YEME TUTUMLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÖZ ŞEFKAT VE DUYGU DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ

Merve Karaoğlu
171180119

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Seda Erzi

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Eylül, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

MERVE KARAOĞLU'ın "Yeme Tutumları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Öz Şefkat ve Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü" başlıklı tezi 17.09.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Seda ERZİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ela ARI İstanbul Ticaret Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Alper ÇUHADAROĞLU Maltepe Üniversitesi	.....

Prof. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL
Enstitü Müdürü

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

17/09/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Merve Karaoğlu

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı yürüten, tez sürecim boyunca desteğini ve ilgisini esirgemeyen, yol gösteren, zamanını ayıran değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Seda Erzi'ye bana olan güveni için çok teşekkür ederim.

Tez jürimde yer alarak geribildirimleriyle çalışmama katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Alper Çuhadaroğlu'na çok teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalanma imkanı bulduğum değerli hocam Prof. Dr. Timuçin Oral'a teşekkürü borç bilirim. Gerek lisans gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ela Arı'ya çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız. Yüksek lisans eğitimimde öğrencisi olduğum için şanslı hissettiğim değerli hocam ve süpervizörüm Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan'a emekleri ve bana kattığı her şey için çok teşekkür ederim. Bugünlere gelmemde emeği olan bütün değerli hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Lisans hayatımdan beri yanımda olan, yüksek lisans sürecine de birlikte başladığım, tezimde ve hayatımın her alanında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, zor zamanlarımda yanımda olan ve her zaman motive eden Klinik Psikolog Dilara Birtek'e çok teşekkür ederim, iyi ki varsın. İstatistik konusunda zorlandığım noktalarda yardımını ve desteğini esirgemeyen Klinik Psikolog Mert Açın'a çok teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde maddi manevi destekleriyle yanımda olan, her zaman sevgilerini hissettiğim, bana koşulsuz güvenen sevgili annem Nurcan Karaoğlu'na ve sevgili babam Kemal Karaoğlu'na, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim canım abim Hakan Karaoğlu'na, altı yıl boyunca İstanbul'da bana arkadaşlık eden ve tez sürecinde de desteğini hissettiğim canım abim Celal Karaoğlu'na ve özlem dolu bu yolculukta anlayışı için canım kardeşim Kerem Karaoğlu'na çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Ayrıca araştırmama içten yanıtlarla katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Merve Karaoğlu

Eylül 2019

ÖZ

YEME TUTUMLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÖZ ŞEFKAT VE DUYGU DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ

Merve Karaoğlu
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seda Erzi
Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019

Araştırmada genç yetişkinlerin yeme tutumları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 18-40 yaş arası, 345'i kadın ve 159'u erkek olmak üzere toplam 504 katılımcı oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak Öz Duyarlık Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır**.** Araştırma kapsamında Pearson Korelasyon, Aracı Rol ve Çoklu Regresyon Analizleri kullanılmıştır. Korelasyon analizi, yeme tutumları, çocukluk çağı travmaları, öz şefkat ve duygu düzenleme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Aracı değişkenler için yapılan analizlerde Hayes'in geliştirdiği ''Process'' makro eklentisi kullanılmıştır. Yapılan aracı rol analizlerine göre duygu düzenleme güçlüğü ve öz şefkatin yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı bulunmuştur. Yapılan çoklu regresyon analizinin sonucuna göre kabul etmeme, amaçlar ve izolasyonun yeme tutumlarını yordadığı bulunmuştur. Analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yeme Tutumları, Çocukluk Çağı Travmaları, Öz Şefkat, Duygu Düzenleme Güçlüğü.

ABSTRACT

EATING ATTITUDES AND CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES: MEDIATOR ROLE OF SELF COMPASSION AND EMOTION REGULATION

Merve Karaoğlu
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor: Asst. Prof. Dr. Seda Erzi
Maltepe University, Graduate School of Social Sciences, 2019

In this study, the mediator role of self-compassion and emotion regulation difficulty in the relationship between eating attitudes and childhood traumatic experiences in adults was examined. The sample of the study consists of 504 participants between the ages of 18-40, 345 female and 159 male. Self Compassion Scale, Difficulty of Emotion Regulation Scale, Eating Disorders Examination Questionnaire, Childhood Trauma Scale and Personal Information Form were used as data collection tools. Additionally, Pearson Correlation, Mediator Role and Multiple Regression were used in the analyses. Correlation analysis showed that there is a significant relationship between eating attitudes, childhood traumas, self-compassion and emotional regulation. The 'Process' macro extension developed by Hayes was used for the analysis of mediated variables. The relationship between eating attitudes and childhood traumas was significantly mediated by emotion regulation difficulty and self-compassion. Moreover, eating attitudes was significantly explained by nonacceptence, goals and isolation. The findings obtained in the analyzes were discussed within the framework of the literature.

Keywords: Eating Disorders, Childhood Traumatic Experiences, Self Compassion, Emotion Regulation.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI……..….II
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI III
TEŞEKKÜR……....IV
ÖZ.....V
ABSTRACT..... VI
İÇİNDEKİLER VII
TABLOLAR LİSTESİ IX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....X
KISALTMALAR XI
SİMGELER LİSTESİ……XII
ÖZGEÇMİŞ XIII
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1.Yeme Bozuklukları.....4
1.1.1.Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi……..……...8
1.1.2.Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....11
1.2.Çocukluk Çağı Travmaları.....14
1.2.1..Fiziksel İstismar.....16
1.2.2.Cinsel İstismar 17
1.2.3.Duygusal İstismar 18
1.2.4.İhmal……..…..……..……..….19
1.2.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi……..……..…… 19
1.3.Öz Şefkat…..……..……..22
1.3.1.Öz Şefkat İle İlgili Kuramlar…….……...……...25
1.3.1.1.Bilişsel Davranışçı Kuram.……..……...…..26
1.3.1.2.Hümanistik Kuram…….……..……26
1.3.1.3.Psikanalitik Kuram……..…….……..…….27
1.4.Duygu Düzenleme……..……...……...…..28
1.5.Araştırmanın Amacı…….……..…35
1.6.Araştırmanın Önemi……..……...…….……...…..35
BÖLÜM 2. YÖNTEM.....37
2.1.Araştırma Modeli.....37

2.2.Çalışma Grubu……37
2.3.Veri Toplama Araçları 40
2.3.1.Kişisel Bilgi Formu……..……..…….40
2.3.2.Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği…….40
2.3.3.Öz Duyarlık Ölçeği……..……...…….41
2.3.4.Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği……..……...…….42
2.3.5.Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği……..…..43
2.4.İşlem.....44
2.5.Verilerin Çözümlenmesi 44
BÖLÜM 3. BULGULAR 45
3.1. Veri Analiz Planı 45
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler 45
3.3.Demografik Değişkenlerle Araştırma Değişkenine İlişkin Sonuçlar…….....47
3.4.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları İle Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular…….……..….49
3.5.Korelasyon Analizi Sonuçları…….……...…….....52
3.6.Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Analiz Sonuçları……..……...……...…….56
3.7.Öz Şefkatin Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Analiz Sonuçları……..…..58
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 62
4.1. Yeme Tutumlarının Sosyo-demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 62
4.2.Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 64
4.3.Öz Şefkatin Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Tutumları Arasındaki Aracı Rolünün Değerlendirilmesi 67
4.4.Araştırmanın Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler……..….70
EK'LER 73
Ek 1: ÖDÖ……...…73
EK 2: YBDÖ……...……75
EK 3:DDGÖ…….……..….77
EK 4:ÇÇTÖ…….……79
Kaynakça……..……..80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri……..39

Tablo 2. Katılımcıların Boy ve Kilolarına İlişkin Bulgular……..……..…40

Tablo 3. Ölçeklerden Elde Edilen Puanların Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri……...46

Tablo 4. Demografik Değişkenlerle Araştırma Değişkenine İlişkin Anova ve T-test Analizi Sonuçları……..…48

Tablo 5. Katılımcıların Kendini Nasıl Kabul Ettiği Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları…….…….50

Tablo 6. Katılımcıların Kilo Memnuniyeti Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları…….50

Tablo 7. Katılımcıların Diyet Yapma Sıklıkları Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları…….51

Tablo 8. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları…….52

Tablo 9.YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları…….55

Tablo 10. Yeme Tutumları İçin Çoklu Regresyon Analizi Tablosu…….....…….61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Rolü ……..56

Şekil 2. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkide Öz Şefkatin Aracılık Rolü……...……....58

KISALTMALAR

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği

SİMGELER LİSTESİ

Ort :	Ortalama
Sd :	Serbestlik Derecesi
SS :	Standart Sapma
SH :	Standart Hata
n :	Toplam Sayı
p :	Anlamlılık Düzeyi
r :	Korelasyon Katsayısı
R2 :	Regresyon Katsayısı
% :	Yüzde
β :	Beta

ÖZGEÇMİŞ

Merve Karaoğlu

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2016	İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2012	Özel Trabzon Ata Koleji

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2017 -	Üye: Türk Psikologlar Derneği

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Arı,E., Karaoğlu, M., Birtek, D., Akar, M. (2016). *Bireysel Duygu Düzenleme Becerisi, Bilinçli Farkındalık ve Kompulsif Satın Alma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. 19. Ulusal Psikoloji Kongresi, İzmir.

Arı,E., Karaoğlu, M., Birtek, D., Akar, M. (2016). *Duygu Düzenleme Becerisi ile Bilinçli Farkındalığın Kompulsif, Hedonik ve Plansız Satın Alma Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Trabzon, 1994 Cinsiyet: K
Yabancı diller : İngilizce (iyi)
e-posta : karaogluumerve@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

İnsanların bedenleriyle ilgili düşünceleri, bedenlerine yönelik algıları ve genetik faktörleri sağlıklı ya da sağlıksız davranışlar oluşturmalarını etkilemekte ve bu da kişilerin yeme tutumlarını etkilemektedir (Aslan, Gürtan, Hacım, Karaca, Şenol, Yıldırım, 2003). Bunların yanısıra, insanların yemeye yönelik davranışları, tutumları ve alışkanlıkları, kişinin yaşadığı toplumun kültürel özellikleri ve yaşam koşulları tarafından etkilenip değişebilmektedir (Andersen ve Yager, 2005). Yaşam koşullarına göre, yeme davranışı bilinçsiz olarak yeme, dengesiz yeme alışkanlığı, yemek yeme sırasında dikkatin dağılması, zaman kısıtlılığından dolayı hızlı bir şekilde yeme ya da yemek yemenin geçiştirilmesi gibi olumsuz yeme davranışlarına dönüşebilmektedir (Keel ve Klump, 2003; Kundakçı, 2005). Yeme alışkanlıklarında oluşan bu değişim, fark edilmemiş ya da dikkate alınmamış bazı davranış örüntülerinin patolojik olarak kabul edilip edilmeyeceği ya da hangi patolojiye yakın olduğu ile ilgili bir tartışma oluşturmuştur (Andersen ve Yager, 2005; Keel ve Klump, 2003; Kundakçı, 2005). Bu durumlar yeme bozukluklarının gelişimine neden olabilmektedir (Kundakçı, 2005).

Zayıflık üzerine vurgunun daha fazla olduğu Batı toplumlarında yeme bozukluklarının daha yaygın olduğu, Batılı olmayan ülkelerde yaygınlığının daha az olduğu düşünülmektedir (Nasser, 1988). Önceden yeme bozuklukları yalnızca endüstrileşmiş kültürlere özgü olarak değerlendirilmekteydi fakat Batı'da ortaya çıkan ideal kadın figürü ve zayıflık üzerine yapılan vurgular artık günümüzde tüm kültürlerde ortaya çıkmakta ve bundan dolayı yeme bozukluklarının yaygınlık oranı hızla artış göstermektedir (Koptagel, 2000).

Yeme bozuklukları kişilerin yemek, kilo ve fiziksel görünüm ile ilgili endişeleri ve tıkınma ya da yemek yemenin kısıtlanması gibi yeme davranışında oluşan bozukluklarla beraber kendini göstermektedir (Becker, Grinspoon, Klibanski, Herzog, 1999; Rikani, Choudhry, Choudhry, Ikram, Asghar, Kajal, Mobassarah, 2013). Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Revizyonu (ICD-10), yeme bozukluklarını, fiziksel ve psikolojik 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).

Ergenlik döneminde sık görülen ve ciddi bir hastalık olan yeme bozuklukları, DSM-5'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığı altında, pika (yabancı madde yeme bozukluğu), geri çıkarma/geviş getirme bozukluğu, kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu olarak ayrılmıştır (APA, 2013).

Yeme bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %1-4 (Allen, Byrne, Oddy, Crosby, 2013; Smink, Hoeken, Hoek, 2012) olarak bulunmasının yanısıra, bu oran ülkemizde, Vardar ve Erzengin (2011) yaptıkları toplum temelli çalışmasına göre tüm yeme bozukluklarının yaygınlığını %2.3 olarak, anoreksiya nervozanın yaygınlığını %0.03 olarak, bulimiya nervozanın yaygınlığını %0.7 olarak bulmuştur. 2014'te yapılan bir yaygınlık çalışmasında; anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1.7, bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %0.8, tıkınırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2.3 olarak bulunmuş ve yeme bozukluklarının erkeklerde nispeten daha az olduğu bulunmuştur (Smink, Hoeken, Oldehinkel, Hoek, 2014). Bu çalışmada, kadınlarda anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1.7 olarak bulunurken, erkeklerde %0.1 olarak bulunmuştur; kadınlarda bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %0.8 olarak bulunurken, erkeklerde %0.1 olarak bulunmuştur; kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2.3 bulunurken, erkeklerde %0.7 olarak bulunmuştur.

Yeme bozukluklarının başlangıç yaşının giderek düşmesi, çocuk ve ergenlerde yaygınlığının artması, yaşam kalitesini ciddi bir şekilde etkilemesi, kronik etkilerinin olması ve ölüm oranlarının artmasıyla yeme bozukluklarına verilen önem artmıştır (Rosen, 2010). Toplumdaki önemli problemlerden biri olan yeme bozukluklarının sıklığının giderek artması bu konuya olan ilgiyi de artırmaktadır (Lee, Abbott, Seim, Crosby, Monson, Burgard, Mitchell, 1999; Golden, Katzman, Kreipe, Stevens, Lawyer, Rees, Rome, 2003; Tahiroğlu, Fırat, Diler, Avcı, 2005). Yeme bozuklukları ile ilgili

çalışmaların artması, bu hastalığın tedavisi için önemli olacağı düşünülmektedir (Jarry, 1998).

