçları bildirilmiş ve gerekli bilgiler verilmiştir. Etik kurul onayı verildikten sonra araştırmada yer alan ölçek ve formlar Türkiye'nin çeşitli illerindeki kişiler tarafından doldurulmaya ve bilimsel veriler toplanmaya başlanmıştır. Uygulamalar içinde bulunan pandemi koşulları nedeniyle, katılımcıların onayı alınarak Google Forms üzerinden yapılmıştır. Katılımcılara uygulama öncesinde tezin; amacı, konusu ve özellikleri çalışmanın içeriği ve süresi, çalışmayı yapan kişinin bilgileri, toplanan verilerin gizliliği ve çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı bildirilmiştir. Kişilerden Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır. Değerlendirme

ölçeklerindeki her soruya cevap vermeyen kişilerin yanıtları araştırmanın dışında tutulmuştur. Araştırmaya dair özet bilgi içeren mesaj ve araştırma linki araştırmaya katılmak isteyen kişilere sosyal medya üzerinden çevrimiçi ortamda paylaşılarak dağıtılmıştır. Araştırmaya katılan kişilere, Demografik Bilgi Formu, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği (DBBK-Ö) uygulanmıştır. Katılımcıların çalışmayı tamamlaması yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Araştırma verileri Ocak 2021 – Haziran 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Bahsi geçen veri toplama araçlarının ayrıntılı bilgileri ise alt bölümde bulunmaktadır.

D. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Demografik Bilgi Formu”, araştırmadaki katılımcıların yeme bozukluk düzeylerini değerlendirmek amacıyla “Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği”, katılımcıların düşünce ve yeme ile ilgili eylemlerinin eş değerliliğine dair olumsuz yorumlama düzeylerini değerlendirmek için “Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği” ve çocukluk çağı travmalarını görebilmek adına “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” isimlerindeki veri toplama araçları kullanılacaktır.

1. Demografik bilgi formu

Araştırmamızda kullanılan demografik bilgi formu katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve daha önce beslenme ve psikolojik destek için profesyonel yardım alıp almadığı gibi soruları cevaplaması gereken, örneklemin sosyo-demografik bilgilerinin alınması amacıyla hazırlanmış bir bilgi formudur. Kullanılan form Ek bölümünde bulunmaktadır.

2. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ-33)

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1995 yılında çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılarak 28 maddeden oluşan ve fiziksel, cinsel, duygusal istismar ile birlikte duygusal, fiziksel ihmal alt boyutlarının olduğu 5’li likert tipinde bir ölçek olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin özgün halinde

cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı 0,79-0,94, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı ise 0,80-0,89 aralığında ve test tekrar testin korelasyon katsayısı 0,90 olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada kullanılacak olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, 2021 yılında Şar ve arkadaşları tarafından genişletilerek 33 madde haline getirilip ve “aşırı koruma-kontrol” alt boyutu eklenmiştir. Bireylerin çocukluk dönemi sırasında karşılaşılabilecekleri fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-baskılanmalarını değerlendirme amacıyla oluşturulmuştur (Şar vd., 2020). Ölçeğin kültüre duyarlı şekilde revize edilen yeni hali 5’li likert tipinde olup alınacak puan en az 25, en fazla 150’dir.

3. Yeme bozuklukları değerlendirme ölçeği

Fairburn ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilen Yeme Bozukluğu’nu Değerlendirme Görüşmesi’nin (EDE) kendi bildirim formu olan Yeme Bozukluğu’nu Değerlendirme Ölçeği, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olarak bilinmektedir. Ölçeğin orijinal formu 28 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde, Baktıroğlu (2019) ölçeğin yetişkinler üzerinde geçerliğini ve güvenilirliğini test etmiştir. Geçerlik için açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve bazı maddeler ölçekten çıkarmıştır. Ölçeğin yetişkinler için geliştirilen formu 17 maddeden ve üç faktörlü yapıdan oluşmuştur. Üç faktörlü yapı toplam varyansın yaklaşık %65’ini açıklamıştır. Faktörler, beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler (8 madde), kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı (5 madde), işlevsellik ve kontrol kaybı (4 madde) olarak isimlendirilmiştir. Faktörler için hesaplanan alfa katsayıları sırasıyla 0,92; 0,85 ve 0,75 olarak raporlanmıştır (Baktıroğlu, 2019).

4. Düşünce beden biçimi kaynaşması ölçeği (DBBK-Ö)

DBBKÖ, yüksek kalorili besinleri tüketmeye yönelik düşüncelerin ahlak dışı bir eylemde bulunma ve beden biçiminde değişime yol açması ile eşdeğer tutulmasına yönelik gerçekdışı yorumlamaları tespit etmeye yönelik geliştirilmiş bir ölçektir (Shafran vd., 1999). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Varlık ve Kabakçı tarafından yapılmıştır. Öz bildirime dayanan ve toplamda 34 maddeden oluşan DBBKÖ, 0 (hiç katılmıyorum) ve 4 (tamamen katılıyorum) arasında değişen 5’li likert tipi üzerinden derecelendirilmekte olan bir ölçektir. Ölçek, revize edilmiş hali ile Kapsam ve Yorumlama olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmaktadır (Shafran &

Robinson, 2004). 17 maddeden oluşan Kapsam bölümü kendi içerisinde Olabilirlik, Ahlak ve Şişmanlamış Hissetme olmak üzere üç alt boyutu içermektedir. Kilo aldırıcı bir yiyeceği düşünmenin vücut ağırlığını arttırma olasılığına yönelik gerçekdışı inanç Olabilirlik alt boyutu, ahlak dışı bir eylem ile denk tutulması Ahlak alt boyutu ve kişinin daha fazla şişmanladığına yönelik abartılı değerlendirmeleri ise Şişmanlamış Hissetme alt boyutuna karşılık gelmektedir. Üç alt boyutun birbirinden farklılaşmaması sebebi ile Kapsam bölümünde birlikte ele alınmaktadır. Yine 17 madde üzerinden değerlendirilen Yorumlama bölümü ise “yasaklı” ya da “kilo aldırıcı” yiyecekleri düşünmeye yönelik yorumlamaları içermektedir. Fakat “Kapsam” ve “Yorumlama” bölümleri içerisinde yer alan DBBK Ahlak, Olabilirlik ve Kendini Şişmanlamış Hissetme alt boyutları birbirleriyle iç içe geçmiş olmalarından dolayı yapılan çalışmalarda bu maddelerin hepsi tek bir faktör altında toplanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, DBBK eğiliminin daha fazla olduğu anlamına gelmektedir (Shafran & Robinson, 2004). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach 43 alfa iç tutarlık katsayıları toplam puan için .93, Kapsam bölümü için .90 ve Yorumlama bölümü için .82 olarak tespit edilmiştir (Varlık ve Kabakçı, 2008).

E. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin araştırmanın hipotezleri doğrultusunda değerlendirilebilmesi amacıyla SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İlk olarak Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanarak yeme bozuklukları değerlendirme, çocukluk çağı travmaları ve düşünce beden biçimi kaynaşması ölçeklerinden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün incelenmesi amacıyla ise SPSS Process Hayes Makrosu (versiyon 30) kullanılarak regresyon analizleri yapılmıştır. Çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları değerlendirme ve düşünce beden biçimi kaynaşması puanlarını cinsiyet gibi iki kategorili değişkenlere göre karşılaştırmak amacıyla bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Elde edilen puanları eğitim düzeyi gibi ikiden fazla kategorisi bulunan değişkenlere göre karşılaştırmak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Scheffe Post-hoc testi kullanılarak farkın kaynağı belirlenmiştir. %95 güven aralığında analizler gerçekleştirilmiş ve <0,05 değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

A. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kapsamında, çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları değerlendirme ve düşünce beden biçimi kaynaşması puanlarının dağılımını incelemek için çarpıklık ve basıklık katsayıları temel alınmıştır. ± 2 aralığında bulunan çarpıklık ve basıklık katsayıları puanların normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (George & Mallery, 2010). Hesaplanan çarpıklık ve basıklık katsayıları belirtilen aralıkta yer almıştır (Çizelge 1). Bu sonuç, ölçme araçlarından elde edilen puanların tek değişkenli normal dağılıma sahip olduğunu göstermiştir.

Çizelge 1 Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeklerinden Elde Edilen Puanlara Ait Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

Değişkenler	Ort	Ss	Çarpıklık		Basıklık	
			Z	SH	Z	SH
Duygusal taciz	7,70	3,85	1,98	0,14	1,90	0,28
Fiziksel taciz	6,10	2,67	1,52	0,14	1,27	0,28
Fiziksel ihmal	8,13	3,24	1,32	0,14	1,08	0,28
Duygusal ihmal	10,84	4,31	0,86	0,14	0,32	0,28
Cinsel taciz	5,66	2,09	1,20	0,14	1,03	0,28
Aşırı koruma-kontrol	10,69	3,87	0,87	0,14	0,53	0,28
İnkâr	7,09	2,90	0,77	0,14	-0,09	0,28
ÇÇTÖ Toplam	56,22	17,50	1,51	0,14	2,54	0,28
BŞKİDD	16,61	13,98	0,72	0,14	-0,58	0,28
KYMD	10,88	9,67	0,47	0,14	-1,08	0,28
İKK	4,89	5,95	1,19	0,14	0,67	0,28
YEDÖ Toplam	32,38	26,26	0,70	0,14	-0,44	0,28
DBBKÖ Toplam	34,04	33,17	1,11	0,14	0,49	0,28

ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ= Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, DBBKÖ= Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği

Pearson korelasyon katsayıları hesaplanarak çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları değerlendirme ve düşünce beden biçimi kaynaşması puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Korelasyon katsayısı ± 1 aralığında değerler almaktadır. 0 ile $\pm 0,30$ arasındaki katsayılar düşük, $\pm 0,30$ ile $\pm 0,70$ arasındaki

katsayılar orta, $\pm 0,70$ ile ± 1 aralığında katsayılar ise yüksek düzey ilişkileri göstermektedir (Büyüköztürk, 2007).

Yemek bozukluklarının düşünce beden biçimi kaynaşması üzerindeki etkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünü belirlemek için regresyon analizleri uygulanmıştır. Regresyon analizleri SPSS Process Hayes Makrosu (versiyon 3.0) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hayes Makrosu bootstrap yöntemini temel alarak analizleri gerçekleştirmektedir. Bu yöntemde, oluşan doğrudan ve dolaylı etkilerin anlamlı olup olmadığı güven aralığı temel alınarak belirlenmektedir (Shrout & Bolger, 2002). Hesaplanan Cook uzaklık değerleri (Cook distance < 1) veri setinde çok değişkenli uç değerlerin bulunmadığını göstermiştir. VIF < 10 olması bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin bulunmadığını işaret etmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010). VIF değerleri 1,16 olarak hesaplanmış ve çoklu bağlantı probleminin bulunmadığı gözlenmiştir. Durbin-Watson katsayısının ($> 1,5$ ve $< 2,5$) aralığında bulunması, hataların bağımsızlığı varsayımının karşılandığını göstermektedir (Kalaycı, 2017). Durbin-Watson katsayısı 1,98 olarak hesaplanmış ve ilgili varsayım karşılanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları değerlendirme ve düşünce beden biçimi kaynaşması puanlarını iki kategorili değişkenlere (cinsiyet vb.) göre karşılaştırmak için bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Elde edilen puanları ikiden fazla kategorili değişkenlere (eğitim düzeyi vb.) göre karşılaştırmak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Scheffe Post-hoc testi kullanılarak farkın kaynağı belirlenmiştir. %95 güven aralığında analizler gerçekleştirilmiş ve $< 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Analizler için SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

B. Korelasyon Analizi Sonuçları

Çizelge 2 Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puanları Arasındaki İlişkilere Ait Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Duygusal taciz	1												
2. Fiziksel taciz	,709**	1											
3. Fiziksel ihmal	,360**	,478**	1										
4. Duygusal ihmal	,619**	,551**	,629**	1									
5. Cinsel taciz	,217**	,243**	,264**	,204**	1								
6. Aşırı koruma-kontrol	,645**	,504**	,418**	,570**	,168**	1							
7. İnkâr	,716**	,597**	,476**	,789**	,281**	,554**	1						
8. ÇÇTÖ Toplam	,834**	,772**	,695**	,864**	,387**	,769**	,852**	1					
9. BŞKİDD	,406**	,312**	,239**	,272**	,209**	,366**	,301**	,404**	1				
10. KYMD	,139*	,115*	0,096	,120*	,128*	,133*	0,111	,158**	,632**	1			
11. İKK	,323**	,359**	,371**	,356**	,242**	,355**	,298**	,439**	,717**	,653**	1		
12. YEDÖ Toplam	,341**	,290**	,247**	,270**	,213**	,324**	,268**	,373**	,928**	,853**	,849**	1	
13. DBBKÖ Toplam	,389**	,425**	,366**	,324**	,209**	,389**	,268**	,453**	,709**	,559**	,728**	,748**	1