Araştırmalarda yeme bozukluklarının etiyolojisi olarak, aile işlevselliği, duygudurum bozuklukları, maddenin kötüye kullanımı (Fairburn, Cooper, Doll, Welch, 1999), kişilik özellikleri, travma yaşantısı (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer, Agras, 2004), aile problemleri, ailede yeme veya psikiyatrik problemlerin varlığı, düşük benlik saygısı, obezite, kilo ve yemek ile ilişkili meşguliyet, cinsellik, ergenlik çağı problemleri, sosyo kültürel faktörler, cinsel istismar gibi biyolojik ve genetik faktörler sayılmaktadır (Kuğu, Akyüz, Doğan, Erşan, İzgiç, 2002; Çelikel, Cumurcu, Koç, Etikan, Yücel, 2008; Treasure, Claudino, Zucker, 2010).

Yeme bozukluğunun gelişiminde travmatik yaşantının da önemli bir yeri vardır. Yeme bozukluğu olan kişilerde travma öyküsüne sıklıkla rastlanmakta olup bu durum hastalığın tedavi sürecini ve seyrini etkilemektedir (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer, Agras, 2004; Bulik, Sullivan, Fear, Joyce, 1997; Herpetz-Dahlman, 2009).

Yeme bozukluğunun özelliklerinden biri de duygu düzenleme güçlüğünün yaşanmasıdır (Svaldi J., Griepenstroh J., Tuschen-Caffier B., Ehring T., 2012). Duygu düzenleme güçlüklerinin yeme bozukluğu olan kişilerde, bu bozukluğun gelişimine ve korunmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Wildes ve Marcus, 2011).

Yeme bozukluklarında olası tehditlerden biri, kişinin yeterlilik duygusuyla geliştirilen zayıflık ile ilgili toplumdan ve medyadan gelen baskılardır. Bu noktada öz şefkat yeme bozukluklarının gelişiminde koruyucu bir rol oynayabilir. Yüksek öz şefkate sahip olan kişiler, görünümleri ile ilgili kendilerini yargılamazlar ve zarar verici davranışları daha az gösterebilirler (Korkmaz, 2018).

Bu sebeple bu araştırmada yeme bozuklukları, çocukluk çağı travmaları, öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğünün ilişkisi incelenmiştir.

Bu doğrultuda öncelikle yeme bozukluklarından, ardından çocukluk çağı travmalarından ve sonrasında duygu düzenleme ve öz şefkat unsurlarından bahsedilecektir.

1.1.Yeme Bozuklukları

Genel olarak patolojik yeme tutumları ve davranışlarıyla karakterize edilen (Treasure, 2010) yeme bozukluklarının başlangıcı tipik olarak ergenlik dönemidir, daha çok kadınlarda görülmektedir ve klinik tabloya psikiyatrik ve medikal problemler eşlik edebilmektedir (Allen ve ark., 2013; Smink ve ark., 2012). Yeme bozuklukları fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilidir (Bohn, Doll, Cooper, O'Connor, Palmer, Fairburn, 2008), kroniklik ve nüks bakımından yüksek risk içermektedir (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, O'Connor, 2000), ölümcül bir hastalıktır (Maner, 2001), ciddi hayati tehlike içermektedir ve bu problemin giderek yaygınlığının arttığını gösteren epidemiyolojik çalışmalar vardır. Bu alandaki tedavi müdahaleleri çalışmaları hızlanmış olmasına rağmen, semptomların tamamen ortadan kalkmasıyla oluşan tam bir iyileşme durumu vakaların sadece yarısında olabilmektedir (Herzog ve Eddy, 2007). İstatistiksel raporlar, geçen 30 yılda anoreksik hastaların %10'unun hafif semptomlarla hayatlarına devam ettiklerini, %40'ının iyileşmekte olduğunu, %25'inin hastalığının devam ettiğini ve %25'inin hayatını kaybettiğini ortaya koymuştur (Maner, 2001).

Yeme bozuklukları, kişinin fiziksel veya zihinsel sağlığını olumsuz etkileyen anormal yeme alışkanlıkları olarak tanımlanan bir psikiyatrik hastalıktır (APA, 2013). Yeme bozukluğu olan kişilerde genel olarak, yemek yeme alışkanlıklarının alışılmışın dışında olması, kilo konusunda aşırı bir kaygının olması ve beden imajının algılanmasında çarpıklığın olması görülmektedir (Köroğlu, 2009). Yeme bozuklukları kişilerin yemek, kilo ve fiziksel görünüm ile ilgili endişeleri ve tıkınma ya da yemek yemenin kısıtlanması gibi yeme davranışında oluşan bozukluklarla beraber kendini göstermektedir (Becker ve ark.,1999; Rikani ve ark., 2013). Yeme bozukluklarını tanımlamak için temel olarak 3 özelliğin olmasının gerekli olduğu düşünülmektedir: 1. Yeme alışkanlıklarında veya kilo kontrolü davranışlarında bir bozukluk, 2. Psikososyal işlevsellikte veya fiziksel sağlıkta klinik olarak önemli bir bozulmaya yol açan kilo ya da şekil ile ilişkili aşırı değerlendirme gibi yeme bozukluğu özellikleri ya da davranış bozuklukları, 3. Başka bir psikiyatrik bozukluğa ya da genel bir tıbbi duruma ikincil olmayan bir davranış bozukluğu (Dalle Grave 2011; Yücel, Akdemir, Gürdal, Maner, Vardar, 2013). Yeme, kilo ve beden şekli ile ilgili meşguliyetin beraberinde getirdiği

sağlıksız tutum ve davranışlar ile karakterize edilen yeme bozukluklarında, benlik ve özdenetim ile ilgili mücadele gözlenmektedir (Levine, Piran, Jasper, 2015).

Anoreksiya nervoza, anormal derecede düşük vücut ağırlığı, yoğun kilo alma korkusu ve aşırı kilo ve şekil kaygılarıyla birlikte önemli ölçüde kısıtlanmış enerji alımı ile karakterize edilir (Bakalar, Shank, Vannucci, Radin, Tanofsky-Kraff, 2015) ve ideallerindeki inceliğe ulaşabilmek için isteyerek besin alımını azaltmaktadırlar veya aşırı telafi yollarına başvurabilmektedirler (Bruch, 1982). Bulimiya nervoza, büyük miktarlarda gıda alımıyla tekrarlayan tıkınma epizodları, yemek yeme üzerinde kontrol kaybı, kusma gibi kilo alımını önlemek için telafi edici davranışlar ve kilo ve şeklin kişinin kendisini değerlendirmesi üzerinde aşırı etkisi ile karakterize edilir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ise telafi edici davranışların yokluğunda tekrarlayan tıkınma epizodlarıyla karakterize edilir (Bakalar ve ark., 2015).

A. ANOREKSİYA NERVOZA

1.TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza Tanı ölçütleri aşağıdaki gibi verilmiştir:

A. Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü

(diüretik) ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar.

Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

B. BULİMİYA NERVOZA

1.TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-5'e göre Bulimiya Nervoza tanı ölçütleri aşağıdaki gibi verilmiştir:

A. Yineleyici tıkanırcasına yeme dönemleri. Bir tıkanırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıkanırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

C.TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

1.TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-5 ‘e göre Tıkanırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır;

A. Yineleyici tıkanırcasına yeme dönemleri. Bir tıkanırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

5. Daha sonra kendinden tiksinme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

1.1.1.Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarında etiyoloji hala net olmamasına rağmen genellikle ampirik araştırmalar, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin (Bakalar ve ark., 2015; Garner, 2002) yeme bozukluklarının gelişimine ve sürdürülmesine katkıda bulunan risk faktörleri olduğunu ortaya koymaktadır.

Aile ve ikiz çalışmaları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları, rakamsal olarak farklılık göstermesine rağmen, hepsi genetik faktörlerin yeme bozukluğuna yatkınlığını göstermektedir (Kuruoğlu, 2000; Bulik, 2007; Bulik, 2004).

Yapılan aile çalışmaları, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın gelişiminde aile faktörünün önemli olduğunu ortaya koymuştur (Hudson ve ark., 1987, akt.:Bulik, 2000; Kassett, Gershon, Maxwell, Guroff, 1989; Lilenfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov, Pollice, 1998; Strober, Freeman, Lampert, Diamond, Kaye, 2000).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza oranlarını belirlemek için kişilerin birinci dereceden olan akrabalarından tanı alan ve tanı almayan akrabaları kıyaslayan bir araştırmada, anoreksiya nervoza oranının sağlıklı akraba grubunda nadir olarak görüldüğü, tanı alan akraba grubunda %11.3 ve %12.3 oranında görüldüğü; Bulimiya nervoza oranının tanı alan akraba grubunda %4.2 ve %4.4 oranında görüldüğü ortaya koyulmuştur. Özellikle kadın akrabalar için bu riskin daha fazla olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada, akrabalarında yeme bozukluğu bulunan kişilerin, bulunmayan kişilere kıyasla yeme bozukluğu geliştirme riski 7-12 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Lilenfeld ve ark., 1998). Dolayısıyla bu çalışmalar, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza görülmesinde aile faktörünün önemli olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak yeme bozukluğu olan kişilerin akrabalarının, yeme bozukluğu yaşama olasılığı daha fazladır (Strober ve ark., 2000). Ayrıca yapılan ikiz çalışmaları da genetik geçişin Anoreksiya Nervoza için %33-84, bulimiya nervoza için %28-83 olarak ortaya koymuştur (Sigel, 2008; akt.: Campbell, Peebles 2014)

Son zamanlardaki genetik araştırmalar dopamin, serotoninin ve BDNF (brain-derived neutrophic factor) üzerine odaklanmışlardır (Bakalar ve ark. 2015). Bulgular dopamin ilişkili genler ile anoreksiya nervoza (Gervasini, Gordillo, Garcia-Herraiz, Flores, Jimenez, Monge, Carrillo, 2013; Brandys, Slof-Op't Landt, Elburg, Ophoff,

Verduijn, Meulenbelt, 2012) ve bulimiya nervoza (Yılmaz, Kaplan, Zai, Levitan, Kennedy, 2011; Groleau, Steiger, Bruce, Israel, Sycz, Oullette, Badawi, 2012) olma riski arasındaki ilişkiyi desteklememektedir. Ancak kilo eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyasla, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez yetişkinlerin, artmış dopamin nörotransmisyonu ve ödüle karşı aşırı duyarlılık ile ilişkili olan DRD2 gen poliforfizmine sahip olmasının daha olası olduğu ortaya koyulmuştur (Davis, Levitan, Yılmaz, Kaplan, Carter, Kennedy, 2012). Serotonin tokluk, duygu durum ve dürtü kontrolünü etkilemektedir (Calati, De Ronchi, Bellini, Serretti, 2011). BDNF gıda alımını, yeme davranışlarını ve enerji metabolizmasını düzenlemektedir (Nakazato, Hashimoto, Shimizu, Niitsu, Iyo, 2012; Akkermann, Hiio, Villa, Harro, 2011). Yapılan bir çalışma BDNF geni ile anoreksiya nervoza arasında doğrudan ilişki bulamamasına (Meulenbelt, Bartels, Suchiman, Middeldorp, 2011) rağmen, başka bir çalışma BDNF polimorfizmini gıda kısıtlaması bildiren ergenlik çağındaki kızlarda bulimiya nervoza belirtilerinin oluşma riskinin artmasıyla ilişkili bulmuştur. Bu çalışma BDNF polimorfizminin tıkınırcasına yemenin gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir (Akkermann ve ark., 2011).

Toplumdaki incelik ideali ve zayıf olma baskısının içselleştirilmesi, özellikle ergenlik çağındaki kızlarda yeme bozukluğunun başlaması ve sürdürülmesinde önemli bir sosyokültürel faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Stice, Marti, Durant, 2011; Rohde, Stice, Marti, 2015). Medyadaki kadınların görüntüleri kadınlar üzerinde zayıf olmaları için önemli bir baskı uygulamaktadır (Field, 1999). Bu durum genç kızların daha zayıf olma isteğiyle birlikte, bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlik yaşamalarına neden olmaktadır (Tiggemann, 2005). Medyanın kadınlar üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, medyanın beden memnuniyetsizliği ile görünümleri üzerinde uğraşların artması ve yeme davranışlarının bozulmasına neden olduğunu ortaya koymuştur (Grabe, Ward, Hyde, 2008). Ayrıca ince olmaya verilen aşırı önem, kişilerin beden şekilleri ile ideallerindeki beden şekilleri arasında olumsuz bir şekilde karşılaştırma yapmalarına neden olmakta, bu karşılaştırmalar kişilerin öz güvenleri üzerinde etkili olmaktadır (Geller, Johnston, Madsen, Goldner, Remick, Birmingham, 1998; Groesz, 2002). Dolayısıyla düşük özgüven (Button, Sonuga-Barke, Davies, Thompson, 1996) ve bu şekilde kilo ve beden şekli üzerindeki eleştiriler kişilerin yeme bozukluğu geliştirme riskini artırmaktadır (Wade, 2003).

Aile etkileşimi üzerine yapılan çalışmalar, yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. (Minuchin, Rosman, Baker, 2009). Yeme bozukluğu olan hastaların aile ilişkilerine bakıldığında, aile yapıları, aile içindeki etkileşimlerinde problemler olduğu görülmektedir (Jacobi, 2004; Holtom-Viesel, Allan, 2014). Çalışmalar, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarının, sağlıklı kontrol gruplarına göre aile içi etkileşim ve iletişim gibi farklı yönlerden aile yapılarını zorlayıcı, ebeveyn kontrolü içeren eleştirel (Haworth-Hoeppner, 2000), daha fazla rahatsız edici, çatışmalı olarak tanımlamışlardır (Garfinkel, Garner, Rose, Darby, Brandes, O'Hanlon, 1983; McNamara, Loveman, 1990; Shisslak, McKeon, Crago, 1990; Strober, Humphrey, 1987; Waller, Calam, Slade, 1989). Ayrıca aile iletişimi, ebeveyn bakımı ve ebeveyn beklentilerini düşük olarak algılayan ve cinsel ya da fiziksel istismar yaşayan ergenlik çağındaki kişiler, yeme bozukluğu gelişimi için risk altındadır (Haudek, Rorty ve Henker, 1999, Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, Resnick, 2000).

Stresli yaşam olayları ve psikopatoloji arasındaki ilişki çalışmalarda ele alınmıştır. Çalışmalar bulimiya nervoza ve anoreksiya nervoza hastalarının, sağlıklı kontrol guruplarıyla karşılaştırıldığında yeme bozukluğunun başlamasından önce daha ciddi yaşam olayları yaşadıklarını ortaya koymuştur (Horesh, Apter, Lepkifker, Ratzoni, Weizmnn, Tyano, 1995; Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein, 1996). Yaşam olaylarının yeme bozuklukları üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar, bu yaşam olaylarının yeme bozukluğu başlamadan önce yaşandığını ortaya koymuştur (Jacobi, 2004).

Ailede psikiyatrik bozuklukların bulunması da yeme bozukluğu için bir risk faktörüdür. Gershon yaptığı çalışmada (1983), anoreksiya nervoza hastalarını birinci derece akrabalarında anoreksiya ve bulimiya nervoza oranlarını, kontrol grubuyla kıyaslanması sonucu 6 kat fazla olduğunu bulmuştur. Strober ve ark., (1986) 3 kat daha fazla anoreksiya riski bulmuşlardır.

Travma öyküsüne yeme bozukluğu hastalarında sıklıkla rastlanmakta olup bunlar hastalığın seyrini ve tedavi sürecini etkilemektedirler (Bulik ve ark., 1997; Herpetz-Dahlman, 2009; Mitchell, 2012).

Çocukluk çağındaki cinsel, fiziksel istismar gibi istismar yaşantılarının (Werne ve Yalom, 1995), cinsel istismarın, duygusal ve fiziksel ihmalin (Brewerton, 2007) yeme bozukluğu için bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada ortaya koyulmuştur (Connors, Morse, 1993; Everill, Waller, 1995; Pope, Hudson, 1992; Carter, Bewell, Blackmore, Woodside, 2006). Yeme bozukluğu olan hastalar, kontrol grubu ile kıyaslandığında, önemli ölçüde daha fazla cinsel istismara maruz kaldıkları ortaya koyulmuştur (Brown ve ark., 1997).

1.1.2.Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Kroniklik ve nüks bakımından yüksek risk içeren yeme bozuklukları, daha çok kadınlarda görülen bir psikiyatrik problemdir (Fairburn ve ark., 2000). Epidemiyolojik çalışmalar da anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu göstermektedir (Wittchen ve Jacobi, 2005; Hoek, 2006; Striegel-Moore, Bulik, 2007). Örneğin Amerika'da yeme bozuklukları ile ilgili yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervoza için kadınlarda yaşam boyu yaygınlığı %0.9 olarak, erkeklerde %0.3 olarak bulunmuş; bulimiya nevroza için kadınlarda yaşam boyu yaygınlığı %1.5 olarak, erkeklerde yaşam boyu yaygınlığı %0.5 olarak bulunmuştur (Kessler, Berglund, Chiu, Demler, Heeringa, Hiripi, Zheng, 2004; Kessler, Chiu, Demler, Walters, 2005). Araştırmalar cinsiyet farkının tıkınırcasına yeme bozukluğu olanlarda daha az belirgin olduğunu göstermektedir (Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007; Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, Kennedy, 2001). Tıkınırcasına yemenin kadınlarda olduğu kadar erkeklerde de yaygın olduğu bulunmuştur (Lewinsohn, Seeley, Moerk, Striegel-Moore, 2002; Reagan ve Hersch, 2005; Woodside ve ark., 2001).

Yeme bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %1-4 (Allen ve ark., 2013; Smink ve ark., 2012) olarak bulunmasının yanısıra, bu oran ülkemizde, Vardar ve Erzengin (2011) yaptıkları toplum temelli çalışmasına göre tüm yeme bozukluklarının yaygınlığını %2.3 olarak, anoreksiya nervozanın yaygınlığını %0.03 olarak, bulimiya nervozanın yaygınlığını %0.7 olarak bulmuştur. 2014 yılında yapılan bir yaygınlık çalışmasında; anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1.7, bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %0.8, tıkınırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2.3 olarak bulunmuş ve yeme bozukluklarının erkeklerde nispeten daha az olduğu

bulunmuştur (Smink ve ark., 2014). Bu çalışmada, kadınlarda anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1.7 olarak bulunurken, erkeklerde %0.1 olarak bulunmuştur; kadınlarda bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %0.8 olarak bulunurken, erkeklerde %0.1 olarak bulunmuştur; kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2.3 bulunurken, erkeklerde %0.7 olarak bulunmuştur. Farklı zamanlarda yapılan çeşitli çalışmalar, yetişkinlerde yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığını, anoreksiya nervoza için %0.6, bulimiya nervoza için %1 ve tıkınırcasına yeme bozukluğu için %3 olarak bildirmiştir (Jacobi ve ark., 2004; Hudson ve ark., 2007; Treasure ve ark. 2010) ve erkekler arasında daha düşük bulunmuştur (Treasure ve ark. 2010).

Vakaların %90'dan fazlası 25 yaşın altındaki kişilerden oluşmakta olup, yalnızca %5-10'u erkeklerden oluşmaktadır ve kadınlarda erkeklere kıyasla 5-20 kat daha fazla görülmektedir (Deering, 2001). Yeme bozukları, belirli bir yıl içinde kadınların yaklaşık %1.6'sını, erkeklerin yaklaşık %.8'ini etkilemektedir. Genç kadınların belirli bir yılda yaklaşık %0.4'ünü anoreksiya, %1.3'ünü bulimiya etkilemektedir. Anoreksiya ve bulimiya kadınlarda erkeklere göre yaklaşık on kat daha fazla görülür (APA, 2013). Literatürde bildirilen cinsiyet farklılıkları, yeme bozukluğunun belirtileriyle ilişkilidir. Beden imajı ve estetik konusuna verilen önem genç kızlarda erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir (Tam, Cherry, Chak, 2007), kadınlar erkeklere göre kilo memnuniyetsizliği, kilonun kontrolü için diyet yapma veya kusma gibi davranışları daha fazla göstermektedirler ya da erkeklerin tıkınarak yeme davranışlarını ve kilo kontrolü için aşırı egzersizle meşgul olmalarını bildirme olasılıkları daha azdır (Anderson, Bulik, 2004; Lewinsohn ve ark., 2002). Tıkınırcasına yiyen erkeklerin, kusmak gibi aşırı kilo kontrol davranışlarını rapor etmeleri kadınlara göre çok daha azdır (Hay, 1998), hedefler vücut yağını azaltma ve kas artırma gibi farklılaşmakta ve farklı telafi edici davranışlar kullanmaktadırlar (Anderson, Bulik, 2004). Son yıllarda, yeme bozukluklarının yaygınlığının her iki cinsiyette de arttığı (Micali, Hagberg, Petersen, Treasure, 2013), özellikle ergenlik çağındaki kızlar ve genç kadınlar arasında arttığı gösterilmiştir (Becker ve ark., 1999; Hoek, 2006).

Ülkelere göre yeme bozukluklarının yaygınlık oranı değişmekle birlikte, Batı ve Doğu ülkelerindeki fark daha fazladır (Hoek, Van Hoeken, 2003; Hoek, 2006). Dünyada hem gelişmiş bölgelerde hem de Brezilya ve Çin gibi gelişmekte olan

ülkelerde de yeme bozuklukları bildirilmiştir (Chen, Jackson, 2008; Souza Ferreira, Veiga, 2008), daha az gelişmiş ülkelerde yeme bozukluğu görülme oranı daha düşük olduğu ortaya koyulmuştur (Rike, Hoek, Dunne, 2014). Batı Avrupa ve Amerika'daki genç kadınlarda, yaygınlık oranları anoreksiya nervoza için %0.3 ve bulimiya nervoza için%1.0 olarak bulunmuştur (Hoek, Hoeken, 2003).

Yeme bozukluklarının modern toplumun yeni yaşam tarzına uyum sağlamakta zorlanan genç kızlar ve genç kadınlar arasında yaygın olduğu görülmektedir (Devaud, Michaud, Narring, 1995) ve genel olarak orta sosyo-ekonomik düzeye sahip insanlarda ve çekici olma ile zayıf olmanın ilişkili olduğu vurgusunu kabul eden endüstrileşmiş toplumlarda görülmektedir (Houtkooper, 2000; akt. Oğur, Aksoy, 2016). 1960'ların sonlarında anoreksiya nervoza Batı toplumlarında daha yaygın hale gelmiş olup orta ve üst sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerdeki genç kadınlarda görülmüştür (Polivy, Herman, 2002). Anoreksiya nervozanın yaygınlığındaki artışın altında yatan temel faktörler olarak; endüstrileşme, yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler, kentsel yaşam, medyanın etkisi ve kültürler arası etkileşim, karşılaştırmadaki artış rapor edilmektedir (Vardar, Erzengin, 2011).

Vücut şekliyle ilgili memnuniyetsizlik yemeğe karşı olan tutumların olumsuz olmasına, kilo ve diyetle uğraşmaya ve yeme bozukluklarının yaygınlığına yol açtığı öne sürülmüştür (Lake, Staiger, Glowinski, 2000). Gençlik döneminde fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşanmakta ve bu gençlik dönemindeki kişiler kültürel çatışmalardan ve sosyal, kültürel değişimlerden oldukça etkilenmektedirler. Bu durum da yeme bozukluğunun sıklığının artmasına neden olmaktadır (Köknel, 1981).

Yeme bozuklukları, 2010 yılından itibaren yılda yaklaşık 7.000 ölümle sonuçlanmakta ve bu da yeme bozukluğunu en yüksek ölüm oranına sahip bir hastalık haline getirmektedir (Lozano, Naghavi, Foreman, 2012). Anoreksiya nervoza tüm ruhsal bozukluklarda en yüksek ölüm oranına sahiptir (Millar, Wardell, Vyvyan, Naji, Prescott, Eagles, 2005; Sullivan, 1995; Zipfel, Lowe, Reas, Deter ve Herzog, 2000). Dolayısıyla yeme bozuklukları, ergenlik çağındaki kişilerdeki ve genç yetişkinlerdeki yaygınlığı, başka ruhsal ve bedensel sorunların eşlik etmesi ve ölüm oranları nedeniyle erken teşhis ve tedavi gerektiren önemli bir durumdur (Janout, Janoutova, 2004; Bizeul, Brun, Rigaud, 2003).

Araştırmalar yeme bozukluklarının gelişiminde travmatik yaşantının önemli bir yeri olduğunu ortaya koymaktadır (Jacobi ve ark., 2004; Burns, 2012). Travmatik yaşantının hastalığın tedavi süreci ve seyrinde etkili olduğu (Jacobi ve ark., 2004; Bulik ve ark., 1997; Herpetz-Dahlman, 2009) göz önünde bulundurulduğunda, hastalığın anlaşılması ve tedavi sürecinde üzerinde çalışılması önemli hale gelmektedir.

1.2.Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuğa gelişimsel, psikolojik ve sosyal olarak zarar veren ve çocuğun kişilik gelişimini olumsuz olarak etkileyen çocuk istismarı, herkesi ilgilendiren toplumsal bir sorun olup insan ve çocuk haklarının ihlali olarak kabul edilen bir durumdur (WHO, 1946; Tanaka, Suzuki, Aoyama, Takaoka, MacMillan, 2017).

İnsanlık tarihi boyunca bütün kültürlerde karşılaşılan, karmaşık nedenleri ve önemli sonuçları olan, hukuki, tıbbi, gelişimsel ve psikolojik olarak önemli ve ciddi bir sorun olan (Polat, 2002) çocuk istismarını Dünya Sağlık Örgütü "Bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak değerlendirip; "Çocuklara bir yetişkin, toplum, devlet veya başka bir çocuk tarafından, bilinçli, veya bilinçsiz olarak, bedensel, duygusal, zihinsel veya sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alan bir davranış uygulanmasıdır" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2006, 2010, 2014).

Çocuk istismarı ve ihmali, anne baba veya bakıcı gibi çocuğa bakmakla yükümlü olan bir yetişkin tarafından çocuğa karşı yapılan, toplumsal kuralların uygunsuz veya hasar verici olarak tanımladığı, çocuğun gelişimsel, fiziksel ve psikososyal bakımdan gelişimini engelleyen ve iyi oluşunu olumsuz olarak etkileyen tutum ve davranışların tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi, beden veya ruh sağlığına zarar vermesi söz konusudur (Dokgöz, 2009; Taner, Gökler, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü raporlarında aile içinde gelişen travmalar fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 temel başlıkta incelenmektedir (Kırımsoy, Acar, Sevük, 2013). İstismar türleri, tek başına görülebilmelerinin yanısıra çoğu zaman bir arada da görülebilmektedir (Dokgöz, 2009).

Çocuğun bir yetişkin tarafından cezalandırılması, fiziksel şiddete maruz kalması gibi çocuğun hayatına, gelişimine, sağlığına ve onuruna zarar verme ihtimali olan çocuğa karşı yapılan her türlü fiziksel güç kullanımı fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynin veya bakım vereninin çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması, çocuğu görmezden gelmeleri, aşağılama ve küçük görme şeklinde davranmaları duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır. Barınma, güvenlik, eğitim, beslenme, sağlık ve duygusal gelişim alanlarında çocuğun gelişim ve iyi oluş halinin anne-baba veya diğer aile üyeleri tarafından karşılanmaması ihmal olarak (WHO, 2006) tanımlanmaktadır. Yeterli gelişim düzeyinde olmayan ve yeterli bilgiye sahip olmadığı için anlamını kavrayamayan bir çocuğun rızası olmadan hem toplumsal kalıplara hem de kanunlara uymayan cinsel eylem içerisine çocuğun üzerinde sorumluluğu ve kontrolü olan, güven sağlayan bir yetişkinin veya gelişimsel ya da yaş olarak daha baskın olan başka bir çocuğun eyleme dahil edilmesi, laf atmak, cinsel içerikli konuşmalar, teşhircilik, röntgencilik, dokunmak, cinsel ilişki, fuhuşa zorlamak, ırza geçme ve ensest gibi eylemler cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006; WHO, 2016; Aral, Gürsoy, 2001; Davis, Petretic-Jackson, 2000; Kaplan, 1996; Polat, 2007).