**p<0,01; *p<0,05; N=306; ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ= Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, DBBKÖ= Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği

Çizelge incelendiğinde, duygusal taciz puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,406$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,139$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,323$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,341$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,389$; $p<0,01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Fiziksel taciz puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,312$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,115$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,359$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,290$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,425$; $p<0,01$) puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Fiziksel ihmal puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,239$; $p<0,01$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,371$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,247$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,366$; $p<0,01$) puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Duygusal ihmal puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,272$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,120$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,256$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,270$; $p<0,01$),

DBBKÖ Toplam ($r=0,324$; $p<0,01$) puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Cinsel taciz puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,209$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,128$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,242$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,213$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,209$; $p<0,01$) puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Aşırı koruma-kontrol puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,366$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,133$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,355$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,324$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,389$; $p<0,01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

İnkâr puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,301$; $p<0,01$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,298$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,268$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,268$; $p<0,01$) puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

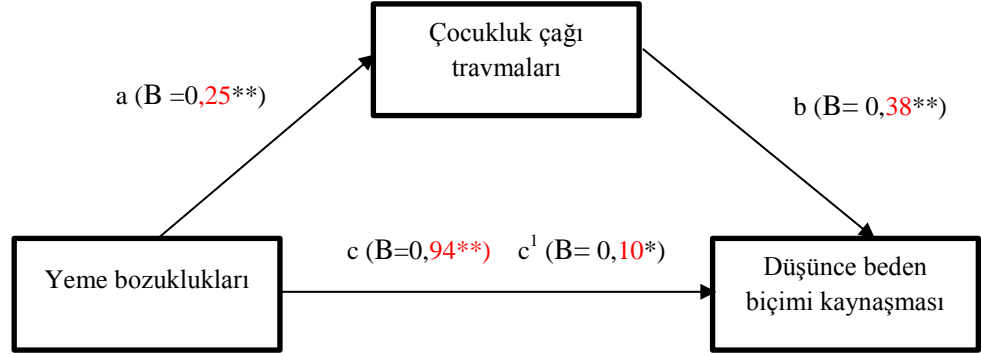
ÇÇTÖ toplam puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,404$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,158$; $p<0,05$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,439$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,373$; $p<0,01$), DBBKÖ Toplam ($r=0,453$; $p<0,01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

DBBKÖ toplam puanları ile Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler ($r=0,709$; $p<0,01$), Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($r=0,559$; $p<0,01$), İşlevsellik ve kontrol kaybı ($r=0,728$; $p<0,01$), YEDÖ Toplam ($r=0,748$; $p<0,01$) puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişkilerin bulunduğu anlaşılmaktadır.

C. Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Çocukluk çağı travmalarının yemek bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması arasındaki ilişkide aracı rolünü incelemek için regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizinde, yeme bozuklukları bağımsız değişken, düşünce beden biçimi kaynaşması bağımlı değişken ve çocukluk çağı travmaları ise

aracı (mediatör) değişken olarak yer almıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3'te gösterilmiştir.



Şekil 1 Yemek Bozukluklarının Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Üzerindeki Etkisinde Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünü, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, c^1 =Çocukluk çağı travmaları üzerinden oluşan dolaylı etki

Çizelge 3 Regresyon Analizi Sonuçları

Modeller		B	B	SH	t	P	LLCI	ULCI
YEDÖ	Model 1 (Toplam etki)							
	----> DBBKÖ	0,94	0,75	0,05	19,64	0,00	0,84	1,04
YEDÖ	Model 2 (Direk etki)							
	----> DBBKÖ	0,84	0,67	0,05	17,05	0,00	0,75	0,95
YEDÖ	Model 3 (Dolaylı etki)							
	----> ÇCTÖ ----> DBBKÖ	0,10	0,08	0,03			0,04	0,17

LLCI= Güven aralığı alt limiti, ULCI= Güven aralığı üst limiti, ÇCTÖ= Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, YEDÖ= Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, DBBKÖ= Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Ölçeği

Çizelge incelendiğinde, model 1'de, yeme bozukluklarının düşünce beden biçimi kaynaşması üzerindeki toplam etkisi incelenmiştir ($F_{(1;304)}=385,73$; $R=0,75$; $p<0,01$). Güven aralığının 95% CI (0,84; 1,04) sıfır değerini barındırmaması gözlenen toplam etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Sadece bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi dikkate alındığında, yeme bozukluklarının düşünce beden biçimi üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır ($B=0,94$; $p<0,01$).

Model 2'de, yeme bozukluklarının düşünce beden biçimi kaynaşması üzerindeki doğrudan etkisi incelenmiştir ($F_{(2;303)}=222,08$; $R=0,77$; $p<0,01$). Güven aralığının 95% CI (0,75; 0,95) sıfır değerini barındırmaması gözlenen doğrudan etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları değişkenleri aynı modelde yer aldığı anda, yeme

bozukluklarının düşünce beden biçimi kaynaşması üzerinde doğrudan pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir (B=0,84; p<0,01).

Model 3'te yemek bozukluklarının düşünce beden biçimi kaynaşması üzerindeki etkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolü test edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları için hesaplanan güven aralığı 95% CI (0,04; 0,17) sıfır değerini barındırmadığından oluşan dolaylı etki (B=0,10; p<0,05) istatistiksel olarak anlamlıdır. Elde edilen sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının yemek bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması arasındaki ilişkide kısmi aracı role sahip olduğunu göstermiştir.

D. Demografik Değişkenlerle İlişkili Sonuçlar

Çizelge 4 Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ort	Ss	t(304)	p
Duygusal taciz	Kadın	247	7,36	3,21	-3,27	0,00*
	Erkek	59	9,15	5,61		
Fiziksel taciz	Kadın	247	5,69	1,72	-5,82	0,00*
	Erkek	59	7,83	4,60		
Fiziksel ihmal	Kadın	247	7,83	3,13	-3,42	0,00*
	Erkek	59	9,41	3,41		
Duygusal ihmal	Kadın	247	10,64	4,16	-1,69	0,09
	Erkek	59	11,69	4,85		
Cinsel taciz	Kadın	247	5,68	2,15	0,27	0,78
	Erkek	59	5,59	1,83		
Aşırı koruma-kontrol	Kadın	247	10,53	3,64	-1,41	0,16
	Erkek	59	11,32	4,72		
İnkâr	Kadın	247	7,00	2,84	-1,13	0,26
	Erkek	59	7,47	3,14		
ÇÇTÖ Toplam	Kadın	247	54,73	15,45	-3,10	0,00*
	Erkek	59	62,47	23,44		
BŞKİDD	Kadın	247	16,94	13,55	0,86	0,39
	Erkek	59	15,20	15,69		
KYMD	Kadın	247	11,25	9,88	1,39	0,17
	Erkek	59	9,31	8,67		
İKK	Kadın	247	4,72	5,63	-1,06	0,14
	Erkek	59	5,63	7,15		
YEDÖ Toplam	Kadın	247	32,91	25,96	0,73	0,36
	Erkek	59	30,14	27,62		
DBBKÖ Toplam	Kadın	247	32,73	31,01	-1,41	0,16
	Erkek	59	39,51	40,85		

*p<0,05; BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı

Çizelge incelendiğinde, cinsiyete göre Duygusal taciz, Fiziksel taciz, Fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ Toplam puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (p<0,05). Erkeklerin Duygusal taciz, Fiziksel taciz, Fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ Toplam puan ortalamaları, kadınların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 5 Eğitim Düzeyine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Eğitim düzeyi	N	Ort	Ss	F(3;302)	p	Post-Hoc
Duygusal taciz	İlkokul ^a	26	6,85	3,22	5,52	0,00*	d>a, d>b, d>c,
	Lise ^b	96	7,15	3,29			
	Lisans ^c	148	7,66	3,52			
	Lisansüstü ^d	36	9,97	5,77			
Fiziksel taciz	İlkokul ^a	26	5,96	2,27	4,51	0,00*	d>a, d>b, d>c,
	Lise ^b	96	5,84	2,33			
	Lisans ^c	148	5,93	2,13			
	Lisansüstü ^d	36	7,61	4,69			
Fiziksel ihmal	İlkokul ^a	26	10,15	4,66	4,73	0,00*	a>b, a>c, a>d,
	Lise ^b	96	8,19	3,10			
	Lisans ^c	148	7,66	2,89			
	Lisansüstü ^d	36	8,47	3,26			
Duygusal ihmal	İlkokul	26	11,73	5,42	1,27	0,29	-
	Lise	96	10,54	4,01			
	Lisans	148	10,64	4,20			
	Lisansüstü	36	11,83	4,63			
Cinsel taciz	İlkokul	26	5,81	2,81	1,15	0,33	-
	Lise	96	5,33	1,67			
	Lisans	148	5,80	2,19			
	Lisansüstü	36	5,86	2,09			
Aşırı koruma-kontrol	İlkokul	26	10,92	3,36	1,57	0,20	-
	Lise	96	10,32	3,64			
	Lisans	148	10,58	3,86			
	Lisansüstü	36	11,92	4,68			
İnkâr	İlkokul ^a	26	6,23	3,10	3,86	0,01*	d>a, d>b, d>c,
	Lise ^b	96	6,58	2,33			
	Lisans ^c	148	7,30	3,00			
	Lisansüstü ^d	36	9,19	3,34			
ÇÇTÖ Toplam	İlkokul ^a	26	57,65	19,48	3,00	0,03*	d>a, d>b, d>c,
	Lise ^b	96	53,96	14,61			
	Lisans ^c	148	55,58	16,80			
	Lisansüstü ^d	36	63,86	23,59			
BŞKİDD	İlkokul	26	16,88	13,83	1,27	0,29	-
	Lise	96	15,85	13,52			
	Lisans	148	16,03	13,76			
	Lisansüstü	36	20,81	15,90			
KYMD	İlkokul	26	12,35	8,68	1,87	0,14	-
	Lise	96	9,06	8,79			
	Lisans	148	11,36	10,20			
	Lisansüstü	36	12,64	10,01			
İKK	İlkokul	26	6,15	6,50	0,80	0,49	-
	Lise	96	4,46	5,65			
	Lisans	148	4,76	5,99			
	Lisansüstü	36	5,69	6,23			
YEDÖ Toplam	İlkokul	26	35,38	25,93	1,34	0,26	-
	Lise	96	29,38	24,11			
	Lisans	148	32,15	26,94			
	Lisansüstü	36	39,14	28,74			
DBBKÖ Toplam	İlkokul	26	47,92	36,62	1,98	0,12	-
	Lise	96	33,43	30,93			
	Lisans	148	31,29	31,71			
	Lisansüstü	36	36,94	40,31			

*p<0,05; BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı

Çizelge incelendiğinde, eğitim düzeyine göre Duygusal taciz, Fiziksel taciz, Fiziksel ihmal, İnkâr, ÇÇTÖ Toplam puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (p<0,05). Scheffe Testi sonuçlarına göre, ilköğretim mezunu

katılımcıların fiziksel ihmal puan ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Lisansüstü mezunu katılımcıların ise Duygusal taciz, Fiziksel taciz, İnkâr, ÇÇTÖ Toplam puan ortalamaları ilköğretim, lise ve lisans mezunu katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 6 Profesyonel Destek Alma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Değişkenler	Daha önce beslenme ve psikolojik destek için profesyonel yardım aldınız mı?	N	Ort	Ss	t(304)	p
Duygusal taciz	Evet	57	10,21	5,53	5,73	0,00*
	Hayır	249	7,13	3,08		
Fiziksel taciz	Evet	57	7,63	4,57	4,97	0,00*
	Hayır	249	5,76	1,84		
Fiziksel ihmal	Evet	57	8,77	3,29	1,65	0,10
	Hayır	249	7,99	3,21		
Duygusal ihmal	Evet	57	11,88	4,95	2,02	0,04*
	Hayır	249	10,61	4,13		
Cinsel taciz	Evet	57	5,77	2,16	0,45	0,66
	Hayır	249	5,63	2,08		
Aşırı koruma-kontrol	Evet	57	12,40	4,93	3,79	0,00*
	Hayır	249	10,29	3,48		
İnkâr	Evet	57	8,23	3,68	3,34	0,00*
	Hayır	249	6,83	2,63		
ÇÇTÖ Toplam	Evet	57	64,89	23,93	4,26	0,00*
	Hayır	249	54,24	15,04		
BŞKİDD	Evet	57	26,89	14,80	6,57	0,00*
	Hayır	249	14,25	12,68		
KYMD	Evet	57	16,68	9,32	5,24	0,00*
	Hayır	249	9,55	9,27		
İKK	Evet	57	8,04	6,58	4,56	0,00*
	Hayır	249	4,17	5,57		
YEDÖ Toplam	Evet	57	51,61	26,51	6,54	0,00*
	Hayır	249	27,97	24,19		
DBBKÖ Toplam	Evet	57	49,30	39,34	3,94	0,00*
	Hayır	249	30,55	30,63		