Anne ve baba, diğer aile üyeleri, aile dostları, yabancı kişiler, bakıcılar ya da öğretmenler, askerler, polisler, din görevlileri gibi otorite olarak görülen kişiler ya da çocuklar istismarın failleri olabilirler (WHO, International Society for Prevention of child abuse and neglect, 2006). İstismar yaşantısı olan olguların çoğunda saldırgan kişi, çocuğun tanıyıp güvendiği biri olmakla birlikte, istismar %95 oranında anne ve baba gibi çocuğa bakmakla yükümlü kişiler tarafından uygulanmaktadır (Kara, Biçer, Gökalp, 2004).

Çocuk istismarı ile ilgili risk faktörleri; cinsiyet, engelli olmak, düşük sosyo-ekonomik düzey, işsizlik, anne babanın çocukluk döneminde istismar yaşamış olmaları, psikiyatrik bozukluk, alkol ve madde kullanımı, sosyal destek azlığı, ailede istismar

öyküsünün bulunması, mutsuz evlilikler, erken yaşta anne ve baba olma, aile içinde şiddetin olması, ebeveynin ayrı olması, üvey anne babanın varlığı, ailede ruhsal rahatsızlıkların varlığı, gelir azlığı, otoritenin kullanılması, sosyal izolasyon, kalabalık ailenin olması gibi durumlar çocuk istismarına uğrama riskinin olduğunu düşündürmektedir. Bu risk faktörlerine ek olarak yasaların yetersiz olması, toplumda sosyal eşitsizliğin olması, savaşlar ve medyada olan şiddet riski daha da artırmaktadır (İmren, Ayşe, Yusufoğlu, Arman, 2013; Soylu, Alpaslan, Ayaz, Esenyel, Oruç, 2013; Öncü, Kurt, Esenay, Özer, 2012; Yılmaz, İşiten, Ertan, 2003; Altıparmak, Yıldırım, Yardımcı, Ergin, 2013; Leslie, 1997; Sunday, Labruna, Kaplan ve ark., 2008; Altuntaş, 2013; Douglas, 2014; Dokgöz, Tırtıl, 2005; Bildik, 2002; Bakış, Çam, 2005).

İstismar yaşantısı çocuk üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir ve istismara maruz kalan çocukların gelişimleri olumsuz olarak etkilenmektedir. İstismara maruz kalmak çocuğun fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmesi, entelektüel gelişimini etkileyerek öğrenme ve konsantrasyon güçlüğü yaşaması, bilişsel işlevlerde bozulma, okulda başarısızlık, gelişimsel bozukluklar, sosyal ilişkilerde bozulma, alkol ve madde bağımlılığı, şiddet davranışı ve suç işlemesi, kendine veya başkalarına zarar verme ya da intihar düşünceleri veya davranışı, erken veya sağlıksız cinsel davranışlar, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik ve davranışsal sorunlara; açıklanamayan göğüs ağrıları, kronik ağrı veya baş ağrısı, akciğer ve kalp hastalıkları ve yeme bozuklukları gibi çeşitli sağlık problemlerine neden olabilir (Polat, 2007; Norman, Byambaa, Butchart, Scott, Vos, 2012; Şahin, 2014; Diaz, Simantov, Rickert, 2002; Gershoof, 2002; Trocme, MacLaurin, Fallon, 2001). Çocukluk çağında istismara maruz kalan kişilerin, ilişki kurmakta zorluk yaşadıkları, kişilerarası ilişkilerde karamsar oldukları, güvensizlik yaşadıkları, özgüven eksikliği ve girişimcilik yeteneklerinin gelişmediği ortaya koyulmuştur (Özen, Antar, Özkan ve ark., 2004).

1.2.1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, kuşaktan kuşağa aktarılan, evrensel hale gelen ve disiplin aracı olarak görülen bedensel cezalandırmayı çocuğa bakmakla yükümlü olan yetişkinlerin kullanması sonucu çocuğun bedensel olarak zarar görmesidir (Polat, 2006; Giardiano,

Christian, Giardiano, 1997; akt., Dokgöz ve ark., 2009). Genel anlamda çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanabilen fiziksel istismar, diğer istismar türlerine göre daha yaygındır ve belirlenmesi daha kolaydır (Polat, 2004). Çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından, çocuğun sağlığına zarar verecek bir şekilde davranılması, çocuğun fiziksel zarara uğraması veya yaralanmasıdır. Bu davranışlar, çocuk üzerinde itaat sağlamak, çocuğu cezalandırmak veya öfke boşaltmak amacıyla çocuğa yöneltilmektedir (Hancı, 2002; Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999).

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda birtakım psikolojik ve davranışsal bulgular görülmektedir. Bunlar; algılama, kavrama ve dikkat yoğunlaştırmada zorluk, dikkat ve öğrenme problemleri, okul başarısında düşme, uyum problemi, öz saygıda düşme, çekingenlik, iletişim güçlüğü, fiziksel temastan korkma, öfke, çatışma, saldırgan davranışlar veya içe kapanma, kendisine ya da çevresindekilere zarar verme, dil gelişiminde gecikme, suça yönelme, evden kaçma, eve gitmekten korkma, depresyon, ağrı şikayetleri, yeme bozuklukları gibi problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlar istismara maruz kalmayan çocuklarda da görülebilir fakat bu durumlar çocukta görüldüğünde, çocuğun istismar edilmiş olma ihtimalini akla getirmelidir (Wallace, 1999; akt., Dokgöz ve ark., 2009; Kaytez, Yücelyiğit, Kadan, 2018). Fiziksel istismara maruz kalan çocuklar, sosyal işlevsellikte birtakım sorunlar yaşayıp; yakın ilişkiler kurmakta güçlük çekme, duygusal yoğunluğun az olduğu, öfke, çatışma ve istismar davranışı bulunan ilişkiler kurabilmektedirler (Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999).

1.2.2.Cinsel İstismar

Cinsel istismar, 'henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır. Bir çocuk ile yetişkin arasında olan cinsel eylemin yanısıra, 4 yaş ve üstü yaş farkının olduğu, küçük çocuğa zorla ya da ikna yoluyla cinsel eylemlere maruz bırakma gibi iki çocuğun arasındaki cinsel eylemler de cinsel istismar olarak ele alınmaktadır (İşeri, 2008). Cinsel istismarın diğer istismar türlerinden farkı, uzun süreli olması, fark edilmemesi ve yıllarca devam etmesidir (Kempe, 1980; Oral ve ark., 2001).

Laf atmak, cinsel içerikli konuşmalar, teşhircilik, röntgencilik, vücudun özel bölgelerine cinsel olarak dokunmak, cinsel ilişki, fuhuşa zorlamak, ırza geçme ve ensest (Aral, Gürsoy, 2001; Davis, Petretic-Jackson, 2000; Kaplan, 1996; Polat, 2007) cinsel saldırı, oral seks, oral-vajinal, oral-penil, oral-anal ilişki, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon (vaginal, anal, genital penetrasyon, parmak ya da yabancı cisim penetrasyonu), gibi eylemler cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (Faller, 1988; akt.; Dokgöz ve ark., 2009).

Cinsel istismarın neden olabileceği sorunlar olarak; uykusuzluk, kabus görme, iştahsızlık, mide bulantısı, kusma, kronik ağrı, baş ağrısı, histerik nöbetler, erken gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, yetişkinlikte ortaya çıkan cinsel işlev sorunları sayılmaktadır (Kaleağası, Özge, Toros, Kar, 2009; Polat, 2007).

1.2.3.Duygusal İstismar

Duygusal istismar; Çocuğa bağırma, küfretme, reddetme, çocuğu yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal olarak çocuğun ihtiyaçlarını karşılamama, çocuktan yaşının üstünde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayrım yapma, aşırı baskı ve otorite kurma (Runyan, Corrine, İkeda, 2002; Polat, 2000), sözel tehdit etme, aşağılama, alay ya da küçük düşürücü yorumlar yapma gibi, çocuk ya da ergenin, duygusal veya ruhsal sağlığını tehlikeye atarak olumsuz olarak etkileyen davranışlar (Walker, Bonner, Kaufmann, 1988), çocuğa bakmakla yükümlü olan yetişkinin sosyal deneyimler ve etkileşimlerden çocuğu uzak tutarak çocuğun karşılıklı ilişki kurma ihtiyacını göz ardı etmesi, duygusal ve entellektüel gelişimini engellemesi, çocuğun birtakım ihtiyaçlarının olabileceğini kabul etmeyerek reddedici tutum içinde olması, çocuğu reddetme, yalnız başına bırakma, kendi çıkarları için kullanma, zamanından önce yetişkin rolü verme (Polat, 2007; Şahin, 2009) gibi yaklaşımlar duygusal istismar olarak ele alınmaktadır .

Duygusal istismar çoğu zaman fiziksel istismara eşlik etmekte ve fiziksel belirtiler iyileştiğinde bile uzun süre etkisini devam ettirmektedir. Çocuğun duygusal gelişimini ve bağlanma sürecini olumsuz yönde etkilemekle beraber, yaşam boyunca devam eden duygusal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir (Dokgöz ve ark.,

2009). Duygusal istismar yaşayan çocuklar aileden uzaklaşma, bağımlı kişilik yapısı ve değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuz ve saldırgan davranışlar gösterebilmektedirler (Kara, Biçer, Gökalp, 2004).

1.2.4.İhmal

İhmal, ailenin, birtakım kurumların veya devletin temel sorumluluklarını yerine getirmemesi, çocuğun temel ihtiyaçları olan beslenme, giyim, barınma, eğitim, sağlık, sevgi, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının yeterli bir şekilde karşılanmaması veya yaşam için gerekli olan ilgiyi göstermeme, anne ve baba gibi çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin ve diğer yetişkinlerin bu yükümlülükleri yerine getirmemesi, çocuğu yalnız bırakmaları, çocuğu fiziksel ya da duygusal olarak ihmal etmeleri sonucu çocuğun ahlaki, sosyal, bedensel ve duygusal gelişimini engellenmesidir (Aral, Gürsoy, 2001; Turhan, Sangün, İnandı, 2006; Polat, 2004; Runyan, Corrine, İkeda, 2002). Bireyler, kurumlar ve toplum tarafından ortaya çıkan ihmal davranışından dolayı çocuklar hak ve özgürlüklerinden yoksun kalmakta ve bu da çocukların gelişimlerinin engellenmesine neden olmaktadır (Aral, Gürsoy, 2001).

İhmalin tanısı, fiziksel ve cinsel istismara göre daha zor konulmakla birlikte, büyüme geriliği olan, psiko-sosyal uyum güçlüğü yaşayan ve eğitim ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda ihmal olduğu düşünülmelidir (Polat, 2004).

1.2.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

ABD'de Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi'nin ortaya koyduğu verilere göre 1997 yılında 3.7 milyon çocuk istismarı olgusu işleme konulmasına rağmen, kesin delillerle gerçekliği tespit edilen 1 milyon olgu vardır. Dolayısıyla her 1000 çocuktan 15'inin istismara maruz kaldığı kesin delillerle ortaya koyulmuştur. Bu olgular incelendiğinde %54'ünün ihmal, %22'sinin fiziksel istismar, %8'inin cinsel istismar, %4'ünün duygusal istismara maruz kaldığı ortaya koyulmuştur (Williams, Wilkins, 2000; akt; Zoroğlu, 2001).

1996-1998 yılları arasında İzmir'de 50 vaka ile yapılan bir çalışmada, %60'ının fiziksel istismar, %26'sının cinsel istismar, %20'sinin ihmal ve %18'inin duygusal istismar yaşadıkları ortaya koyulmuştur (Oral, Can, Kaplan, 2001). 1997 yılında yapılan bir çalışmada, çocukların %65.72'sinin anne veya babası tarafından fiziksel istismara uğradıkları ortaya koyulmuştur (Aral, 1997). Zoroğlu ve arkadaşlarının çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarının sıklığını saptamak amacıyla, 2001 yılında lise öğrencileriyle yaptıkları bir araştırmada, deneklerin %16.5'inin ihmal, %15.8'inin duygusal istismar, %13.5'inin fiziksel istismar, %10.7'sinin cinsel istismar yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte, erkeklerde fiziksel istismar oranı, kızlarda duygusal istismar, ihmal ve cinsel istismar oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışma çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarının Türkiye'de önemli bir oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır (Zoroğlu, Tüzün, Şar, Öztürk, Kora, Alyanak, 2001). Ülkemizde 2002'de yapılan bir çalışmada duygusal ihmal oranı %24.7, cinsel istismar oranı %22, duygusal istismar oranı %18.7, fiziksel ihmal oranı %17.3, fiziksel istismar oranı %15.3 olarak bulunmuştur (Yanık, Özmen, 2002). Ülkemizde 2001-2005 yılları arasında bir eğitim hastanesine başvuran 215 olgunun %39.5'inin ihmal, %29.8'inin fiziksel istismar, %21.4'ünün duygusal istismar, %9.3'ünün cinsel istismar yaşadığı saptanmıştır (Traş, Dilli, Dallar, Oral, 2009). Dünya Sağlık Örgütü, dünyada 1-14 yaş grubunda bulunan 40 milyon çocuğun istismar ya da ihmale uğradığını ve desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymuştur (Şimşek ve ark., 2004). Amerika'da 2006 yılında 3.6 milyon çocuğun araştırıldığı bir çalışmada, 905 bin çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı, bunun yıllık oranının bin çocukta 12.1 olduğu ve 144.800'ünün fiziksel istismar yaşadıkları ortaya koyulmuştur (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

İstismar yaşantısı utanç ve suçluluk gibi tepkilere neden olduğu için çoğu zaman cinsel istismar gizli kalmaktadır, bu da istatistiksel olarak gerçek verilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır (İşeri, 2008; Avcı, Tahiroğlu, 2007). Cinsel istismara uğrayan kişilerin yaşları yaklaşık %30'unun 2-5, %40'ının 6-10, %30'unun 11-17 olmakla birlikte her yaştan ve her sosyoekonomik gruptan çocuklar maruz kalabilmektedir. Ayrıca cinsel istismarın ilk olarak 8-12 yaşlarında yaşandığı belirtilmektedir (Rutter ve ark., 1994). Adli olguların değerlendirildiği bir çalışmada adli bildirim nedenlerinin %81.3'ünün

cinsel istismar, %18.8'inin ihmal, %6.3'ünün fiziksel istismar ve %6.3'ünün duygusal istismar olduğu bildirilmiştir (Tahiroğlu, Avcı, Çekin, 2008).

UNICEF'in 2010 yılında ülkemizde yaptığı çocuk istismarı ve aile içi şiddet konulu araştırmasında, 7-18 yaş arasındaki çocukların %51'inde duygusal istismar, %43'ünde fiziksel istismar ve %3'ünde cinsel istismar görüldüğünü ortaya koymuştur (Bakır, Kapucu, 2017). Dünya sağlık örgütünün verilerine göre, çocukluk dönemlerinde yetişkinlerin %25'inin fiziksel istismara uğradığı; kadınların %20'sinin, erkeklerin %8'inin cinsel istismara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Ayrıca çocuk istismarının dünyada her yıl 15 yaş altında olan 31.000 çocuğun ölümüne neden olduğu bilinmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2010).

Kız çocuklara kıyasla erkek çocuklar daha küçük yaşlarda istismara uğramakta olmalarına rağmen, istismara uğradığını bildiren çocukların 1/3'ü erkektir. Erkek çocukların daha az bildirme nedeni olarak homoseksüellik ve güçsüzlüklerine yönelik imalardan kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir (Back ve ark., 1998).

UNICEF'in 2015'te yayınladığı rapora göre, Türkiye'de çocuk istismarı sayısı her geçen yıl artmaktadır. TÜİK'in 2015 yılındaki verilerine göre, 15-24 yaş aralığında olan kişilerin %25.4'ü fiziksel şiddet, %9.5'i cinsel şiddet, %28.1'i hem cinsel hem de fiziksel şiddet yaşamıştır. Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği'nin 2016 yılında yayınladığı çocuk istismarına yönelik raporuna göre ise ülkemizde son 10 yıldaki çocuk istismarı vakalarının yüzde 700 arttığı ortaya koyulmuştur.

Araştırmalar çocuklukta kötü muameleye maruz kalan kişilerin, duygu düzenlemede eksiklikler gösterdiklerini (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, Han, 2005; Dvir, Ford, Hill, Frazier, 2014) ve öz şefkat düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (Miron, Orcutt, Hannan, Thompson, 2014; Miron, Seligowski, Boykin, Orcutt, 2016).

Çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış ve kalmamış olan erkeklerde öz şefkat ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kötü muameleye maruz kalan erkeklerden oluşan grup, kötü muameleye maruz kalmayan erkeklerden oluşan gruba kıyasla, daha düşük öz şefkat seviyesine sahip oldukları bulunmuştur (Tarber, Chon, Casazza, Hastings, Steele, 2016).

Çocukluktaki kötü muamele ve öz şefkat arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar düşük öz şefkatle ilişkili bulunmuştur (Tanaka ve ark., 2011). Bu çalışmaya benzer olarak, Wu ve arkadaşları (2018), duygusal istismar ve duygusal ihmali öz şefkat ile ilişkili bulmuşlardır.

Çocukluktaki kötü muamele ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkide öz şefkatin rolünün araştırıldığı bir çalışma, öz şefkatteki eksikliklerin ve çocukluk çağı kötü muamelenin duygu düzenleme güçlüğüne neden olabileceğine işaret etmektedir (Reffi, Boykin, Orcutt, 2018). Bu bulguya benzer olarak, çocukluktaki kötü muamele ve sonraki duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkide öz şefkatteki bireysel farklılıkların rolünün olup olmadığı araştırılan bir çalışmada, çocuklukta daha fazla kötü muameleye maruz kalanların daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları ve daha düşük öz şefkate sahip oldukları bulunmuştur (Vettese, Dyre, Li, Wekerle, 2011).

1.3.Öz Şefkat

Öz şefkat kavramı, kişilerin kendi acı ve sıkıntı veren duygularına açık olmasını, kendine özenli ve sevecen biçimde yaklaşmasını, yetersizlik ve başarısızlıklarına karşı anlayışlı ve yargısız olmasını, yaşadığı olumsuz deneyimlerin insan yaşamının bir parçası olduğunu kabul etmesini içermektedir ve birbiriyle ilişkili üç alt boyuta sahiptir. Bu alt boyutlar: Öz nezaket, ortak insanlık ve bilinçli farkındalıktır (Neff, 2003a, 2003b).

1) Öz Nezaket

Öz nezaket, acı çekme deneyimleri ya da başarısızlıklar karşısında kişinin kendine karşı önyargılı, eleştirel olmaktan ziyade önyargısız olarak kendini anlamaya çalıştığı, sert yargılar ve eleştirilerden ziyade kendine karşı nazik, anlayışlı ve sevecen olması anlamına gelmektedir. (Neff, 2009; 2011b). Ayrıca öz nezaket, kişinin tüm eylemleri, duyguları, düşünceleri, dürtüleri de dahil kişiliğinin bütün yönlerine sabır, empati, affetme, duyarlılık ve sıcaklık göstermesini içermektedir (Neff, 2003a; Gilbert, Irons, 2009). Öz nezakete sahip kişiler, kendini önemseme ve anlama eğiliminde olup kişiliğinin bazı sevilmeyen yönlerini fark ederken, kusurları nazikçe ele almaktadırlar

ve kendilerine karşı kullandıkları dilin duygusal tonu yumuşak ve destekleyici olmaktadır. Yetersizlikler için kendilerine saldırmak veya azarlamak yerine kendilerine karşı sıcak davranmaktadırlar ve bu durum koşulsuz kabulü içermektedir. Ayrıca yaşam koşulları kişi için zor ve acı verici olduğunda, öz şefkatli kişiler, problemi kontrol etmek ya da çözmeye çalışmaktan ziyade, kendilerini sakinleştirmeye ve rahatlatmaya çalışmaktadırlar (Neff, 2009).

2) <u>Ortak İnsanlık</u>

İnsanlar olumsuz olaylar yaşadıktan sonra sanki bu tür olumsuz olayları sadece kendileri yaşıyormuş ve sanki sadece kendileri mutsuzmuş gibi hissedip bu üzüntüye kendilerini fazla kaptırabilirler. Kişi bu durumları sadece kendisinin yaşadığını düşündüğü için bu sıkıntıyı yaşarken kendini yalnız hissedebilir ve bu da kendini diğerlerinden soyutlamasına neden olur. Olumsuz olaylar yaşamak, hata yapmak ve acı çekmek insan olmanın bir parçasıdır. Bu noktada öz şefkat, acı çekmenin ve başarısızlıkların bütün insanların paylaştığı ortak bir deneyim olarak tanımlanır (Neff, 2008). Ortak insanlık, paylaşmanın farkında olmak, hayatın mutlu ya da üzgün bütün deneyimlerinin bir kişiye özgü olmadığını ve diğer insanların da benzer şeyleri deneyimlediğinin farkında olmak anlamına gelmektedir. Dolayısıyla kişinin yaşadığı deneyimlerde kendini yalnız hissetmemesi, izole olmaktan ziyade, yaşadığı deneyimlerin insan olmanın koşulu olduğunu ve bütün insanların yaşadığı deneyimlerin bir parçası olarak görmesini içermektedir (Neff, 2003a; Barnard, Curry, 2011; Neff, 2009). Ortak insanlık duygusu, kişinin kusurlarıyla ve eksiklikleriyle, insan olduğu için kendini affetmeyi gerektirmektedir (Neff, 2003a). Ortak insanlık duygusu, tüm insanların kusurlu olabileceğini, hata yapabileceklerini, başarısız olabileceklerini ve sağlıksız davranışlarda bulunabileceklerini fark etmeyi içermektedir. Öz şefkatli kişiler kendi kusurlarını insanlığın bir parçası olarak kabul etmektedir ve benliğinin özelliklerini geniş ve kapsayıcı bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. Yaşamdaki zorluklar ve mücadeleler paylaşılan insan deneyiminin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu durum acı deneyimleri yaşarken diğerlerine bağlı hissedilmesini sağlamaktadır. Genellikle insanlar kişisel kusurlarını dikkate aldıklarında, kusurlar ve başarısızlıklar diğer insanların paylaşmadığı bir şeymiş gibi kendilerini izole etmektedirler ve diğerlerinden kendini koparmaktadırlar. Dolayısıyla insanlar zorlu

yaşam koşullarına maruz kaldıklarında, mücadele eden tek kişi olduklarına inanırlar ve izolasyon duygusu yaşamaktadırlar (Neff, 2009). Yalnız olmadığını fark etmek, insanların izolasyon duygularını azaltmakta ve uygun başa çıkmayı teşvik etmektedir (Neff, 2003a).

3) Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık, kişinin olumsuz düşünce ve duygularının dengeli bir şekilde farkında olması ve duygularıyla aşırı özdeşleşime girmemesidir (Neff, 2003a, Barnard, Curry, 2011; Brown, Ryan, 2003). Dolayısıyla kişi yaşadığı acı verici düşünceler ve duygularla aşırı özdeşleşmek yerine bastırmadan, reddetmeden ve yargılamadan olduğu gibi dengeli bir farkındalık içinde tutmaktadır (Nolen-Hoeksema, 1991; Neff, 2003a). Kişinin acı veren düşünce ve duygulardan uzaklaşmasına izin vermeden, yaşamdaki problemli ya da üzgün hislerini kabul etmesini sağlayan bir farkındalığı anlatmaktadır (Neff, 2003b).

Öz şefkat üç farklı alt boyuta ayrılmış olsa da bu alt boyutlar birbiriyle etkileşim içindedir. Her bir alt boyut diğer boyutların oluşumuna katkıda bulunmasının yanısıra aynı zamanda diğerlerinin düzeyini de arttırabilir (Neff, 2003b).

Kişide öz şefkat düzeyinin artması, yaşadığı deneyimler karşısında hissettiği duygu ve düşüncelerin daha çok farkında olup, bu deneyimleri kabullenip en az zararla atlatması anlamına gelir. Hatta bu olumsuz deneyimleri olgunlukla karşılayıp yaşadıklarını bir tecrübe olarak görür (Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, Hsieh, Dejitterat, 2005). Öz şefkate sahip olan kişiler sorunlarını, zayıflıklarını daha net görmekte ve kendilerini suçlayıp cezalandırmak yerine, anlayış göstermekte ve daha duyarlı olmaktadırlar. Dolayısıyla öz şefkat kişinin olumsuz deneyimlere karşı dik durmasını ve hayat kötü gittiğinde kendisine karşı olumlu duygular geliştirmesini sağlamaktadır (Leary, Adams, Allen, Hancock, 2007).

Öz şefkat, kişinin olumsuz olaylar karşısında kendi kendini yatıştırabilmesi, kendi kendine yetebilmesi ve o durumda ihtiyaç olarak hissettiği kabul ve anlayışı kendisine gösterebilmesi açısından uyumlu bir başa çıkma stratejisidir. Kişi kendisiyle ilişki kurarken olumsuz duygularının üstesinden daha ılımlı bir şekilde gelebilir (Finlay, Jones ve ark., 2015). Deniz, Arslan, Özyeşil, İzmirli'nin (2012) yaptıkları araştırmada 249 üniversite öğrencisinin öz şefkat ile olumlu duygu ve yaşam doyumu arasındaki

ilişkiye bakılmıştır. Öz şefkat ile olumlu duygu arasında pozitif ilişki, öz şefkat ile olumsuz duygu arasındaki ilişkinin negatif olduğu bulunmuştur. Kişi duygu düzenlemeyi kendisini rahatsız eden olumsuz duygular üzerinde yapmaya çalışmaktadır. Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü yaşanmadığında olumsuz duygular daha az hissedilmektedir. Öz şefkat ile olumsuz duygular arasında negatif bir ilişki çıktığına göre, duygu düzenleme ile öz şefkat arasında da negatif bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır. Buna göre öz şefkat düzeyi arttıkça duygu düzenleme güçlüğü azalmaktadır.

Öz şefkat, olumsuz yaşam olayları sonucunda kişinin ortaya çıkan tehditlere karşı kendisine daha duyarlı ve yargısız bir biçimde yaklaşmasını sağlamaktadır. Yeme bozukluklarında da birtakım tehditler vardır. Dolayısıyla öz şefkat yeme bozukluklarını gelişiminde koruyucu bir rol oynayabilir. Yeme bozukluklarında olası tehditlerden biri, kişinin yeterlilik duygusuyla geliştirilen zayıflık ile ilgili toplumdan ve medyadan gelen baskılardır. Bu noktada öz şefkat yeme bozukluklarının gelişiminde koruyucu bir rol oynayabilir. Yüksek öz şefkate sahip olan kişiler, görünümleri ile ilgili kendilerini yargılamazlar ve zarar verici davranışları daha az gösterebilirler (Korkmaz, 2018). Bununla ilgili olarak, öz şefkati yüksek olan kişiler, Tylka ve arkadaşlarına göre (2015), ideal beden imgesine yönelik gösterilen görüntüleri zayıflık baskısı yaratan görüntüler olarak yorumlamazlar, bunları tehdit olarak algılamazlar ve kendilerini de yargılamazlar. Bununla ilgili olarak, kişinin diğerleriyle bedeninin görünümünü karşılaştırması, kendi değerini de görünümü üzerinden algılaması gibi bedenle ilgili tehditler ile bedenine yönelik memnuniyeti arasındaki ilişkide öz şefkatin düzenleyici bir rolünün olduğu bulunmuştur. Öz şefkatin yüksek olduğu durumlarda bu ilişki anlamsızdır fakat öz şefkatin düşük olması bu ilişkinin güçlü olmasına neden olmaktadır (Homan, Tylka 2015). Yüksek öz şefkate sahip olan kadınlar, bedenlerine yönelik daha rahat hissettiklerini ve fiziklerinin değerlendirilmesine yönelik kaygılarının daha az olduğunu bildirmişlerdir (Magnus, 2007).