*p<0,05; BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı

Çizelge incelendiğinde, profesyonel destek alma durumuna göre Duygusal taciz, Fiziksel taciz, Duygusal ihmal, Aşırı koruma-kontrol, İnkâr, ÇÇTÖ Toplam, Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam ve DBBKÖ Toplam puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (p<0,05). Daha önce beslenme ve psikolojik destek için profesyonel yardım aldığını belirten katılımcıların göre Duygusal taciz, Fiziksel taciz, Duygusal ihmal, Aşırı koruma-kontrol, İnkâr, ÇÇTÖ Toplam, Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam ve DBBKÖ Toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 7 Yaşa Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	Ort	Ss	F(2;303)	p	Post-Hoc
Duygusal taciz	16-25	142	7,43	3,56	2,96	0,053	-
	26-35	94	8,49	4,72			
	36 ve üzeri	70	7,20	2,87			
Fiziksel taciz	16-25 ^a	142	5,79	2,38	3,88	0,02*	b>a,
	26-35 ^b	94	6,73	3,26			
	36 ve üzeri ^c	70	5,90	2,21			
Fiziksel ihmal	16-25 ^a	142	7,27	2,72	19,56	0,00*	c>a, c>b,
	26-35 ^b	94	8,00	2,89			
	36 ve üzeri ^c	70	10,06	3,83			
Duygusal ihmal	16-25	142	10,40	3,97	1,39	0,25	-
	26-35	94	11,22	4,53			
	36 ve üzeri	70	11,23	4,66			
Cinsel taciz	16-25	142	5,57	1,71	0,26	0,77	-
	26-35	94	5,77	2,11			
	36 ve üzeri	70	5,70	2,70			
Aşırı koruma-kontrol	16-25 ^a	142	9,89	3,99	5,82	0,00*	b>a, c>a,
	26-35 ^b	94	11,40	3,80			
	36 ve üzeri ^c	70	11,34	3,44			
İnkâr	16-25	142	6,94	2,58	2,22	0,11	-
	26-35	94	7,60	3,35			
	36 ve üzeri	70	6,71	2,79			
ÇÇTÖ Toplam	16-25 ^a	142	53,30	15,88	3,85	0,02*	b>a,
	26-35 ^b	94	59,21	19,77			
	36 ve üzeri ^c	70	58,14	16,70			
BŞKİDD	16-25 ^a	142	14,16	13,23	4,37	0,01*	b>a, c>a,
	26-35 ^b	94	19,35	14,97			
	36 ve üzeri ^c	70	17,89	13,38			
KYMD	16-25 ^a	142	9,51	9,68	2,78	0,06	-
	26-35 ^b	94	12,37	10,11			
	36 ve üzeri ^c	70	11,63	8,76			
İKK	16-25 ^a	142	3,91	5,37	3,69	0,03*	b>a, c>a,
	26-35 ^b	94	5,81	6,48			
	36 ve üzeri ^c	70	5,66	6,12			
YEDÖ Toplam	16-25 ^a	142	27,58	25,16	4,68	0,01*	b>a, c>a,
	26-35 ^b	94	37,53	28,16			
	36 ve üzeri ^c	70	35,17	24,40			
DBBKÖ Toplam	16-25 ^a	142	26,91	26,87	6,39	0,00*	b>a, c>a,
	26-35 ^b	94	39,48	39,09			
	36 ve üzeri ^c	70	41,20	33,65			

*p<0,05; BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı

Çizelge incelendiğinde, yaşa göre Fiziksel taciz, Fiziksel ihmal, Aşırı koruma-kontrol, ÇÇTÖ Toplam, Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler, İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam, DBBKÖ Toplam puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (p<0,05). Scheffe Testi sonuçlarına göre, 26-35 yaş grubunda bulunan katılımcıların Fiziksel taciz ve ÇÇTÖ Toplam puan ortalamaları, 16-25 yaş grubunda bulunan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. 36 ve üzeri yaş grubunda bulunan katılımcıların fiziksel ihmal puan ortalaması, 16-25 ve 26-35 yaş gruplarında bulunan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. 26-35, 36 ve üzeri yaş gruplarında bulunan katılımcıların Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler,

İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam, DBBKÖ Toplam puan ortalamaları, 16-25 yaş grubunda bulunan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 8 Vücut Kitle İndeksine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları

Değişkenler	BKİ	N	Ort	Ss	F(3;302)	p	Post-Hoc
Duygusal taciz	Zayıf ^a	24	7,38	3,05	0,57	0,64	-
	Normal Kilolu ^b	162	7,49	3,71			
	Fazla Kilolu ^c	76	8,07	4,23			
	Obez ^d	44	8,05	4,09			
Fiziksel taciz	Zayıf ^a	24	5,58	1,18	3,43	0,02*	c>a,
	Normal Kilolu ^b	162	5,74	2,03			
	Fazla Kilolu ^c	76	6,78	3,77			
	Obez ^d	44	6,57	2,82			
Fiziksel ihmal	Zayıf ^a	24	6,92	2,50	11,58	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	7,36	2,58			
	Fazla Kilolu ^c	76	9,36	3,56			
	Obez ^d	44	9,52	4,03			
Duygusal ihmal	Zayıf ^a	24	10,58	4,12	2,17	0,09	-
	Normal Kilolu ^b	162	10,31	3,71			
	Fazla Kilolu ^c	76	11,63	4,75			
	Obez ^d	44	11,59	5,42			
Cinsel taciz	Zayıf ^a	24	5,38	1,44	2,08	0,10	-
	Normal Kilolu ^b	162	5,69	1,98			
	Fazla Kilolu ^c	76	5,33	1,41			
	Obez ^d	44	6,27	3,34			
Aşırı koruma-kontrol	Zayıf ^a	24	10,13	3,35	4,68	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	10,02	3,54			
	Fazla Kilolu ^c	76	11,68	4,19			
	Obez ^d	44	11,73	4,27			
İnkâr	Zayıf ^a	24	7,17	2,71	0,29	0,83	-
	Normal Kilolu ^b	162	7,04	2,77			
	Fazla Kilolu ^c	76	6,97	3,08			
	Obez ^d	44	7,45	3,19			
ÇÇTÖ Toplam	Zayıf ^a	24	53,13	14,75	3,76	0,01*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	53,65	14,96			
	Fazla Kilolu ^c	76	59,82	20,63			
	Obez ^d	44	61,18	19,97			
BŞKİDD	Zayıf ^a	24	8,00	7,28	18,70	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	13,16	12,18			
	Fazla Kilolu ^c	76	21,08	14,78			
	Obez ^d	44	26,27	14,24			
KYMD	Zayıf ^a	24	3,17	6,08	12,56	0,00*	b>a, c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	9,56	9,77			
	Fazla Kilolu ^c	76	13,41	8,36			
	Obez ^d	44	15,57	9,52			
İKK	Zayıf ^a	24	2,88	4,88	11,97	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	3,48	4,72			
	Fazla Kilolu ^c	76	6,58	6,13			
	Obez ^d	44	8,30	7,92			
YEDÖ Toplam	Zayıf ^a	24	14,04	15,29	19,32	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	26,19	23,52			
	Fazla Kilolu ^c	76	41,07	26,08			
	Obez ^d	44	50,14	26,88			
DBBKÖ Toplam	Zayıf ^a	24	11,96	18,26	17,85	0,00*	c>a, c>b, d>a, d>b,
	Normal Kilolu ^b	162	25,99	25,94			
	Fazla Kilolu ^c	76	48,14	38,49			
	Obez ^d	44	51,36	36,70			

*p<0,05; BŞKİDD= Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, KYMD= Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İKK= İşlevsellik ve kontrol kaybı

Çizelge incelendiğinde, vücut kitle indeksine göre Fiziksel taciz, Fiziksel ihmal, Aşırı koruma-kontrol, ÇÇTÖ Toplam, Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler, Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam ve DBBKÖ Toplam puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır ($p<0,05$). Scheffe Testi sonuçlarına göre, fazla kilolu olan katılımcıların fiziksel taciz puan ortalaması, zayıf olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir. Fazla kilolu ve obez olan katılımcıların ise Fiziksel ihmal, Aşırı koruma-kontrol, ÇÇTÖ Toplam, Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve Düşünceler, Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, İşlevsellik ve kontrol kaybı, YEDÖ Toplam ve DBBKÖ Toplam puan ortalamaları, zayıf ve normal kilolu olan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Genel olarak kilo arttıkça yeme bozukluğu davranışlarının arttığı gözlenmiştir.

V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın değişkenleri olan yeme bozuklukları, düşünce beden biçimi kaynaşması ve çocukluk çağı travmalarının birbirleriyle olan ilişkileri ile yeme bozukluklarının demografik değişkenlerle ilişkisini gösteren bulgular ilgili literatürde yer alan araştırmalar ışığında tartışılmıştır. Ayrıca yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması değişkenleri arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolüne ait bulgular incelenerek tartışılmıştır.

1. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Araştırmada yapılan yapılan analizler sonucu çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarını yordadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanıyla birlikte alt boyutları olan duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma-kontrol puanları ile yeme bozuklukları değerlendirme ölçeğinden elde edilen hem toplam puanlar hem de beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler, kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, işlevsellik ve kontrol kaybı arasında pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Literatür incelendiğinde yeme bozuklukları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmaya rastlanmaktadır. Yeme bozukluklarına çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşam olaylarının etkisini inceleyen bir çalışmaya göre, yeme bozuklukları için çocukluk çağı cinsel istismarı özgül olmayan risk faktörlerinden biridir (Brewerton, 2006). Çocukluk döneminde kişinin maruz kaldığı cinsel istismarın mağdur kişide bedenine yönelik utanç ve suçluluk duygusunu artırdığı ve bu durumun yeme bozukluklarına zemin hazırladığı ileri sürülmüştür (Andrews, 1995). Bahsedilen bu çalışmalarda genel olarak yeme tutum ve davranışlarındaki meydana gelen bozulmalar, kişinin istismarla başa çıkabilmek için bedenini kullanması ve bununla birlikte de yeme bozukluklarında görülen bedensel değişimlerin ortaya çıkmasıyla ilişkili bulunmuştur. Konuya ilişkin yapılan diğer bir

çalışmada çocukluk çağı travmaları birden çok psikopatolojiye yol açabilmekte ve bu da yeme bozukluklarına karşı kişiyi daha yatkın hale getirebilmektedir (Wonderlich vd., 1997). Yapılan bir başka çalışmada fiziksel şiddet ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte fiziksel şiddete maruz kalmanın ve aile içinde yaşanan şiddete tanıklık etmenin yeme tutumlarını cinsiyet açısından fark gözetmeyecek şekilde etkilediği bulunmuştur (Brady, 2008). Aile içi şiddete maruz kalmanın ve fiziksel istismarın yeme bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete ile de ilişkili olduğuna yönelik bilgiler tespit edilmiştir (Wolfe vd., 2003). Çocukluk çağı travmaları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda 2000’li yılların başına kadar cinsel ve fiziksel istismara öncelik veriliyor olsa da son zamanlarda duygusal istismar ve ihmalin etkileri üzerine yapılan çalışmalar da literatürde yerini almaktadır. Yeme bozuklukları bulunan kişiler ve ailelerine yönelik yapılan bir çalışmada anoreksiya nervozalı bireylerin aileleri aşırı korumacı ve kontrolcüyken, bulimia nervozalı kişilerin ailelerinin kaotik, soğuk ve duygusal açıdan uzak olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bruch, 1973). Çocukluk çağı travma alt başlıklarından en çok duygusal istismarın yeme bozukluğu gelişiminde belirleyici olduğunu ifade etmişlerdir (Kent vd., 1999). Literatürdeki bulgular görüldüğü üzere yapılan bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir.