1.3.1.Öz Şefkat İle İlgili Kuramlar

Bu bölümde öz şefkat kavramının Bilişsel Davranışçı, Hümanistik ve Psikanalitik kuramlar bakımından incelenmesi hedeflenmiştir.

1.3.1.1.Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel kuramdaki yeni yaklaşımlar öz şefkati teşvik etmektedir. Bu yaklaşımlar, Geştalt iki sandalye tekniği gibi danışanın uyumsuz ve kendini eleştirici bilişsel aktiviteyle başa çıkmasına ve daha az kendine karşı eleştirel olmasına, daha fazla öz şefkatli olmasına yardımcı olmayı vurgulamaktadır (Safran, 1998). Danışanlar kendilerinin olumsuz olarak değerlendirmeyi bırakıp, kendilerini kabul etmeye başlarlar (Greenberg, Rice ve Elliott, 1993). Birçok bilişsel klinisyen, tedavi kavramsallaştırmalarına farkındalıkla ilişkili kavramları müdahaleleriyle birleştirmektedir. Linehan (1993) farkındalığı, borderline kişilik bozukluğuna sahip hastaların tedavisi için tasarladığı diyalektik davranış terapisine dahil ederek, danışanların kabul kapasitelerinin artmasını amaçlamıştır (Robins, 2002). Hayes'in (2002a, 2002b) öz şefkat bileşenlerini içeren kabul ve sorumluluk terapisi, ortak insanlık bilinci doğrultusunda temel felsefesi ''acı insan olmanın bir parçasıdır ve bütün insanlar acı çeker.'' şeklindedir. Bu terapi, farkındalığı geliştirmek için bilişsel süreçleri etiketleme gibi birçok uygulama ve teknik kullanmaktadır ve bu teknikler bireylerin sıkıntı veren ve kaçmaya neden olan bilişlerden uygun bir şekilde ayrılmasını kolaylaştırmayı sağlamaktadır.

Geleneksel bilişsel müdahalelerle öz şefkat kavramı ile ilişkili olan farkındalık temelli müdahaleler arasındaki temel fark, farkındalık uygulamaları, düşünceler akılcı veya çarpıtılmış olarak değerlendirilmemekte veya irrasyonel olduğu düşünülen düşünceleri değiştirmek için bir çaba içermemektedir. Bunun yerine düşüncelerini gözlemlemeleri, geçici olduklarını fark etmeleri ve bu düşünceleri yargılamaktan kaçınmaları öğretilir (Baer, 2003). Düşünce veya bilişlerin geçici olduğu üzerine odaklanılır (Kirkpatrick, 2005).

1.3.1.2.Hümanistik Kuram

Rogers (1961)'ın öne sürdüğü koşulsuz olumlu kabulün öz şefkatin yapısı ile uyumlu olduğu görünmektedir. Koşulsuz olumlu kabul, kişinin kendisinde hoşlanmadığı yönleri bile zamanla bir parçası olarak kabul etmesini, önemsemesini ve kendisini dinlemesini sağlar. Bu kavram, kendine karşı koşulsuz şefkatli bir duruş benimsemeyi ifade etmekte ve öz nezaket gibi kendisi hakkında koşulsuz olarak olumlu değerlendirmeler yapmayı gerektirmez, kendine karşı daha az savunmacı ve açık bir

tutum benimsemeyi gerektirmektedir (akt: Kirkpatrick, 2005). Ellis'in akılcı duygusal davranışçı terapisi öz şefkatle ilişkili olan bireylerin sınırlılıklarını affetmesini vurgular (Grossack, 1974; akt: Kirkpatrick, 2005). Ellis'e (1973) göre öz şefkat kişinin koşulsuz kendini kabul durumuna ulaşmasına yardımcı olmakta ve koşulsuz kendini kabul, kişinin değerinin değerlendirilmemesi, zayıflıklarının kabul edilmesi ve affedilmesi gerektiği inancını içermektedir (akt: Öveç, 2007).

Geştalt kuramı özellikle farkındalık bileşeniyle olmak üzere öz şefkat kavramıyla ilişkilidir. Perls istenmeyen duygulara tahammül edebilme yeteneğinin akıl sağlığı için gerekli olduğunu, aksine duyguların aşırı kontrolü ve duygulardan kaçınmanın işlevsizliğin en önemli sebebi olduğunu iddia eder (Greenberg, Korman ve Paivio, 2001). Geştalt kuramının şekil ve zemin kavramları da öz şefkat ile ilişkilidir (Perls, Hefferline, ve Goodman, 1951). Bu şekil zemin kavramı Martin (1997) tarafından farkındalığı tanımlamak için kullanılmıştır. Dolayısıyla da her ikisinde de farkındalık önemlidir. Maslow (1968) 'a göre psikolojik rahatsızlıkların altında duygu, dürtü, yeterlilik, potansiyel gibi kişinin kendine yönelik bilgilerinden korkması vardır. Bundan dolayı bireyin psikolojik sağlığı ve gelişimi için sıkıntılarını ve başarısızlıklarını kabul etmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır (akt: Öveç, 2007).

1.3.1.3.Psikanalitik Kuram

Winnicot (1953;1971)' ın gizil boşluk kavramı, öz şefkatin özellikle farkındalık bileşeniyle ilişkili olduğu görünmektedir. Gizil boşluk terimi Winnicot'ın fantezi ve gerçeklik arasında yatan ortak bir deneyim alanını anlatmak için kullandığı bir terimdir (Ogden, 1990, s. 90). Bu kavram ilk obje gelişiminin bebeğin kendisini annesinden ayrı bir birey olarak görmesi olduğu fikrinden kaynaklanmaktadır. Başlangıçta bebek tüm dünyayı kapsayan ve kendine yeterli olan bir fantezide yaşamaktadır. Daha sonra çocuklukta farkındalık oluşmaya başlar. Çünkü ihtiyaçları tamamen karşılanmamaktadır ve burası ''ben'' in sona erdiği ''ben değil'' in başladığı yerdir. Gizil alan ''ben'' ve ''ben değil'' arasında yer alır ve çelişkili bir biçimde her ikisini de içermekle birlikte bireyin ne içindedir ne de dışındadır. Var olmayan ve henüz oluşmakta olan bu alan anne ile çocuğu hem birleştirmekte hem de ayırmaktadır. Çocuk bir annesi olduğunu fark etmeye başlamasıyla kendisini ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar. Aynı zamanda büyüdükçe ve olgunlaştıkça kendi gizil alanını yaratmaya başlar (Ogden,

1990). Çocuk ‘’ben’’ ve ‘’ben değil’’ i algıladığı zaman öz şefkat ortaya çıkar. Çünkü öz şefkatin bileşenleri olan öz nezaket, paylaşımların bilincinde olma, farkındalık bileşenleri objektif bakış açısıyla kendini görmeyi gerektirir. Benlik ve diğerini birbirine bağlayan gizil alan, hem bilinçli farkındalığı hem de ortak insanlara dair paylaşımların farkında olmaya dair bir farkındalığı çağrıştırır (Kirkpatrick, 2005).

1.4.Duygu Düzenleme

Gross (1998) tarafından benimsenen duygu düzenleme kavramı, bireylerin duygusal deneyimlerini, ifadelerini ve fizyolojilerini çevresel taleplere cevap vermek için duygusal durumları ortaya çıkaran durumları değiştirmek için stratejiler uyguladıkları bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Gross'a göre, duygu düzenleme duygusal tepkilerdeki değişiklikleri içermektedir ve insanların duyguları ortaya çıktığı zaman, nasıl deneyimledikleri ve bu duyguları nasıl ifade ettiklerini belirleyen bir süreçtir.

Thompson (1994) duygu düzenlemeyi, "Kişinin hedeflerine ulaşması için duygusal tepkilerini; özellikle onların yoğun ve geçici özelliklerini izlemeden, değerlendirmeden ve değişimlemeden sorumlu dışsal ve içsel süreçler" olarak tanımlamaktadır (s. 27-28). Calkins'e (2010) göre duygu düzenleme, duygusal deneyimleri ve ifadeleri azaltmak, arttırmak ve engellemek için yapılan bilinçli ya da bilinçdışı, amaçlı ya da amaçsız yapılan davranışlar, beceriler ve stratejilerdir.

Duygu düzenleme, kişinin rahatsız olduğu ve istenmeyen seviyede bir duygu yoğunluğu yaşadığı zaman bu duyguyu rahatsız olmayacağı bir seviyeye getirmeye çalışmasıdır. Bu duyguyu istenilen seviyeye getirebilmek için duygu yoğunluğunu arttırabilir, duygunun etkisini azaltabilir veya duygunun devam etmesini sağlayabilir. Böylece duygular kontrol edilebilir ve kişi bu duygularıyla baş edebilir (Leahy, Tirch ve Napolitano, 2011).

Dolayısıyla duygu düzenleme, kişilerin çevresel taleplere uygun bir şekilde yanıt vermeleri için deneyimledikleri duyguları bilinçli veya bilinçsiz olarak ya da otomatik veya kontrollü olarak düzenledikleri bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır (Gross, 2001; Gross ve Thompson, 2007; Gross, 1998; Gratz, Roemer, 2004; Gross, Munoz,

1995; Thompson, 1994). Gross ve Thompson (2007) problemli bir durumla baş etmek için duygu düzenleme stratejilerinin önemli olduğunu vurgulamaktadırlar.

Gross (1998), duygu düzenlemede birtakım süreçlerin olduğunu ve hangi tür strateji kullanıldığı ile ilgili bir model ortaya koymuştur. Gross (1998, 2001)'un duygu düzenleme süreci modeline göre en geniş çerçevede, öncül odaklı ve tepki odaklı stratejiler olmak üzere iki tür duygu düzenleme stratejisi kullanılmaktadır. Duygu düzenleme stratejileri, duygusal tepkinin duygu ortaya çıkmadan önce veya sonradan ortaya çıkmasına bağlı olarak farklılaşmaktadır.

1) Öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri: Bu stratejiler duygusal tepki eğilimleri harekete geçmeden önce davranışların ve çevresel fizyolojik tepkilerin değiştirilmesidir (Gross, 2001). Duygusal tepki ortaya çıkmadan önce kullanılması, ortaya çıkacak olan duygu üzerinde kontrol sağlamaktadır. Bu stratejiye örnek olarak, iş görüşmesine giden kişinin görüşmeyi başarısızlık olarak görmesinden ziyade daha fazla şey öğrenebileceği bir fırsat olarak görmesi (Gross, 2002) ya da kişinin evde yüksek kalorili yiyecek bulundurmayarak, bu yiyeceğe ulaşamadığında ulaştığı zaman yaşayacağı olumsuz duyguyu önlemesi verilebilir (Leahy ve ark., 2011).
2) Tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri: Bu stratejiler, duygusal tepkiler ortaya çıktığında kullanılmaktadır (Gross, 2001). Duygunun ortaya çıkmasıyla birlikte o duyguyla nasıl baş edilebileceğini yönelik bir tepki düzenlemesi sağlar. Bu stratejiye örnek olarak, çocuğun ilk kez anaokuluna gittiğindeayrılık yaşamasıyla bakımvereninin kaygısını göstermesi verilebilir (Gross, 2002).

Öncül odaklı stratejiler, duygusal tepki harekete geçtiği sırada veya öncesinde uygulandığı için tepki odaklı stratejilerden daha etkili olduğu düşünülmektedir (Goldin, McRae, Ramel, Gross, 2008; Gross, 1998a; Richards, Gross, 2000). Bu stratejiler arasındaki zamanlama farkı iki tür strateji için farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu yüzden Gross ve meslektaşları, duyguları aşağı doğru düzenlemede kullanılan yeniden değerlendirme ve bastırma stratejisi olarak iki stratejiye odaklanmıştır (Gross, 2001).

Yeniden değerlendirme stratejisi, duygusal tepki eğilimleri tamamen ortaya çıkmadan önce duygu üretme sürecinin başlarında ortaya çıktığı için öncül odaklı stratejidir. Bu strateji bilişsel bir nitelik taşımakta, kişinin duygu çıkartan durumu

yeniden gözden geçirmesi veya bilişsel olarak yeniden değerlendirmesiyle birlikte bilişsel olarak etkisiz hale getirmeyi içermekte ve dolayısıyla sonraki duygu yörüngesini etkili bir şekilde değiştirebilir. Olumsuz duyguları düzenlemek için kullanıldığı zaman, yeniden değerlendirme olumsuz duygunun davranışsal bileşenlerini azaltmaktadır. Birey duygu çıkartan durumu duygusal etkisini azaltacak şekilde bilişsel olarak yeniden değerlendirir.

Bastırma stratejisi, sonradan ortaya çıktığı ve kişinin duygusal süreçlerini engellemesi şeklinde gerçekleştiği için tepki odaklı stratejidir. Duygusal tepki eğilimlerinin davranışsal yönünü değiştirmekte ve duygusal tepkinin ortaya çıkmasıyla birlikte oluşan duygunun davranışsal ifadesini azaltmada etkili olmaktadır. Ancak bu strateji deneyimlenen duyguyu tamamen değiştirmemektedir (Gross, 2001; Gross ve John, 2003). Bastırma stratejisi, olumsuz duyguyu azaltmanın yanısıra olumlu duyguyu da azaltmakta; yeniden değerlendirme stratejisi, olumsuz duygu deneyimi ve ifadesini azaltmanın yanısıra olumlu duyguyu da artırmaktadır (Gross, 2002).

Gross'un (1998, 2001) öne sürdüğü süreç modelinde, duygu üretme sürecini düzenleyen bu stratejilerde beş alt süreç bulunmaktadır. Bu süreçler; durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkatin dağıtılması, bilişlerin değişmesi, tepki değişikliğidir.

1)Durumun seçimi: Kişinin duygu ortaya çıkaracak belirli kişi ya da durumlara yaklaşma veya kaçınma gibi tepkiler vermesidir.

2)Durumun değiştirilmesi: Kişinin durum seçtikten sonra, durumun duygusal etkisini düzenlemek için durumu değiştirmesidir.

3)Dikkatin dağıtılması: Kişinin duygularını düzenlemek amacıyla durumun odaklanabileceği veya kaçınabileceği yönlerini seçebilmesidir.

4)Bilişlerin değişmesi: Durumun odaklanacağı yönünü seçtikten sonra duygularını düzenlemek amacıyla sahip olduğu düşüncenin değiştirilmesidir.

Bu dört aşama, duygusal tepki ortaya çıkmadan önce kullanıldığı için öncül odaklı stratejidir.

5)Tepki değişikliği: Duygular ortaya çıktıktan sonra verilen deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerinin değiştirilmesidir. Duygusal tepki ortaya çıktıktan sonra kullanıldığı için tepki odaklı stratejidir.

Durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkatin dağıtılması, bilişlerin değişmesi öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri; tepki değişikliği ise tepki odaklı duygu düzenleme stratejisidir (Gross, 2001).

Gratz ve Roemer (2004)'e göre duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkilerle ilgili farkındalık eksikliği, duygusal tepkileri anlama ve kabul etmede yetersizlik yaşanması, olumsuz duygu deneyimlenirken dürtü kontrolü ve amaç odaklı davranışlarda bulunma ile ilgili güçlük yaşama, işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma yetersizliği olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan herhangi birinin veya birden fazlasının eksik olması duygu düzenleme güçlüğünün yaşandığının göstergesidir (Gratz ve Roemer, 2004).

İnsanların içsel veya dışsal kaynaklı olarak duygularını tetikleyen birçok uyaranla karşılaşmalarına rağmen nadir olarak duygularının tamamen tetiklenmesi duygularını düzenlediklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Gross ve Munoz, 1995). Ancak duygu düzenleme her zaman uyumlu bir şekilde gerçekleştirilemez. Olumsuz duygunun azaltılması gibi duygusal tepkilerin hedeflenen ve istenen şekilde değiştirilemediğinde veya sosyal olarak işlevselliğin azalması gibi uzun vadede yaşanan sorunların, anlık rahatlama veya kaygının geçici bir şekilde azalması gibi kısa vadede sağladığı yararlardan fazla olduğu zaman duygu düzenleme uyumsuz bir şekilde gerçekleşmektedir (Werner ve Gross, 2010).

Leahy ve arkadaşlarına göre (2011) duygu düzenleme güçlüğü, deneyimlerle başa çıkmada veya duyguları işlemede güçlük ya da yetersizlik yaşanmasıdır. Duygu düzenlemede güçlük, kişiyi etkileyen olay karşısında vereceği duygusal tepkiyi düzenlemesinde ve denetlemesinde eksikliğin olmasıdır. Gross'a (1998) göre, duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler fizyolojik sorunlara ek olarak sosyal hayatta da problemler yaşamaktadırlar. Bu güçlüğü yaşayan bireyler çeşitli uyarıcılara abartılı şekilde tepki verebilmekte, öfke patlamaları yaşayabilmekte, ağlayabilmekte, pasif-agresif davranışlarda bulunabilmektedir (Cole, Michel, Teti, 1994). Duygu düzenleme

güçlüğü yaşayan bireyler, sosyal durumlar karşısında uygun duygusal tepki ortaya koyamadıkları için sosyal ilişkilerde zorluk yaşamaktadırlar (Simpson, Collins, Tran ve Haydon, 2007).

İnsanlar duygularını düzenleyemedikleri zaman ruhsal işleyişte ciddi bozulmalara neden olabilir. Duygu düzenleme güçlüğü bir dizi psikopatolojinin altında yatmakta (Gross, Munoz, 1995; Bradley, 2000; Kring, Werner, 2004) ve psikososyal işlevselliği önemli bir şekilde etkilemektedir (Gross, Munoz, 1995). Duygu düzenleme ile ilgili güçlükler borderline kişilik bozukluğu (Linehan, 1993; Lynch, Trost, Salsman, Linehan, 2007), depresyon (Nolen-Hoeksema, Wisco, Lyubomirsky, 2008; Rottenberg, Gross, Gotlib, 2005), bipolar bozukluk (Johnson, 2005), yaygın anksiyete bozukluğu (Mennin, McLaughlin, Farach, 2007), sosyal anksiyete bozukluğu (Kashdan, Breen, 2008), yeme bozukluğu (Bydlowski ve ark., 2005; Clyne, Blampied, 2004; Fairburn ve ark., 1995; McCarthy, 1990; Polivy, Herman, 2002), alkol (Sher, Grekin, 2007; Tice ve ark., 2001) ve madde (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, Sinha, 2007; Linehan ve ark., 2002; Sher, Grekin, 2007; Tice ve ark., 2001) ile ilişkili bozukluklar gibi ruhsal bozukluklar (Berenbaum ve ark., 2003; Greenberg, 2002; Kring, Bachorowski, 1999; Mennin ve ark., 2007) ve psikopatolojilerle ilişkilidir.

Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler, yeme bozukluğu (Fairburn ve ark., 1995; McCarthy, 1990; Polivy, Herman, 2002) ve alkol kötüye kullanımında (Sher, Grekin, 2007; Tice, Bratslavsky, Baumeister, 2001), duygularından kaçmak için yiyecek veya alkole başvurup yemek ve alkolle ilişkili tanı konulabilir problemlerin ortaya çıkmasında risk oluşturmaktadır, tanı konulabilir depresyon veya anksiyeteye dönüşebilecek daha uzun ve daha ciddi sıkıntı dönemleri yaşamaktadırlar (Mennin ve ark., 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco, Lyubomirsky, 2008).

Yeme bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü önemli bir rol oynamaktadır. Gıda alımının sınırlandırılmasıyla yeme bozukluğunun gelişimi, uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin yokluğunda duygu düzenleme işlevi gördüğü öne sürülmektedir (Wolz, Fagundo, Treasure, Fernandez-Aranda, 2015). Yeme bozukluğu hastaları uyumlu duygu düzenleme stratejileri kullanmada başarısızdırlar ve duyguyu düzenlemeye çalışırken işlevsel olmayan yollar tercih ettikleri düşünülmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010). Engellenmiş ve bastırılmış duygular yeme ile ilişkili

duygular ve davranışlara dönüşür. Kilo alma korkusu, sinirlilik, depresyon ve anksiyete gibi duygular; sosyal geri çekilme, tıkınırcasına yeme ve kusma gibi davranışsal tepkiler ortaya çıkar (Cole, Hall, 2001).

Duyguların yeme tutumları üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, açlığın korku ya da üzüntü hissederken değil öfke ve neşe hissederken arttığını, korku ve üzüntüden ziyade öfkenin dürtüsel ve duyusal yeme üzerinde daha etkili olduğunu, neşenin dürtüsel ve duyusal yeme üzerinde en az etkili olan ama hedonik yeme üzerinde en çok etkili olan duygu olduğu bulunmuştur (Macht, 1999). Olumlu duygular sağlıklı besin tüketme eğilimini artırırken olumsuz duygular abur cubur tüketimini artırma eğilimindedir (Lyman, 1982). Örneğin bir araştırma, kadınlarda olumsuz duygu durumunun tıkınırcasına yeme epizodundan önce geldiğini, olumsuz duygu yaşadıkları zaman duygu düzenleme çabası olarak tıkınırcasına yediklerini göstermiştir (Haedt-Matt, Keel, 2011). Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger, Crosby (2003) tıkınırcasına yeme epizotları sırasındaki duygu değişimlerini incelemiştir. Tıkınırcasına yeme epizotlarından önce oluşan olumsuz duygular tıkınırcasına yeme epizotu sırasında azalmıştır. Fakat tıkınırcasına yeme epizotu sonrasında oluşan olumsuz duygunun yoğunluğu öncesine kıyasla daha çok artmıştır. İnsanlar yoğun olumsuz duygular hissettikleri zaman tıkınırcasına yemeye eğilimliydi, ancak düzenli yemekler sırasında duygulanım normal olarak değerlendirildi. Bu yüzden yeme, olumsuz duygudan geçici rahatlama sağlayan olumsuz pekiştireç işlevi görmektedir (Deaver ve ark., 2003).

Olumsuz duygular ve onları uyumsuz bir şekilde düzenleme anoreksiya nevroza (Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2009; Davies, Swan, Schmidt, Tchanturia, 2012), bulimiya nevroza (Lavender, Wonderlich, Engel, Gordon, Kaye, Mitchell, 2015), tıkınırcasına yemeye (Vanderlinden, Dalle Grave, Fernandez, Vandereycken, Pieters, Noorduin, 2004; Brockmeyer, Hartmann, Skunde, Herzog, Friederich, 2014) katkı sağlayan faktörlerdir.

Tıkınırcasına yeme, kilo ve şeklin aşırı değerlendirilmesi, besin kısıtlamaları ve duygu düzenleme güçlüklerinin türleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüklerinin tıkınırcasına yeme, besin kısıtlamaları ve kilo ve şeklin aşırı değerlendirilmesine neden olduğunu ortaya koymuştur. Duygu düzenleme stratejileri bakımından, tıkınırcasına yiyenler, duygusal durumları

anlamlandırma ve tanımada güçlük, etkili ve işlevsel duygu düzenleme stratejilerine erişmekte yetersizlik yaşamaktadırlar (Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo, Larimer, 2007).

Kısıtlayıcı yeme gibi anoreksik semptomlar duyguları deneyimlemekten kaçınma olarak kavramsallaştırılmıştır (Wildes ve Marcus, 2011). Araştırmalar, kısıtlayıcı yemenin kadınlarda olumsuz duyguları uyuşturmayı (Harrison ve ark., 2009), duygu durumunu deneyimleme ve ifade etmekten kaçınmayı (Wildes ve Marcus, 2011) ya da anksiyeteyi yatıştırmayı (Strober, 2004) sağladığını göstermektedir.

Güçlü duyguların ortaya çıkmasına neden olan istismar yaşantısı gibi deneyimler kişilerin duygu düzenleme kapasitesini zorlamaktadır (Burns, Jackson, Harding, 2010). Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar yaşantısı olan kadınlarda duyguyu kabul etmede yetersizlik ve deneyimsel kaçınmanın arttığı ortaya koyulmuştur (Gratz, Bornovalova, Delany-Brumsey, Nick, and Lejuez, 2007). Çocukluk çağı travması olan yetişkinlerin duygu düzenleme becerilerini inceleyen bir çalışmada, travma yaşantısı olan kadınların travma yaşantısı olmayan kadınlara kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları bulunmuştur (Burns ve ark., 2010). Duygu düzenleme güçlüğünün duygusal istismar ile yetişkinlik dönemindeki psikopatoloji arasında aracı rolü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova, Lejuez, 2008). Çocukluk dönemindeki duygusal istismar etkili duygu düzenleme becerileri geliştirmelerine engel olabilir ve kaçınma gibi daha fazla uyumsuz duygu düzenleme stratejisi kullanımına neden olabilir (Soenke, Hahn, Tull, Gratz, 2010).

Yeme bozukluğunun özelliklerinden biri de duygu düzenleme güçlüğünün yaşanmasıdır (Svaldi ve ark, 2012). Haynos ve Fruzzetti'ye (2011) göre yeme bozukluğu olan bireyler duygu düzenleme eksikliği göstermektedirler ve olumsuz duygusal durumlarla etkili bir şekilde baş etme becerilerinden yoksundurlar. Svaldi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, yeme bozukluğu olan kişilerin, sağlıklı gruba kıyasla, daha yüksek düzeyde duygu yoğunluğu, duyguların daha az kabul edilmesi, daha az duygusal farkındalık ve açıklık, daha fazla duygu düzenleme problemlerinin ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının arttığını bulmuşlardır. Yeme bozukluğu tanısı alan bireyler, kontrol grubuna kıyasla daha fazla duygu düzenleme zorlukları yaşadıklarını bildirmişlerdir.

1.5.Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmalarda, öz şefkat ile duygu düzenleme arasında ilişki olduğu (Barrow, 2007; Aktaş, 2017; Deniz, Arslan, Özyeşil, İzmirli, 2012), yeme bozukluğu ile öz şefkat arasında ilişki olduğu (Kelly, Carter, Borairi, 2013; Adams, Leary, 2007; Breines, Toole, Tu, Chen, 2014; Ferreira, Pinto-Gouveia, Duarte, 2013; Taylor, Daiss, Krietsch, 2015), duygu düzenleme ile yeme bozukluğu arasında ilişki olduğu (Haynos ve Fruzzetti, 2011; Svaldi ve ark., 2012), öz şefkat ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu (Vettese ve ark., 2011; Reffi ve ark., 2018), yeme bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu (Kong, Bernstein, 2009; Racine, Wildes, 2014; Feldman, Meyer, 2007) görülmüştür.

Bu çalışmanın temel amacı ise, yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide öz şefkat ve duygu düzenlemenin aracı rolünün incelenmesi ve yeme tutumlarını çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları ve öz şefkat alt boyutlarının yordayıp yordamadığı çalışmanın diğer amacıdır.

Araştırmada aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır:

1) Çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasında duygu düzenleme güçlüğü ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü var mıdır?

2) Çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasında öz şefkatin ve öz şefkat alt boyutlarının aracı rolü var mıdır?

3) Yeme tutumları, öz şefkat alt boyutları, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları ve çocukluk çağı travmaları bakımından anlamlı düzeyde yordanmakta mıdır?

1.6.Araştırmanın Önemi

Günümüzde öz şefkat birtakım terapilerin önemli bir parçası olmuştur. Bilişsel davranışçı terapilerin üçüncü dalgası olan; Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT, Hayes, Strosahl, Wilson, 1999), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT, Segal, Williams, Teasdale, 2002), Diyalektik Davranış Terapisi (DBT, Linehan, 1993) ve Şefkat Odaklı Terapi (CFT, Gilbert, 2005, 2010) gibi terapiler, terapötik süreçte olumlu duyguya daha

fazla önem vermektedir. Bu terapiler genel olarak, kişinin kendisine olan şefkatli tutumu geliştirmeyi, bu şefkatli tutum ile duygusal sıkıntıyı ve psikolojik rahatsızlığı hafifletme, iyi oluşu artırma üzerine odaklanmışlardır (Hofmann, Sawyer, Witt, Oh, 2010; Keng, Smoski, Robins, 2011; Öst, 2008).