2. Yeme bozuklukları ve düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisinin incelenmesine yönelik bulguların değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen diğer bir bulguya göre yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bahsedildiği üzere düşünce eylem kaynaşması obsesif kompulsif bozukluğa ait bir üst bilişsel yapıdır ve bu bilişsel yapının yeme bozukluklarına özgü formu ise düşünce beden biçimi kaynaşması olarak ifade edilmektedir (Varlık, 2006). DBBK literatüre yeni giren bir kavramdır ve ilişkili olabileceği değişkenler üzerine yapılan çalışmalar çok azdır. Yeme bozukluklarının DBBK ile ilişkisini inceleyen çalışmalar da oldukça yetersizdir. Fakat yeme bozukluklarının OKB ile ilişkisi, DBBK’nın OKB ile ilişkisini inceleyen araştırmalar bulunabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında yeme bozuklukları ve DBBK ilişkisini DEK semptomuna eşlik eden OKB ile birlikte tartışmanın yararlı ve açıklayıcı olabileceği düşünülmüştür. Alanyazın incelendiğinde yeme tutumundaki bozulmaların fazla olduğu kişilerde DEK ve DBBK bilişsel

yapılarının daha yoğun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Varlık, 2006). Aynı çalışmada OKB belirtilerinin ve düşünme stillerinin DBBK'nın en iyi yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Varlık, 2006). Öyle ki yeme bozuklukları ile OKB arasında hem bilişsel hem davranışsal hem de psikolojik benzerliklere rastlamak mümkündür. Yeme bozukluklarındaki yiyecek, kalori, kilo alımı gibi konulardaki aşırı zihinsel uğraş, obsesif yapılanmadaki düşünce örüntüleriyle semptom ve belirti açısından farklılaşsa bilişsel çarpıtmalar açısından benzerlik göstermektedir. Yeme bozukluklarındaki kilo alımının yarattığı yoğun kaygıdan kurtulabilmek için kişinin yöneldiği kusma, egzersiz yapma, laksatif kullanma gibi davranışlar da kompulsiyonlara benzer niteliktedir (Altman & Shankman, 2009). Yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif bozuklukların ilişkili olduğu ve özellikle klinik mükemmeliyetçiliğin obsesif kompulsif belirtilerle daha yakından bağdaştırıldığı ifade edilmiştir (Altman & Shankman, 2009). Varlık (2006) çalışmasında DBBK'nı en iyi yordayan değişkenin OKB belirtileri olduğunu ifade ederek OKB- yeme bozukluğu benzerliğini bu açıdan ele alarak araştırmadaki hipotezi destekleyici bir çalışma yapmıştır. Araştırmada yeme bozukluklarında özellikle bilişsel bozuklukların önemine değinilmiş ve bilişsel yapılardaki bu bozulmanın bireyin vücut şekli, ağırlığına yönelik tutum ve değerlendirmelerini nasıl etkilediği açıklanmıştır (Varlık, 2006). Özetle literatürde araştırmada elde edilen sonuçla örtüşen, yeme bozuklukları ve DBBK arasındaki ilişkiyi anlamlı bulan çalışmalara yeterince rastlanmasa da semptomları farklı olmasına rağmen benzer değişkenlerle yapılan çalışmalar bu ilişkiyi destekleyici niteliktedir.

3. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisindeki aracı rolünün değerlendirilmesi

Araştırmanın esas problemi olan yeme bozuklukları ve DBBK ilişkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolü olup olmadığına bakabilmek için toplanan veriler üzerine regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan test sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ile DBBK arasındaki ilişkide kısmi aracı role sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bu hipotezi literatüre katkı bakımından yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Alanyazında çocukluk çağı travmaları ve DBBK ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yukarıda bahsedildiği üzere yeme bozuklukları ve OKB benzer örüntülere sahip patolojilerdir ve DBBK ile OKB ilişkili bulunmuştur (Varlık, 2006). Kişilerde OKB gelişimine neden olabilecek

faktörlerden birisi de çocukluk çağı travmalarıdır (Aslan & Alparıslan, 1999). Yapılan araştırmada travmatik ve erken dönem yaşantıları sebebiyle oluşan işlevsiz temel inançların ve bilişsel çarpıtmaların kişide diyet yapma davranışı üzerindeki etkilerini şemalarla açıklamış hem başkaları hem de kendisi tarafından kabul edilen vücut şekli ve kilo değerlerine ilişkin işlevsiz değerlendirmeler olarak yansıtıldığını göstermiştir (Cooper vd., 2004). Çocukluk yıllarında yaşanan olumsuz deneyimler bireylerin bilişsel yapılarına uzun vadeli hasarlar verebilmekte ve düşüncelerle eylemlerin iç içe geçtiği çarpıtmalara neden olabilmektedir. Kişi kaygı veren obsesyon şeklindeki her düşüncesiyle baş edebilmek ve kaygısını azaltabilmek adına telafi edici kompulsiyonlara yönelebilmektedir (Varlık, 2006). Yemeklerle ilgili birçok düşüncenin gerçekten yapılmışçasına suçluluk hissettirmesi DBBK ve OKB’de görülen DEK’nı tarif etmektedir (Varlık, 2006). Murphy ve arkadaşlarının (1988) yaptıkları bir çalışmada çocukluğunda cinsel saldırıya maruz kalmış yetişkin kadınlarda, kontrol grubuna nazaran yüksek düzeyde obsesif kompulsif belirtilerin olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Nicolini ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu çalışmada OKB tanısı almış bireylerde bir çocukluk çağı travması türü olan cinsel istismar oranının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneklemini lisans öğrencilerinin oluşturduğu bir çalışmada katılımcıların %30’unda çocukluk çağı travmaları bulguları görülmüştür bu travmalar arasında en çok duygusal ihmal yaşantılarının olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile duygusal ve fiziksel kötüye kullanım arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve duygusal ihmalin ilerleyen dönemlerde OKB gelişimi için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Mathews vd., 2008). Yine ülkemizde Semiz ve arkadaşlarının (2014) OKB tanısı almış kişilerle yaptıkları çalışmada travma ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hem DEK ile birlikte görülen OKB ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi hem de DBBK ile birlikte görülen yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar düşünöldüğünde yeme bozukluklarının DBBK üzerindeki etkisinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün olmasının alanyazın tarafından desteklenen bir bulgu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. Yeme bozukluklarının demografik değişkenlere göre incelenmesine yönelik bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada demografik bilgiler ve yeme bozuklukları alt boyutlarının analizi yapılmış ve yeme bozukluklarının cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde bozulmuş yeme tutumlarının cinsiyet açısından farklılık göstermediğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Toker'in (2008) 372 üniversite öğrencisi ile yürütülen araştırmada, Topkara'nın (2014) 150 üniversite öğrencisiyle birlikte sürdürdüğü araştırma ve Bushi'nin (2016) 150 üniversite öğrencisiyle tamamladığı çalışmada yeme bozukluklarının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Son yıllarda yeme bozukluklarının yaygınlığının her iki cinsiyette de artış gösterdiği ifade edilmiştir (Micalı vd., 2013) Yapılan epidemiyolojik çalışmada hem anoreksiya nervoza hem de bulimia nervoza kadınlarda erkeklerden daha yaygın şekilde bulunmuştur (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Amerika'da yeme bozuklukları üzerine yapılan bir araştırmada anoreksiya nervozanın kadınlar arasında yaşam boyu yaygınlığı %0,9 iken erkeklerde bu oran %0,3 olarak tespit edilmiştir. Bulimia nervozanın yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %1,5 iken, erkeklerde ise %0,5 şeklindedir (Kessler vd., 2005). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda cinsiyet farkının daha az düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (Woodside vd., 2001). Öyleki özellikle tıkınırcasına yeme tutumları kadınlarda olduğu kadar erkeklerde de yaygın olarak görülmektedir (Woodside vd., 2001).

Araştırmadan elde edilen diğer bir bulguya göre, 26-35, 36 ve üzeri yaş gruplarında bulunan katılımcıların yeme bozuklukları değerlendirme ölçeğinden ve DBBK ölçeğinden aldıkları toplam puan, 16-25 yaş grubunda bulunan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Fakat literatürdeki yeme bozukluklarına ve yaş faktörüne ilişkin yapılan çalışmalar yeme tutumundaki bozulmaların kişilerin beden algısının şekillendiği 16-25 yaş aralığında yoğunlaşmış ve araştırmadaki bulgulardan farklı olarak bozukluk ve semptomları için gelişim riski için bu yaş aralığı işaret edilmiştir. Türk örneklemiyle yürütülen bir çalışmaya göre yaşları 12 ile 25 arasında değişen gençlerin nüfusun %30'unu oluşturduğu ve yeme davranışındaki bozulmaların sosyokültürel etkenlerle birlikte oldukça büyük bir nüfus popülasyonunu etkilediği söylenmektedir (Köknel, 1981). Türkiye' de yapılan bir araştırmada özellikle 13-16 yaş aralığına gelmiş ergenlerin beden biçimi, beden algısı ve bunlara yönelik toplumsal normları öğrenmiş oldukları ve yeme tutum

algılarının da diğer yaş aralıklarına göre daha bozulmuş olduğu bulunmuştur (Batıgün & Utku, 2006). Ergenlik çağı hem kişilik gelişimi için hem de bedenen birçok gelişim ve büyümenin ivme kazandığı hassas ve kritik bir dönemdir. Bu dönem yalnızca fiziksel gelişimi kapsamaz aynı zamanda nöral sistemlerin gelişimini tamamladığı ve ruhsal açıdan olgunlaşmanın da belirginleştiği bir dönemdir ve bu yüzden birçok alışkanlık gibi yemeye dair seçimler, tutum ve davranışların da yerleştiği bir dönemdir. Öyle ki Anoreksiya Nervozanın başlangıç yaşı çoğunlukla 13-14 ve 17-18 yaş aralığındaki gençleri kapsamaktadır. Bulimia Nervozanın ise geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde başlangıç gösterdiği düşünülmektedir (Wilfley & Rodin, 1995). Sosyal ilişkiler ve sosyal açıdan kabul görme isteği ergenlik döneminde beden algısını belirleyen önemli bir etmen haline gelmektedir. Bu dönemin özellikle erken evrelerinde sağlıklı ve dengeli beslenmeye daha çok ihtiyacı olan ergenler dış görünüşleri konusunda daha çok hassaslaşmakla birlikte temel besin öğünlerini atlayan fast-food şeklindeki hazır ve kolay ulaşılabilir, kalitesi düşük olan işlenmiş gıdalara yönelme eğiliminde de olabildikleri görülmüştür (Surlu & Özcebe, 2002). Yeme tutumunun gelişmesinde beden algısı ve cinsiyet rolleri gibi faktörlerin özellikle etkili olduğu bu dönemde ergenler bilinçsiz besin seçimlerinde bulunma gibi yeme alışkanlıkları konusunda ciddi problemler yaşayabilmektedirler (Geller vd., 2000). Yaş aralığı 10 ile 18 arasından seçilen çocuklarla yürütülen bir araştırmaya göre katılımcıların çikolatalı ve şekerli besinler tüketme oranının %32; gazlı içecekleri tüketme oranının %59; patates cipsi türündeki yağlı yiyecekleri tüketme oranının ise %15,4 şeklinde olduğu bulunmuştur (Yaşar vd., 1999). Yapılmış diğer bir çalışmaya yaş aralığı 11 ve 17 arasından seçilmiş 638 ergen katılmıştır. Elde edilen sonuçlarda; araştırmaya katılan erkeklerin yağ ve şeker içeren besinleri kızlara oranla daha fazla tercih ettikleri ve bu durumun da erkeklerde kızlara göre riskli yeme alışkanlıklarının daha yaygın şekilde görüldüğü tespit edilmiştir (Demirezen & Coşansu, 2005).

Araştırmada profesyonel destek alma durumuna göre YEDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Daha önce beslenme ve psikolojik destek için profesyonel yardım aldığını belirten katılımcıların YEDÖ toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre, beslenme konusunda diyetisyen desteği alan kişilerin yeme tutumu problemlerinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır

(Şahin, 2020). Özellikle obezitesi olan kişilerden diyet yapanların diyet yapmayanlara göre duygusal yeme davranışlarına eğilimlerinin daha yüksek olduğu diğer bir araştırma bulgusudur (Sevinçer & Konuk, 2013). Yapılan başka bir çalışmada da diyet yapmak ve bu konuda profesyonel yardım almanın yeme bozukluğu riskini artırdığı ifade edilmiştir (Ulaş vd., 2013). Diğer yandan yeme bozukluğuyla ilişkili komorbid bulunan birçok ruhsal problem bulunmaktadır. Hem ruhsal hem de biyolojik açıdan yıpratıcı etkileri olan bu bozukluğa eşlik eden psikolojik bozukluklar bulunabilmektedir. Depresyon, kaygı, olumsuz benlik algısı, obsesif- kompulsif bozukluk, düşük öz saygı, mükemmeliyetçilik gibi özelliklerin yeme tutumundaki bozulmalar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Johnson vd., 2002). Kızgınlık, çabucak öfkelenme ya da düşmanca davranışlar saldırganlığın dışa vurum şekilleridir ve bu tutumlarla birlikte düşük tolerans düzeyi bozulmuş yeme tutumu gösteren kişilerde sıklıkla görülmektedir. Kendi haklarını savunmada ve öfkelerini ifade etmede güçlük yaşamak, bununla birlikte kendine yönelik saldırganca tutumlar sergilemek gibi özelliklerin de yeme tutumlarıyla ilişkisi olduğu ifade edilmiştir (Fassino vd., 2001). Egzersiz yapma, sigara- alkol kullanımı, madde kullanımı gibi sağlıkla ilişkili davranışların bozulmuş yeme tutumlarıyla ilişkisi incelenmiştir (Penas- Lledo vd., 2002). Elde edilen sonuçlarda ise aşırı tütün- alkol kullanımı ve yeme tutumunun yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (Penas- Lledo vd., 2002). Dolayısıyla yeme bozuklukları olan kişilerin akademik, sosyal ve psikolojik birçok yönden işlevselliği bozulabilmekte ve artan sorunları nedeniyle hem psikolojik hem de beslenme desteği alabilmek için profesyonel yardıma başvurabilmektedirler.

Araştırmada yeme bozuklukları ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan analizlerde vücut kitle indeksine YEDÖ toplam puan ortalamalarının araştırmada anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Fazla kilolu ve obez olan katılımcıların YEDÖ toplam puan ortalamaları, zayıf ve normal kilolu olan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Beden kitle indeksi ile ilgili yapılan araştırmalar tarandığında araştırmada elde edilen bulguyu destekleyen çalışmalara ulaşılmıştır. Beden kitle indeksinin yüksek olması bireylerde beden memnuniyetsizliğini artıran bir faktördür (Swami vd., 2010). Beden ile ilgili hoşnutsuzluk da yeme tutumlarını etkileyen başlıca etkenlerden biri olarak

görülmektedir (Koskina & Giovazolias, 2010). Vücut kitle indeksinin normal düzeylerde olmasına rağmen beden memnuniyetsizliği yüksek olan kişilerde kilo verme isteği olduğu ileri sürülmektedir (Erol vd., 2000). Yapılan başka bir çalışmada ise normal kilo değerlerine sahip olan kızların daha zayıf olmak amacıyla, erkeklerin ise daha zayıf veya daha kilolu olmak amacıyla egzersiz ve diyet yaptıklarını ve yeme alışkanlıklarını da bu sebeple değiştirdikleri söylenmiştir (Örsel vd., 2004).

Araştırmadaki diğer bir demografik değişken ise katılımcıların eğitim düzeyiydi. Yapılan istatistik sonuçlarına göre yeme bozuklukları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Fakat literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara ilişkin farklı sonuçlar da mevcuttur. Yapılan bir araştırmada örneklem yeme bozukluğu hastaları yerine yeme bozuklukları alanında çalışan uzmanlardan oluşturulmuştur. Çalışmada Yeme Bozuklukları Akademisi'nde (Academy for Eating Disorders) görev yapan ve %41,4'ünü doktora derecesine sahip kişilerin oluşturduğu 399 kişilik örneklemden katılımcılarda hesaplanan yaşam boyu yeme bozukluğu görülme sıklığı %27,3 oranındadır. Katılımcıların %46,8'i anoreksiya nervoza; %49,5'i ise bulimia nervoza öyküsü ifade etmişlerdir (Barbarich, 2002). Birçok farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde bazı grupların yeme bozuklukları geliştirmek için daha fazla risk taşıdığını ortaya çıkarmaktadır. Türk üniversite öğrencilerinin oluşturduğu örnekleme yapılan bir çalışmada öğrencilerin %2,20'sinde (21) yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu olan 21 olguda anoreksiya nervoza tanısına rastlanmazken 15 olguda bulimia nervoza olgusuna rastlanmıştır (Kugu vd., 2006). Yakın zamanda tıp fakültesi öğrencileriyle ülkemizde yapılan bir çalışmada katılım sağlayan öğrencilerin %13,7'sinde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur (İlhan vd., 2006). Bu bulgulardan da anlaşıldığı üzere yeme bozuklukları araştırmadan elde edilen sonuçtan farklı olarak üniversite ve doktora düzeyinde ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar arasında yaygın bulunabilmektedir.

B. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması ilişkisi üzerinde çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün olduğu varsayımıyla yapılmıştır. Yeme bozuklukları, oluşmasına neden olabilecek risk faktörlerinin anlaşılması

açısından kritik öneme sahip bir bozukluktur. Öyle ki en iyi önlemin, hastalığın oluşma riskini ortadan kaldırmak olduğu bilinen bir gerçektir. DBBK, bilişsel bir yapı olmakla birlikte yeme bozukluğuna sahip kişilerin tedavisinde ilerlemeyi engelleyen bir bariyer görevi görmektedir. Çocukluk çağı travmaları da yüzyıllardır bilinen, kayda geçen rakamlardan çok daha yüksek oranlarda görülen hem fiziksel hem de ruhsal birçok hasara sebep olabilen bir halk sağlığı problemidir.

Mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlara göre araştırmanın üç hipotezi de doğrulanmıştır. Yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması arasında, çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasında pozitif bir ilişki vardır. Ayrıca yeme bozuklukları ile düşünce beden biçimi kaynaşması arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün olduğu tespit edilmiştir.

İstismar yaşantıları yalnızca yeme bozukluklarıyla değil, birçok psikiyatrik sorunla ilişkisi bulunan bir problemdir ve toplumsal bilinç oluşturabilmek adına bu konuda yapılan araştırmaların gerekli olduğu düşünülmektedir. Yeme bozuklukları gibi ölümcül riskleri olan ve gençler arasında çok küçük yaşlardan itibaren yaygınlığı artan bu bozukluğa sahip olan kişilere düşünce ve duyguların, gerçeği etkilemediği ve yaşadıkları bu sıkıntının sebeplerinin çocuklukta olumsuz deneyimleriyle ilgili bağlantısı olabileceği üzerinde farkındalık katabilmenin yeme bozuklukları tedavisini kolaylaştırabileceği düşünülmüştür. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında literatürde oldukça yetersiz bulunduğu için DBBK üzerine farklı değişkenlerle yeni araştırmalar yapılmasının DBBK'nın kapsamını genişletebileceği düşünülmektedir. Bu araştırmanın yeme bozuklukları, DBBK ve çocukluk çağı travmaları olgularını bir arada ele alarak aralarındaki ilişkileri incelemesi açısından alanyazına değerli bir katkı sunacağı öngörülmektedir. Yapılan araştırmanın en önemli temel sınırlılığı pandemi koşulları nedeniyle verilerin Google Forms aracılığıyla toplanmış olmasıdır. Diğer bir sınırlılık ise örneklem grubunu oluşturan katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri açısından dengeli bir dağılım göstermemesi olarak düşünülmüştür. İleride yapılacak araştırmalarda verilerin yüz yüze toplanması ve aynı yaş aralığındaki kişilerle yürütülmesinin araştırmanın güvenilirliğini artıracığı düşünülmektedir. Ayrıca klinik ortamlarda tedavi takip süreci devam eden yeme bozukluğu vakalarıyla DBBK ilişkisinin araştırılacağı çalışmaların daha geçerli ve güçlü sonuçlar ortaya çıkaracağı öngörülmektedir. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yordadığı bozukluklar üzerine etkisini inceleyen çalışmaların

yetişkinlerden ziyade çok daha küçük yaş gruplarıyla yapılmasının ve sayılarının artırılmasının toplum ruh sağlığını korumak, erken tedbir alabilmek ve var olan istismarı önleyebilmek adına katkısı çok önemli bulunmaktadır. Önerilen çalışmaların ruh sağlığı alanında hizmet veren klinisyenlerin tedavi yöntemlerini genişletebilmeleri, terapi teknikleri ve gözlemlerini derinleştirebilmeleri için yararlı olabileceği düşünülmektedir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D.S., & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5** (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2007). **Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı [Handbook of data analysis for social sciences]**. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık.

CLARK, D.M., FAIRBURN, C.G., & JONES, J.V. (1997). **The science and practice of cognitive behaviour therapy**.

ÇOKLUK, O., ŞEKERCİOĞLU, G., & BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2010). Sosyal bilimler için çok değişkenli SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

DAVISON, G.C., & NEALE, J.M. (2004). **Anormal psikoloji**. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

DERNEĞİ, İ.H. (2008). **Çocuk ihmali ve istismarını önleme öğretmenler ve aileler için eğitim kılavuzu**. Ankara: Berkay Ofset.

DOVEY, T. (2010). **EBOOK: Eating Behaviour**. McGraw-Hill Education (UK).

EPLING, W.F., & PIERCE, W.D. (1991). **Solving the anorexia puzzle**. Hogrefe & Huber.

ERTAŞ, H.S. (2006). **Yeme bozuklukları: anoreksiya, bulimia ve diğerleri**. Timaş.

FAIRBURN, C.G. (2008). **Cognitive behavior therapy and eating disorders**. Guilford Press.

FAIRBURN, C.G., & CLARK, D.M. (Eds.). (1997). **Science and practice of cognitive behaviour therapy**. Oxford University Press.

- GEORGE, D., & MALLERY, M. (2010). **SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference**, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- KALAYCI, Ş. (2017). **SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri** (8. Baskı), Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- KAPLAN, H., & SADOCK, B. (2004). **Brief psychiatric behavioral sciences clinical psychiatry.**
- KÖKNEL, O. (1981). **Cumhuriyet Gençliği ve Sorunları**. İkinci basım, İstanbul: Cem Yayınevi.
- KÖROĞLU, E. (2013). **DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı**. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ÖZTÜRK, M.O., & ULUĞ, B. (1992). **ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu**. Türkiye Ruh ve Sinir Sağlığı Yayını, Ankara.
- POLAT, O. (2007). **Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı**. Seçkin Yayıncılık.
- REPORTIN, R. (2009). **US Department of Health & Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau.**
- STEIN, K. F., & NYQUIST, L. V. (2001). **Disturbances in the self: A source of the eating disorders.**
- WHO. (2006). **The world health report 2006: working together for health**. World Health Organization.
- WHO. (2007). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.**
- YALOM, I.D., & WERNE, J. (1995). **Treating eating disorders**. Jossey-Bass Publishers.
- YÜCEL, B., AKDEMİR, A., GÜRDAL KÜEY, A., MANER, F., & VARDAR, E. (2013). **Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı**. Ankara: TPD Yayınları.

MAKALELER

- AINSWORTH, M.S. (1989). Attachments beyond infancy. **American Psychologist**, *44*(4), 709.
- ALLEN, K.L., BYRNE, S.M., ODDY, W.H., & CROSBY, R.D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. **Journal of Abnormal Psychology**, *122*(3), 720.
- ALTMAN, S.E., & SHANKMAN, S.A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?. **Clinical Psychology Review**, *29*(7), 638-646.
- ANDERSON, C.B., & BULIK, C.M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. **Eating Behaviors**, *5*(1), 1-11.
- ANDREWS, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. **Journal of Abnormal Psychology**, *104*(2), 277-285.
- ARLI, M., ÖZGEN, L., KINACI, B. (2012). Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. **Journal of Faculty of Educational Sciences**, *45*(1).
- ASLAN, S.H., & ALPARSLAN, Z.N. (1999). Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. **Türk Psikiyatri Dergisi**, *10*(4), 275-285.
- BACK, S., & LİPS, H.M. (1998). Child sexual abuse: Victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. **Child Abuse & Neglect**, *22*(12), 1239-1252.
- BAKALAR, J.L., SHANK, L.M., VANNUCCI, A., RADIN, R.M., & TANOFSKY-KRAFF, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. **Current Psychiatry Reports**, *17*(6), 1-10.
- BAKER, J.H., MITCHELL, K.S., NEALE, M.C., & KENDLER, K.S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. **International Journal of Eating Disorders**, *43*(7), 648-658.

- BARBARICH, N.C. (2002). Lifetime prevalence of eating disorders among professionals in the field. **Eating Disorders**, 10(4), 305-312.
- BATIGÜN, A.D., & UTKU, Ç. (2006). Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. **Türk Psikoloji Dergisi**, 21(57), 65.
- BECKER, A.E., GRINSPOON, S.K., & KLIBANSKI, A. (8). Herzog, DB (1999). Eating disorders. **New England Journal of Medicine**, 340(14), 1092-1098.
- BERNSTEIN, D.P., FINK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K., ... & RUGGIERO, J. (1995). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect': Reply. **The American Journal of Psychiatry**, 152(10), 1535-1537.
- 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.
- BİRCAN, U., FATOŞ, U., & SARP, Ü. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. **Annals of Health Sciences Research**, 2(2), 1-8.
- BOHN, K., DOLL, H.A., COOPER, Z., O'CONNOR, M., PALMER, R.L., & FAIRBURN, C.G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. **Behaviour Research and Therapy**, 46(10), 1105-1110.
- BOZKURT, Z.S. (2014). Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 6(4), 389-400.
- BRADY, S.S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of eating disorders among both young men and women. **Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies**, 21(3), 347-351.
- BREWERTON, T.D. (2006). Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents. **Eating disorders in children and adolescents**, 158-168.

- BROBERG, A.G., HJALMERS, I., & NEVONEN, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, *9*(6), 381-396.
- BROWN, L., RUSSELL, J., THORNTON, C., & DUNN, S. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, *31*(3), 398-404.
- BRUCH, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within. New York. **Basic Books**, 357.
- BUTCHART, A., HARVEY, A.P., MIAN, M., & FURNISS, T. (2006). Preventing child maltreatment. A guide to taking action and generating evidence. **Geneva: World Health Organization**.
- CARRASCO, J.L., DIAZ-MARSÁ, M., HOLLANDER, E., CÉSAR, J., & SAIZ-RUIZ, J. (2000). Decreased platelet monoamine oxidase activity in female bulimia nervosa. **European Neuropsychopharmacology**, *10*(2), 113-117.
- CASH, T.F., & DEAGLE III, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, *22*(2), 107-126.
- CLOITRE, M., MIRANDA, R., STOVALL-MCCLOUGH, K.C., HAN, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. **Behavior Therapy**, *36*(2), 119-124.
- COELHO, J.S., BAEYENS, C., PURDON, C., PITET, A., & BOUVARD, M. (2012a). Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought–shape fusion. **Behaviour research and therapy**, *50*(7-8), 449-456.
- COELHO, J.S., CARTER, J.C., MCFARLANE, T., & POLIVY, J. (2008a). “Just looking at food makes me gain weight”: Experimental induction of thought–shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. **Behaviour Research and Therapy**, *46*(2), 219-228.

- COELHO, J.S., JANSEN, A., & BOUVARD, M. (2012b). Cognitive distortions in normal-weight and overweight women: Susceptibility to thought-shape fusion. **Cognitive Therapy and Research**, *36*(4), 417-425.
- COELHO, J.S., OUELLET-COURTOIS, C., PURDON, C., & STEIGER, H. (2015). Susceptibility to cognitive distortions: the role of eating pathology. **Journal of eating disorders**, *3*(1), 1-9.
- COELHO, J.S., POLIVY, J., HERMAN, C.P., & PLINER, P. (2008b). Effects of food-cue exposure on dieting-related goals: A limitation to counteractive-control theory. **Appetite**, *51*(2), 347-349.
- COELHO, J.S., ROEFS, A., & JANSEN, A. (2010). The role of food-cue exposure and negative affect in the experience of thought-shape fusion. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, *41*(4), 409-417.
- COELHO, J. S., SIGGEN, M. J., DIETRE, P., & BOUVARD, M. (2013). Reactivity to thought–shape fusion in adolescents: the effects of obesity status. **Pediatric Obesity**, *8*(6), 439-444.
- COELHO, J.S., WILSON, S., WINSLADE, A., THALER, L., ISRAEL, M., & STEIGER, H. (2014). Over-evaluation of thoughts about food: Differences across eating-disorder subtypes and a preliminary examination of treatment effects. **International Journal of Eating Disorders**, *47*(3), 302-309.
- COLE-DETKE, H., & KOBAC, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. **Journal of consulting and clinical psychology**, *64*(2), 282.
- COOPER, M.J., WELLS, A., & TODD, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. **British Journal of Clinical Psychology**, *43*(1), 1-16.
- DE PANFILIS, C., RABBAGLIO, P., ROSSI, C., ZITA, G., & MAGGINI, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. **Psychopathology**, *36*(5), 239-246.
- DEEP, A.L., LILENFELD, L.R., PLOTNICOV, K.H., POLLICE, C., & KAYE, W.H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, *25*(1), 1-10.

- DEERING, S. (2001). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists. **Primary care update for Ob/Gyns**, 8(1), 31-35.
- DEMİREZEN, E., & COŞANSU, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 14(8), 174-178.
- DEVECİ, S.E., & YASEMİN, A. (2003). Çocuk istismarı nedenlerinin incelenmesi. **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, 12(4).
- DUBOIS, J.S., ALTIERI, T., & SCHEMBRI, A. (2016). Thinking yourself fat: The perceived relationship between thoughts and body shape. **Clinical Psychologist**, 20(2), 59-67.
- DVIR, Y., FORD, J.D., HILL, M., FRAZIER, J.A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. **Harvard review of psychiatry**, 22(3), 149.
- ELGIN, J., & PRITCHARD, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. **Journal of College Student Psychotherapy**, 21(2), 25-40.
- EROL, A., TOPRAK, G., YAZICI, F., & EROL, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. **Klinik Psikiyatri**, 5, 3, 147-152.
- EVERILL, J., & WALLER, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. **International Journal of Eating Disorders**, 18(1), 1-11.
- FAIRBURN, C.G., & HARRISON, P.J. (2003). Eating disorders. **The Lancet**, 361 (9355), 407-416.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., & O'CONNOR, M. (1993). The eating disorder examination. **International Journal of Eating Disorders**, 6, 1-8.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., DOLL, H.A., NORMAN, P., & O'CONNOR, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. **Archives of General psychiatry**, 57(7), 659-665.

- FAIRBURN, C.G., SHAFRAN, R., & COOPER, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. **Behaviour research and therapy**, 37(1), 1-13.
- FASSINO, S., DAGA, G.A., PIERO, A., LEOMBRUNI, P., & ROVERA, G.G. (2001). Anger and personality in eating disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, 51(6), 757-764.
- FAVARO, A., & SANTONASTASO, P. (1997). Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 95(6), 508-514.
- FELITTI, V.J. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. **American Journal of Preventive Medicine**, 14, 245-258.
- FRANK, J.B., & THOMAS, C.D. (2003). Externalized self-perceptions, self-silencing, and the prediction of eating pathology. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, 35(3), 219.
- 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.
- GREEN, B.L., SAUNDERS, P.A., POWER, E., DASS-BRAILSFORD, P., SCHELBERT, K.B., GILLER, E., ... & METE, M. (2015). Trauma-informed medical care: A CME communication training for primary care providers. **Family medicine**, 47(1), 7.
- HAY, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. **International Journal of Eating Disorders**, 23(4), 371-382.
- HELPER, R.E. (1991). Child abuse and neglect: Assessment, treatment, and prevention, October 21, 2007. **Child abuse & neglect**.
- HERZOG, D.B., & EDDY, K.T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. **Clinical manual of eating disorders**, 1-29.

- HERZOG, D.B., GREENWOOD, D.N., DORER, D.J., FLORES, A.T., EKEBLAD, E.R., RICHARDS, A., ... & KELLER, M.B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. **International Journal of Eating Disorders**, 28(1), 20-26.
- HOEBEL, B.G., & TEITELBAUM, P. (1966). Weight regulation in normal and hypothalamic hyperphagic rats. **Journal of Comparative and Physiological Psychology**, 61(2), 189.
- HOEK, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. **Current opinion in psychiatry**, 19(4), 389-394.
- 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.
- HOLTOM-VIESEL, A., & ALLAN, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. **Clinical psychology review**, 34(1), 29-43.
- HORNOR, G. (2012). Emotional maltreatment. **Journal of Pediatric Health Care**, 26(6), 436-442.
- HUDSON, J.I., HIRIPI, E., POPE JR, H.G., & KESSLER, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological psychiatry**, 61(3), 348-358.
- HUMPHREY, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57(2), 206.
- İLHAN, M.N., ÖZKAN, S., AKSAKAL, F.N., ASLAN, S., DURUKAN, E., & MARAL, I. (2006). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. **Türkiye'de Psikiyatri**.
- JACOBI, C., HAYWARD, C., DE ZWAAN, M., KRAEMER, H.C., & AGRAS, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. **Psychological bulletin**, 130(1), 19.

- JANOUT, V., & JANOUTOVÁ, G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. **Biomed Papers**, *148*(2), 189-193.
- JÁUREGUI-LOBERA, I., BOLAÑOS-RIOS, P., & RUIZ-PRIETO, I. (2012). Thought–shape fusion and body image in eating disorders. **International Journal of General Medicine**, *5*, 823.
- JOHNSON, J.G., COHEN, P., KASEN, S., & BROOK, J.S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. **Archives of general psychiatry**, *59*(6), 545-552.
- KAPLAN, S.J., PELCOVITZ, D., & LABRUNA, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, *38*(10), 1214-1222.
- KARA, B., BİÇER, Ü., & GÖKALP, A.S. (2004). Çocuk istismarı. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, *47*(2), 140-51.
- KAYE, W.H., BULIK, C.M., THORNTON, L., BARBARICH, N., MASTERS, K., & PRICE FOUNDATION COLLABORATIVE GROUP. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, *161*(12), 2215-2221.
- KEEL, P.K., & BROWN, T.A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, *43*(3), 195-204.
- KEEL, P.K., GRAVENER, J.A., JOINER JR, T.E., & HAEDT, A.A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. **International Journal of Eating Disorders**, *43*(6), 492-497.
- KEIZER, A., SMEETS, M.A.M., DIJKERMAN, H.C., VAN DEN HOUT, M., KLUGKIST, I., VAN ELBURG, A., & POSTMA, A. (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. **Psychiatry Research**, *190*(1), 115-120.

- KEMPE, C.H., SILVERMAN, F.N., STEELE, B.F., DROEGEMUELLER, W., & SILVER, H.K. (1985). The battered-child syndrome. **Child Abuse & Neglect**, *9*(2), 143-154.
- 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*(2), 159-167.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., & WALTERS, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, *62*(6), 593-602.
- KILLEN, J.D., TAYLOR, C.B., HAYWARD, C., HAYDEL, K.F., WILSON, D.M., HAMMER, L., ... & STRACHOWSKI, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. **Journal of consulting and clinical psychology**, *64*(5), 936.
- KLUCK, A.S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. **Body image**, *7*(1), 8-14.
- KLUMP, K.L., MCGUE, M., & IACONO, W.G. (2002). Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. **Journal of Abnormal Psychology**, *111*(2), 380.
- KOSKINA, N., & GIOVAZOLIAS, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. **The Journal of Psychology**, *144*(5), 449-471.
- KOSTOPOULOU, M., VARSOU, E., & STALIKAS, A. (2011). Thought-shape fusion in bulimia nervosa: an experimental investigation. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, *16*(2), e86-e92.
- KOSTOPOULOU, M., VARSOU, E., & STALIKAS, A. (2013). Thought–shape fusion in anorexia and bulimia nervosa: A comparative experimental study. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, *18*(3), 245-253.

- KUGU, N., AKYUZ, G., DOGAN, O., ERSAN, E., & IZGİC, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, *40*(2), 129-135.
- KURUOĞLU, A.Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. **Klinik Psikoloji Bülteni**, Sayı:10, 32-37.
- LEWINSOHN, P M., SEELEY, J.R., MOERK, K.C., & STRIEGEL-MOORE, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. **International Journal of Eating Disorders**, *32*(4), 426-440.
- LOBERA, I.J., SANTED, M.A., RIOS, P.B., PRIETO, I.R., FERNÁNDEZ, M.S., & CASALS, O.G. (2011). Experimental induction of thought-shape fusion in eating disorder patients: the role of coping strategies. **Nutricion hospitalaria**, *26*(6), 1402-1411.
- LOBERA, I.J., SANTED, M.A., SHAFRAN, R., SANTIAGO, M.J., & ESTÉBANEZ, S. (2012b). Psychometric properties of the Spanish version of the Thought-Shape Fusion Questionnaire. **The Spanish Journal of Psychology**, *15*(1), 410-423.
- LOZANO, R., NAGHAVI, M., FOREMAN, K., LIM, S., SHIBUYA, K., ABOYANS, V., ... & REMUZZI, G. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet**, *380*(9859), 2095-2128.
- MANER, F. (2001). Yeme bozuklukları. **Psikiyatri Dünyası**, *5*(4), 130-139.
- MATHEWS, C.A., KAUR, N., & STEIN, M.B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. **Depression and anxiety**, *25*(9), 742-751.
- MCCABE, R.E., MCFARLANE, T., POLIVY, J., & OLMSTED, M.P. (2001). Eating disorders, dieting, and the accuracy of self-reported weight. **International Journal of Eating Disorders**, *29*(1), 59-64.
- MCFARLANE, T., POLIVY, J., & HERMAN, C.P. (1998). Effects of false weight feedback on mood, self-evaluation, and food intake in restrained and unrestrained eaters. **Journal of Abnormal Psychology**, *107*(2), 312.

- MESSMAN-MOORE, T.L., & BROWN, A.L. (2004). Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience?. **Child Abuse & Neglect**, 28(10), 1019-1034.
- MICALI, N., HAGBERG, K.W., PETERSEN, I., & TREASURE, J.L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. **BMJ open**, 3(5), e002646.
- MITCHELL, K.S., MAZZEO, S.E., SCHLESINGER, M.R., BREWERTON, T.D., & SMITH, B.N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. **International Journal of Eating Disorders**, 45(3), 307-315.
- MIRON, L.R., ORCUTT, H.K., HANNAN, S.M., & THOMPSON, K.L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of selfcompassion. **Self and Identity**, 13(3), 364-379.
- MIRON, L.R., SELIGOWSKI, A.V., BOYKIN, D.M., & ORCUTT, H.K. (2016). The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through selfcompassion and fear of self-compassion. **Mindfulness**, 7(3), 596-605.
- MURPHY, S.M., KILPATRICK, D.G., AMICK-MCMULLAN, A., VERONEN, L.J., PADUHOVICH, J., BEST, C.L., ... & SAUNDERS, B.E. (1988). Current psychological functioning of child sexual assault survivors: A community study. **Journal of Interpersonal Violence**, 3(1), 55-79.
- NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M., HANNAN, P.J., BEUHRING, T., & RESNICK, M.D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. **International Journal of Eating Disorders**, 28(3), 249-258.
- NICOLI, M.G., & JUNIOR, R.D.L. (2011). Binge eating disorder and body image perception among university students. **Eating behaviors**, 12(4), 284-288.

- NICOLINI, H., WEISSBECKER, K., MEJÍA, J.M., & SÁNCHEZ DE CARMONA, M. (1993). Family study of obsessive-compulsive disorder in a Mexican population. **Archives of medical research**, 24(2), 193-198.
- OĞUZ, G.Y., (2005). Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. **Selçuk İletişim**, 4(1), 31-37.
- ORZOLEK-KRONNER, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: can symptoms be proximity-seeking?. **Child and adolescent social work journal**, 19(6), 421-435.
- ÖRSEL, S., CANPOLAT, I.B., AKDEMİR, A., & ÖZBAY, M.H. (2004). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15(1), 5-15.
- ÖYEKÇİN, D.G., & ŞAHİN, E.M. (2011). Yeme bozukluklarına yaklaşım. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 15(1), 29-35.
- ÖZTÜRK, M.O., & ULUŞAHİN, A. (2015). Mental health and disorders. Ankara: **Psychiatric Society Journal**, 11, 6-30.
- PEARLMAN, E. (2005). Terror of desire: the etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. **The Psychoanalytic Review**, 92(2), 223-235.
- PELCOVITZ, D., KAPLAN, S.J., ELLENBERG, A., LABRUNA, V., SALZINGER, S., MANDEL, F., & WEINER, M. (2000). Adolescent physical abuse: Age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. **Journal of family violence**, 15(4), 375-389.
- PEÑAS-LLEDÓ, E., VAZ LEAL, F.J., & WALLER, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. **International Journal of Eating Disorders**, 31(4), 370-375.
- POLAT, A., YÜCEL, B., GENÇ, A., & METERİS, H. (2005). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranışı özellikleri: Bir ön çalışma. **Nöropsikiyatri Arşivi**, 42(1-4), 5-8.
- POLAT, N., & ÇOCUK, O.N. (2002). Anne Baba Davranışları ile İstismar Arasındaki İlişki. **Çocuk Forumu Dergisi**, 4(1), 14-21.

- POLAT, O. (2000). Çocukta cinsel istismar. **Adli Tıp Dergisi**, 207-231.
- POLIVY, J., & HERMAN, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. **American psychologist**, 40(2), 193.
- POLIVY, J., & HERMAN, C.P. (2002). Causes of eating disorders. **Annual review of psychology**, 53(1), 187-213.
- RACHMAN, S., & SHAFRAN, R. (1999). Cognitive distortions: Thought–action fusion. **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, 6(2), 80-85.
- RADOMSKY, A.S., DE SILVA, P., TODD, G., TREASURE, J., & MURPHY, T. (2002). Thought–shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. **Behaviour Research and Therapy**, 40(10), 1169-1177.
- RIKANI, A.A., CHOUDHRY, Z., CHOUDHRY, A.M., IKRAM, H., ASGHAR, M.W., KAJAL, D., ... & MOBASSARAH, N.J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. **Annals of neurosciences**, 20(4), 157.
- RODGERS, R., & CHABROL, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 17(2), 137-151.
- ROMANS, S.E., GENDALL, K.A., MARTIN, J.L., & MULLEN, P.E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. **International Journal of Eating Disorders**, 29(4), 380-392.
- RUBINSTEIN, T.B., MCGINN, A.P., WILDMAN, R.P., & WYLIE-ROSETT, J. (2010). Disordered eating in adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. **International Journal of Eating Disorders**, 43(7), 663-666.
- RUNYAN, D., WATTAM, C., IKEDA, R., HASSAN, F. & RAMIRO, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. **World report on violence and health**.
- SALZMAN, J.P. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. **International journal of eating disorders**, 21(3), 251-259.

- SEMİZ, U.B., INANC, L., & BEZGIN, C.H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive–compulsive disorder?. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, *49*(8), 1287-1296.
- SEVİNÇER, G.M., & KONUK, N. (2013). Emosyonel yeme. **Journal of Mood Disorders**, *3*(4), 171-8.
- SHAFRAN, R., & ROBINSON, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. **British Journal of Clinical Psychology**, *43*(4), 399-408.
- SHAFRAN, R., TEACHMAN, B.A., KERRY, S., & RACHMAN, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. **British Journal of Clinical Psychology**, *38*(2), 167-179.
- SHAFRAN, R., TEACHMAN, B. A., KERRY, S., & RACHMAN, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. **British Journal of Clinical Psychology**, *38*(2), 167-179.
- SHROUT, P.E., & BOLGER, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. **Psychological methods**, *7*(4), 422.
- SLEVEC, J.H., & TIGGEMANN, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. **Clinical psychology review**, *31*(4), 515-524.
- SMINK, F.R., VAN HOEKEN, D., & HOEK, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current psychiatry reports**, *14*(4), 406-414.
- SOENENS, B., VANSTEENKISTE, M., VANDEREYCKEN, W., LUYTEN, P., SIERENS, E., & GOOSSENS, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. **The Journal of nervous and mental disease**, *196*(2), 144-152.
- STICE, E., PRESNELL, K., & SPANGLER, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. **Health psychology**, *21*(2), 131.

- STØVING, R.K., HANGAARD, J., HANSEN-NORD, M., & HAGEN, C. (1999). A review of endocrine changes in anorexia nervosa. **Journal of psychiatric research**, 33(2), 139-152.
- 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.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., & BULIK, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. **American psychologist**, 62(3), 181.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., CACHELIN, F.M., DOHM, F.A., PIKE, K.M., WILFLEY, D.E., & FAIRBURN, C.G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. **International Journal of Eating Disorders**, 29(2), 157-165.
- STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C., DIAMOND, J., & KAYE, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **American Journal of Psychiatry**, 157(3), 393-401.
- STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C., DIAMOND, J., & KAYE, W. (2001). Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first-degree relatives. **International Journal of Eating Disorders**, 29(3), 263-269.
- SURLU, B., & ÖZCEBE, H. (2002). Adölesan ve çevre. **Sağlık ve Toplum Dergisi**, 12(1), 14-21.
- SWAMI, V., FREDERICK, D.A., AAVIK, T., ALCALAY, L., ALLIK, J., ANDERSON, D., ... & ZIVCIC-BECIREVIC, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: **Results of the International Body Project I. Personality and social psychology bulletin**, 36(3), 309-325.

- SZCZYPKA, M.S., KWOK, K., BROT, M.D., MARCK, B.T., MATSUMOTO, A. M., DONAHUE, B.A., & PALMITER, R.D. (2001). Dopamine production in the caudate putamen restores feeding in dopamine-deficient mice. **Neuron**, 30(3), 819-828.
- ŞAR, V., NECEF, I., MUTLUER, T., FATİH, P., & TÜRK-KURTÇA, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. **Journal of Trauma & Dissociation**, 22(1), 35-51.
- ŞAR, V., ÖZTÜRK, E., & İKİKARDES, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölceğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. **Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi**, 32(4), 1054.
- ŞİMŞEK, Z., EROL, N., ÖZTOP, D., & ÖZCAN, Ö.Ö. (2008). Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örneklemde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 19(3).
- TANER, Y., & GÖKLER, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. **Acta Medica**, 35(2), 82-86.
- TASCA, G.A., KOWAL, J., BALFOUR, L., RITCHIE, K., VIRLEY, B., & BİSSADA, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. **Eating Behaviors**, 7(3), 252-257.
- TEICHER, M.H., ANDERSEN, S.L., POLCARI, A., ANDERSON, C.M., NAVALTA, C.P., & KIM, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. **Neuroscience & biobehavioral reviews**, 27(1-2), 33-44.
- TERR, L.C. (1995). Childhood traumas. **Psychotraumatology**, 301-320.
- TIRAŞÇI, Y., & GÖREN, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. **Dicle Tıp Dergisi**, 34(1), 70-74.
- TOKER, D.E., & HOCAOĞLU, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. **Düşünen Adam**, 22(1-4), 36-42.

- TOPÇU, M.S., & YILMAZ TÜZÜN, Ö. (2009). Elementary students' metacognition and epistemological beliefs considering science achievement, gender and socioeconomic status. **İlköğretim Online (Elementary Education Online)**, 8(3).
- TOZZI, F., & BULIK, C.M. (2003). Candidate genes in eating disorders. **Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders**, 2(1), 31-39.
- TREASURE, J.C., CLAUDINO, A.M., & ZUCKER, N. (2010). Eating disorders. **Lancet**, 375(9714), 583-593.
- TREAT, T.A., & VIKEN, R.J. (2010). Cognitive processing of weight and emotional information in disordered eating. **Current Directions in Psychological Science**, 19(2), 81-85.
- TROISI, A., MASSARONI, P., & CUZZOLARO, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. **British Journal of Clinical Psychology**, 44(1), 89-97.
- UHER, R., & TREASURE, J. (2005). Brain lesions and eating disorders. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, 76(6), 852-857.
- ULAŞ, B., UNCU, F., & ÜNER, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. **Annals of Health Sciences Research**, 2(2), 1-8.
- UNICEF. (2010). Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu. **T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu**, Ankara.
- URGESI, C., MELE, S., & CAZZATO, V. (2012, August). TMS investigations of the influence of body form and body action representations on body aesthetic perception. In **Cognitive Processing** (Vol. 13, pp. S29-S29). Tiergartenstrasse 17, D-69121 Heidelberg, Germany: Springer Heidelberg.
- ÜNALAN, D., ÖZTOP, D.B., ELMALI, F., ÖZTÜRK, A., KONAK, D., PIRLAK, B., & GÜNEŞ, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. **Journal of Turgut Ozal Medical Center**, 16(2), 75-82.

- VAN DER KOLK, B.A. (2005). Editorial introduction: Child abuse & victimization. **Psychiatric Annals**, 2005, 374-378.
- VARDAR, E., & ERZENGİN, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 22(4), 205-212.
- VARLIK, E., & KABAKÇI, E. (2008). Yeme Tutumunun Düşünce Eylem Kaynaşması ve Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması ile İlişkisi. **Türk Psikoloji Dergisi**, 23(61), 1-100.
- VERPLANKEN, B., & TANGELDER, Y. (2011). No body is perfect: The significance of habitual negative thinking about appearance for body dissatisfaction, eating disorder propensity, self-esteem and snacking. **Psychology & Health**, 26(6), 685-701.
- WEBSTER, J.J., & PALMER, R.L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. **Psychological Medicine**, 30(1), 53-60.
- WILFLEY, D.E., & RODIN, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. **Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook**, 78-82.
- WILSON, G.T., & FAIRBURN, C.G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. **Journal of consulting and clinical psychology**, 61(2), 261.
- WOLFE, D.A., CROOKS, C.V., LEE, V., MCINTYRE-SMITH, A., & JAFFE, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. **Clinical child and family psychology review**, 6(3), 171-187.
- WOLFE, D.A., SCOTT, K., WEKERLE, C., & PITTMAN, A.L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 40(3), 282-289.

- WONDERLICH, S.A., BREWERTON, T.D., JOCIC, Z., DANSKY, B.S., & ABBOTT, D.W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 36(8), 1107-1115.
- WONDERLICH, S.A., CROSBY, R.D., MITCHELL, J.E., THOMPSON, K.M., REDLIN, J., DEMUTH, G., ... & HASELTINE, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. **International Journal of Eating Disorders**, 30(4), 401-412.
- WONDERLICH, S.A., WILSNACK, R.W., WILSNACK, S.C., & HARRIS, T.R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. **American Journal of Public Health**, 86(8_Pt_1), 1082-1086.
- WOODSIDE, D.B., GARFINKEL, P.E., LIN, E., GOERING, P., KAPLAN, A.S., GOLDBLOOM, D.S., & KENNEDY, S.H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. **American Journal of Psychiatry**, 158(4), 570-574.
- WYSSEN, A., BRYJOVA, J., MEYER, A.H., & MUNSCH, S. (2016). A model of disturbed eating behavior in men: the role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions. **Psychiatry research**, 246, 9-15.
- YAŞAR, A., ILICA, B., & RAKICIOĞLU, N. (1999). Ankara'da devlete ait ve özel ilköğretim okullarında eğitim gören çocukların beslenme durumlarına ilişkin bir araştırma. **Beslenme ve Diyet Dergisi**, 28(1), 21-28.
- YÜCEL, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. **İlk Söz**, 22(4), 39-45.
- ZANETTI, T., SANTONASTASO, P., SGARAVATTI, E., DEGORTES, D., & FAVARO, A. (2013). Clinical and temperamental correlates of body image disturbance in eating disorders. **European Eating Disorders Review**, 21(1), 32-37.

ZOROGLU, S.S., TÜZÜN, Ü., SAR, V., ÖZTÜRK, M., KORA, M.E., & ALYANAK, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2(2), 69.

TEZLER

ASLANTAŞ-ERTEKİN, B. (2010). Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

AYDIN, C. (2010). Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana-babaya bağlanma arasındaki ilişkiler. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.

BAKTIROĞLU, G. (2019). Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin yetişkinler üzerinde geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

BUSHI, B. (2016). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. (Master's thesis), Sosyal Bilimler Enstitüsü.

BÜYÜKKAL, B. (1995). Duygudurum spektrumunda yeme bozukluklarının yeri (Aile Çalışması). (Uzmanlık Tez Çalışması).

MESNIK, J. (2008). Attachment style as a mediating factor in the relationship between parental bonding and disordered eating and body dissatisfaction. (Doctoral Dissertation), Fairleigh Dickinson University.

MILLIES, P.P. (2005). The relationship between perceived parental rearing styles and level of depressive and somatic symptoms in Asian Indian college students. (Doctoral Dissertation), Alliant International University, San Diego.

OGDEN, J. (2003). The psychology of eating: From healthy to disordered behaviour. (Doctoral Dissertation), University of Surrey.

SEBELIUS, K. (2010). The Department of Health and Human Services' Children's Health Insurance Program Reauthorization Act: Annual Report on the Quality of Care for Children in Medicaid and CHIP. (Doctoral Dissertation), Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

- ŞAHİN, C.M. (2020). Diyetisyen Desteği Alan Kadınların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yeme Tutumu ve Psikolojik İyi Oluş üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).
- TOKER, D.E. (2008). K.T.Ü. Trabzon sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yeme tutumu ve aile yapısı arasındaki ilişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- TOPKARA, G. (2014). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları ve yetişkin bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin cinsiyete göre karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- VARLIK, E. (2006). Üniversite öğrencilerinde düşünce davranış kaynaşması ve düşünce beden kaynaşması'nın yeme tutumları ile ilişkisi. (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi). Ankara: HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YEŞİLBURSA, D. (1990). Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza-Bulimiya Nervoza Sıklığı ve Beden İmgesi Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

EKLER

Ek 1: Demografik Bilgiler

Ek 2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Ek 3: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)

Ek 4: DBBKÖ

Ek 5: Etik Onay Belgesi

Ek 1: Demografik Bilgiler

1.Çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

Evet () – Hayır ()

2.Yaşınız

3.Cinsiyetiniz

Kadın () – Erkek ()

4.Eğitim Düzeyiniz

İlkokul () – Lise () – Lisans () - Yüksek Lisans () – Doktora ()

5.Daha önce beslenme ve psikolojik destek için profesyonel yardım aldınız mı?

Ek 2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Türkçe Versiyon

1) Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1) Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

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

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

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

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

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

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14) Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

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

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19) Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25) Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

29) Ailemdelikler yaşlılarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

30) Ailemdelikler her şeyime karışırdı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdiler.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

32) Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

Ek 3: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)

YÖNERGE: Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6

21-	Son 28 gün içinde, başkalarının size yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde					
		0	1	2	3	4	5

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara: Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 4: DBBKÖ

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, size en uygun gelen, düşüncelerinizi en iyi ifade eden sayıyı daire içine alınız. Cevaplarınızın bazıları size mantıksızmış gibi görünebilir, ancak biz duygusal boyuttaki tepkilerinizi öğrenmek istiyoruz.

Lütfen üzerinde çok fazla düşünmeden her bir maddeyi işaretleyiniz.

Aşağıdaki cümlelere ne kadar katılıyorsunuz?	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bana göre, çikolata yemeyi düşünmek de, gerçekten çikolata yemek kadar kabul edilemez bir şeydir.	0	1	2	3	4
2. Aklımdan çikolata yemek geçince kendimi daha şişman hissedirim.	0	1	2	3	4
3. Eğer kilo aldığımı düşünürsem, kıyafetlerimin dar gelip gelmediğini kontrol etmek isterim.	0	1	2	3	4
4. Bana göre, kilo almayı düşünmek, neredeyse kilo almak kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
5. Kilo almış halimin gözümün önünde canlanmak bile, bana gerçekten kilo aldırabilir.	0	1	2	3	4
6. Bir ay boyunca egzersiz yapmadığımı hayal bile etsem kendimi irileşmiş hissedirim.	0	1	2	3	4
7. Tıka basa yediğimi düşünmek bile, tartılmak istememe sebep olur.	0	1	2	3	4
8. Tıka basa yediğimi düşünmek bile, gerçekten daha kilolu görünmeme sebep olabilir.	0	1	2	3	4
9. Diyeti bozma düşüncesi, şişmanlamış görünüp görünmediğimi aynada kontrol etme isteği uyandırır.	0	1	2	3	4
10. Egzersiz yapmadığımı düşünmek bile görünüşümü gerçekten değiştirebilir.	0	1	2	3	4
11. Tıka basa yediğimi düşünsem bile şişmanlamış hissedirim.	0	1	2	3	4
12. Bir aydır egzersiz yapmadığımı düşünmek bile yediklerimi sınırlamak istememe sebep olur.	0	1	2	3	4
13. Benim için, diyetimi bozduğumu düşünmek neredeyse diyetimi gerçekten bozmak kadar kabul edilemez bir şeydir.	0	1	2	3	4

14.Şişmanlatıcı yiyecekleri yemeyi düşünmekle bile vücut şeklim değişebilir.	0	1	2	3	4
15. Diyetimi bozduğumu gözümde canlandırdığımda bile vücudumu irileşmiş hissederim.	0	1	2	3	4
16. Kilo almakla ilgili bir şeyler düşünsem bile kendimi daha şişman hissederim.	0	1	2	3	4
17. Kendimi çikolata yerken hayal etsem, kilo almadığımdan emin olmak için vücudumu kontrol etme ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4

Aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyorsunuz? “Şişmanlatıcı” veya “yasaklanmış” yiyecekleri yemeyi düşünmem demek..	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
18... bir “domuzum”	0	1	2	3	4
19... kilo alacağım	0	1	2	3	4
20.kontrolден çıktım	0	1	2	3	4
21.aç gözlü biriyim	0	1	2	3	4
22. kontrolümü	0	1	2	3	4
23.kaybetmeye	0	1	2	3	4
24. değersizim demektir.	0	1	2	3	4
25.o yemeği yemeyeceğim	0	1	2	3	4
26.zihnimi kontrol	0	1	2	3	4
27.kötü biriyim demektir.	0	1	2	3	4
28.iradesiz biriyim	0	1	2	3	4
29.kendi kontrolümü	0	1	2	3	4
30.mükemmel değilim	0	1	2	3	4
31.yediklerimi daha çok	0	1	2	3	4
32. ... aptalım demektir.	0	1	2	3	4
33.şişmanlayacağım	0	1	2	3	4
34. öz disiplinim yok	0	1	2	3	4
35.....	0	1	2	3	4
(Ekleme istediğiniz başka					
36.....	0	1	2	3	4
(Ekleme istediğiniz başka bir					

Ek 5: Etik Kurulu Onay Belgesi



TEZ KONUSU ONAY FORMU

13/10/2020

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı : Gamze Onur Anabilim/Anasanat Dalı : Psikoloji
İmza : Programı: Klinik Psikoloji
Öğrenci No : Y1912.480003 Statüsü: Yüksek Lisans
Yeme Bozuklukları ile
Düşünce Beden Biçimi
Kaynaşması İlişkisinde
Çocukluk Çağı
Travmalarının Aracı
Tez Başlığı : Rolünün İncelenmesi

Tez Başlığı	Tez başlığı çalışma konusu ile uygun mudur? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
	Tez başlığı anlaşılır ve yalın mıdır? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Konusu	Tezin konusunda "Araştırılacak olan nedir?" sorusunun cevabı verilmekte midir? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
	Tezin konusu işevuruk (operasyonel) şekilde tanımlanmış mıdır? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Problemi (Hipotezi)	Tezin ana problemi ya da hipotezi ayrıntılı bir şekilde ortaya konulmuş mudur? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
	Tezin alt problemleri ya da hipotezleri belirtilmiş midir? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Amacı	Tezin amacı açık bir şekilde belirtilmiş midir? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Gereçesi	Tezin neden gerekli olduğu açık bir şekilde belirtilmiş midir? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Yöntem	Tezin yöntemi amacına uygun mudur? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
	Tezin veri toplama araçları geçerli ve güvenilir araçlar mıdır? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
	Tezin veri toplama araçları tezin amacına uygun mudur? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir
Çalışma Takvimi	Tezin çalışma takvimi uygun şekilde planlanmış mıdır? <input type="checkbox"/> xEvet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kismen düzeltilmesi gerekir

Tez Danışmanı

Adı Soyadı
İmza

Dr. Öğr. Üyesi Güliz KOLBURAN

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Adı Soyadı
İmza

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2021-18337



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-18337
Konu : Etik Onayı Hk.

14.07.2021

Sayın Gamze ONUR

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 09.07.2021 tarihli ve 2021/08 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ragıp Kutay KARACA
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSC32V8F53 Pin Kodu : 26532

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002



ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Gamze Onur

Öğrenim Durumu

Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı

Mesleki Deneyim ve Öyküler

2021: Varoluş Psikoloji Psikoloji Danışmanlık Merkezi

Tezden Türetilen Yayınlar Sunumlar ve Patentler

ONUR, G. (2022). Yeme Bozuklukları ile Düşünce Beden Biçimi Kaynaşması İlişkisinde Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünün İncelenmesi, Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences (Yayımlanmamış Makale).