Görüldüğü gibi, öz şefkat ve ruhsal sağlık arasındaki ilişki gittikçe önem kazanmakta ve araştırmalar öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğünün birçok psikopatolojide önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Aynı zamanda yapılan araştırmalar, travma öyküsü ve yeme bozukluğuna sahip kişilerin ruhsal sağlıklarıyla ilişkili olan düşük düzeyde öz şefkate ve yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlükleri yaşadıklarını ortaya koymuştur. Mevcut çalışmanın da konusu olan çocukluk çağı travmalarının ve yeme bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesinde öz şefkat ve duygu düzenlemenin koruyucu rolü olduğu birçok çalışma ile desteklenmiştir. Dolayısıyla öz şefkatin yükseltilmesinin ve duygu düzenlemenin geliştirilmesinin, çocukluk çağı travmaları üzerinde ve yeme bozukluğu hastalarının terapötik müdahalelerindeki değişim üzerinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Ancak ulaşılabilen literatür incelendiğinde, yeme tutumları, çocukluk çağı travmaları, öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenlerinin hepsinin bir arada değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla mevcut çalışmanın literatüre bu anlamda katkısı olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, işlemi ve verilerin analizi hakkında bilgi verilmiştir.

2.1.Araştırma Modeli

Bu araştırma ilişkisel tarama modeline dayanmaktadır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır (Karasar, 1999).

2.2.Çalışma Grubu

Araştırmanın örneklemini, 2019 yılı içerisinde araştırmaya katılım konusunda gönüllü 18-40 yaş arası toplam 504 kişi oluşturmaktadır.

Örneklem grubu incelendiğinde katılımcıların 345'i (%68.5) kadın ve 159'u (%31.5) erkektir. Katılımcıların yaşları 18 ile 40 yaş aralığında değişmektedir ($Xort$ = 23.22 ss = 3.96). Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığı zaman 422'sinin (%83.7) lisans düzeyinde ve 82'sinin (16.3) yüksek lisans ve doktora düzeyinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumları incelendiği zaman 44'ü (%8.7) evli olduğunu, 460'ı (%91.3) bekar olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sosyo-ekonomik durumu incelendiği zaman 68'i (%13.5) orta alt, 294'ü (%58.3) orta, 142'si (%28.2) orta üst olduğu görülmektedir. Katılımcıların 303'ü (%60.1) evde ailesi ile, 74'ü (%14.7) evde arkadaşları ile, 74'ü (%14.7) yurtta, 53'ü (%10.5) yalnız yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların 24'ünün (%4.8) kendini çok kilolu kabul ettiği, 146'sının (%29) kilolu kabul ettiği, 283'ünün (%56.2) normal kabul ettiği, 51'inin (%10.1) zayıf kabul ettiği görülmektedir. Katılımcıların kilo memnuniyetleri incelendiği zaman 38'inin (%7.5) kilosundan çok memnun olduğu, 223'ünün (%44.2) memnun olduğu, 195'inin (%38.7) memnun olmadığı, 48'inin (%9.5) hiç memnun olmadığı görülmektedir. Katılımcıların diyet yapma sıklıkları incelendiği zaman 66'sı (%13.1) çoğunlukla yaptığını, 202'si (%40.1) bazen yaptığı, 236'sı (%46.8) hiçbir zaman yapmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 236'sının (%46.8) kilolarını korumak için çaba

harcadığı, 268'inin (%53.2) çaba harcamadığı görülmektedir. Katılımcıların psikolojik ya da psikiyatrik bir rahatsızlığı olup olmadığı incelendiği zaman 44'ü (%8.7) olduğunu, 460'ı (%91.3) ise herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 152'si (%30.2) daha önce bir psikolog ya da bir psikiyatristten yardım aldığı, 352'sinin (%69.8) yardım almadığı görülmektedir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sıklık ve yüzdelik değerler Tablo 1'de verilmiştir.

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	345	%68.5
Erkek	149	%31.5
Eğitim Düzeyi		
Lisans	422	%83.7
Yüksek Lisans/Doktora	82	%16.3
Medeni Durum		
Evli	44	%8.7
Bekar	460	%91.3
Sosyo-ekonomik Düzey		
Orta Alt	68	%13.5
Orta	294	%58.3
Orta Üst	142	%28.2
Kim ile yaşadığı		
Evde aile ile	303	%60.1
Evde arkadaş ile	74	%14.7
Yurtta	74	%14.7
Yalnız	53	%10.5
Kendini nasıl kabul ettiği		
Çok kilolu	24	%4.8
Kilolu	146	%29
Normal	283	%56.2
Zayıf	51	%10.1
Kilo memnuniyeti		
Çok memnun	38	%7.5
Memnun	223	%44.2
Memnun değil	195	%38.7
Hiç memnun değil	48	%9.5
Diyet yapma sıklığı		
Çoğunlukla	66	%13.1
Bazen	202	%40.1
Hiçbir zaman	236	%46.8
Kilo korumak için çaba harcama		
Evet	236	%46.8
Hayır	268	%53.2
Psikolojik rahatsızlık		
Var	44	%8.7
Yok	460	%91.3
Psikolojik yardım		
Evet	152	%30.2
Hayır	352	%69.8
Toplam	504	100

Tablo1. ***Katılımcılara Ait Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri***

	Maksimum	Minimum	Ortalama	Standart Hata
Kilo (kg)	140	37	66.52	15.36
Boy (cm)	195	2	166.47	22.47
BKİ	45.80	14.80	23.00	4.25

Tablo 2. ***Katılımcıların Boy ve Kilolarına İlişkin Bulgular***

Katılımcıların ortalama kilosu 66.52 kg, ortalama boyu 166.47 cm ve ortalama beden kitle indeksi 23 olarak bulunmuştur. Katılımcıların beden kitle indeksleri incelendiği zaman 57'sinin (%11.3) zayıf olduğu, 314'ünün (%62.3) normal kiloda olduğu, 105'inin (%20.8) fazla kilolu olduğunu, 28'inin (%5.6) obez olduğu görülmektedir.

2.3.Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama amacı ile katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Öz Duyarlık Ölçeği, Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği uygulanmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılara ilişkin demografik bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyo-ekonomik düzeyi, nerde ve kimle yaşadığı, boy, kilo, kendini nasıl kabul ettiği, kilo memnuniyeti, diyet yapma sıklığı, kilo korumak için çaba gösterip göstermediği, herhangi bir psikolojik ya da psikiyatrik bir rahatsızlığı sahip olup olmadıkları, daha önce bir psikoloğa veya psikiyatriste gidip gitmedikleri sorgulanmıştır.

2.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin düzeyini değerlendirmek amacıyla 2004' de Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir.1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında puanlanan 5'li Likert tipi bir ölçek olan bu ölçüm aracı toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Kesme puanı belirlenmemiş ve

ölçekten alınan yüksek puan duygu düzenleme güçlüğündeki artışa işaret etmektedir. Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması ‘’Farkındalık’’ (madde 2*,1,6*,8*,10*,17*,34*), duygusal tepkilerin anlaşılmaması ‘’Açıklık’’ (madde 1*,4,5,7*,9), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ‘’Kabul etmeme’’ (madde 11,12,21,23,25,29), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ‘’Stratejiler’’ (madde 15,16,22*,28,30,31,35,36), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama ‘’Dürtü’’ (madde 3,14,19,24*,27,32), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama ‘’Amaçlar’’ (madde 13,18,20*,26,33) olmak üzere toplam 6 alt boyutu kapsamaktadır. Ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmalarında iç tutarlılık kat sayısı α = .93, duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının ise α = .88 - .89 arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenirliği ise α = .88 olarak bulunmuştur (Gratz ve Roemer, 2004). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Rugancı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayılarının ise .75-.90 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .83 ve Guttman yarıya bölme güvenirlik katsayısı .95 olarak bulunmuştur (Rugancı, 2008).

Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan ve alt boyutlarının güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizi sonucunda ölçeğin toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayısı .86, alt boyutların iç tutarlılık katsayıları; farkındalık alt ölçeği için .74, kabul etmeme alt ölçeği için .86, stratejiler alt ölçeği için .79, dürtü alt ölçeği için .65, amaçlar alt ölçeği için .62 olarak hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizinde açıklık alt boyutu katsayısının .60’tan küçük bulunması nedeniyle söz konusu alt boyut analize dahil edilmemiştir.

2.3.3. Öz Duyarlık Ölçeği

Öz şefkati ölçmek amacıyla Neff (2003b) tarafından geliştirilen Öz Duyarlık Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, 26 madde ve öz sevecenlik (madde 2,13,6,21,17), öz yargılama (madde 4,7,20,15,26), paylaşım bilincinde olma (madde 8,1,12,22), izolasyon (madde 5,11,25,19), farkındalık (madde 23,14,18,9) ve aşırı özdeşleşmeyi (madde 3,16,10,24) içeren 6 alt ölçekten oluşmaktadır. 1 (Neredeyse hiçbir zaman) ile 5

(Neredeyse her zaman) arasında puanlanan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Olumsuz olarak ifade edilen alt ölçekler, toplam puan alınmadan önce ters madde olarak kodlanmıştır (Neff, 2003a; Reffi ve ark., 2018). Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek öz şefkatin olduğunu göstermektedir. Güvenirlik oranı bütün ölçek için .93 olarak bulunmuş, alt ölçeklerde öz sevecenlik .85, öz yargılama .88, paylaşımların bilincinde olma .88, izolasyon .80, farkındalık .85, aşırı özdeşleşme .88 olarak bulunmuştur (Neff, 2003b). Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Akın, Akın ve Abacı (2007) yapmıştır. Güvenirlik korelasyonu bütün ölçek için .94, alt ölçeklerde; öz sevecenlik için .94, öz yargılama için .94, paylaşımların bilincinde olma için .87, izolasyon için .89, farkındalık için .92, aşırı özdeşleşme için .94 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan ve alt boyutlarının güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizi sonucunda ölçeğin toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayısı .93, alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; öz sevecenlik alt ölçeği için .79, öz yargılama alt ölçeği için .85, paylaşımların bilincinde olma alt ölçeği için .72, izolasyon alt ölçeği için .77, farkındalık alt ölçeği için .75, aşırı özdeşleşme alt ölçeği için .80 olarak hesaplanmıştır.

2.3.4. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek Yeme Bozuklukları Değerlendirme Görüşmesinin öz bildirim şeklindeki formudur (Fairburn ve Cooper, 1993). Ölçeğin amacı, yeme bozukluklarının ölçülmesi ve tanısının koyulmasıdır. 33 sorudan oluşan bu ölçeğin yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddetini yansıtan; kısıtlama (madde 1,2,3,4,5), yeme bozukluğuyla ilgili spesifik davranışların değerlendirildiği 6 maddelik tıkınırcasına yeme, beden şekliyle ile ilgili endişeler (madde 6,8,23,10,26,27,28,11), yemeyle ilgili endişeler (madde 7,9,19,21,20) ve kiloyla ilgili endişeler (22,24,8,25,12) olmak üzere 5 alt ölçeği vardır. Alt ölçek ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmektedir ve yükselen puanlar patolojinin büyüklüğünü işaret etmektedir. Ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Düşgör, Yavuz ve Sertel Berk (2011) tarafından yapılmıştır. Bütün olarak ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93, test-tekrar test güvenirliği ise .91 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin yetişkinler üzerinde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Baktıroğlu (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin genel güvenirliği .94, test-tekrar test güvenirliği .82

olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları; kısıtlama .77, yemeyle ilgili endişeler .70, beden şekliyle ilgili endişeler .90, kiloyla ilgili endişeler .79 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan ve alt boyutlarının güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizi sonucunda ölçeğin toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayısı .93, alt boyutların iç tutarlılık katsayıları; kısıtlama alt ölçeği için .85, beden şekliyle ilgili endişeler alt ölçeği için .83, yemeyle ilgili endişeler alt ölçeği için .72, kiloyla ilgili endişeler alt ölçeği için .74 olarak hesaplanmıştır.

2.3.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Bu ölçek Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. 28 Maddeden oluşmakta ve 5'li likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Çocukluk dönemindeki fiziksel, duygusal ve cinsel olarak kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içermektedir. Duygusal istismar (madde 3,8,14,18,25), fiziksel istismar (madde 9,11,12,15,17), cinsel istismar (madde 20,21,23,24,27), duygusal ihmal (madde 5^{*},7^{*},13^{*},19^{*},28^{*}) ve fiziksel ihmal (madde 1,4,6,2^{*},26^{*}) olarak 5 alt ölçeği vardır. Ölçeğin maddeleri 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin 28 soruluk formunun Türkçe'ye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın üzeri, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın üzeri, duygusal ihmal için 12 puanın üzeri, toplam puan için ise 35 puanın üzeri kesme noktası olarak önerilmiştir. Ölçeğin hem toplam puanı hem de alt ölçek puanları kullanılabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arası değişmektedir (Bernstein ve ark.,1994). Ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şar tarafından ilk olarak 1996 yılında yapılmış olup 28 maddelik kısa formun geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Alt testlerin iç tutarlılığı incelendiği zaman katsayıları; duygusal istismar .90, fiziksel istismar .90, cinsel istismar 0.73, fiziksel ihmal .77 duygusal ihmal .85 olarak bulunmuştur (Şar ve ark., 2012).

Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan ve alt boyutlarının güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizi sonucunda ölçeğin toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayısı .62, alt boyutların iç tutarlılık katsayıları; duygusal istismar

alt ölçeği için .72, fiziksel istismar alt ölçeği için .75, cinsel istismar alt ölçeği için .81, duygusal ihmal alt ölçeği için .83 olarak hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizinde fiziksel ihmal alt boyutu katsayısının .60'tan küçük bulunması nedeniyle söz konusu alt boyut analize dahil edilmemiştir.

2.4. İşlem

Bu araştırma Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu onayı alındıktan sonra çevrimiçi anket ve kağıt kalem testi yöntemiyle ulaşılan kişilerle yapılmış olup, veri toplama işlemi 2019 yılının Nisan ve Mayıs ayında tamamlanmıştır. Araştırmanın amacını ve etik koşullarını açıklayan bilgilendirilmiş onam formunda çalışmanın gönüllülüğe dayalı olduğu, yapmak istemedikleri zaman bırakabilecekleri belirtilmiştir. Bilgilendirilmiş onam formunda; araştırmanın amacı, içten ve dürüst cevap verilmesinin önemi, verdikleri bilgilerin tamamen gizli kalacağı, mevcut araştırma dışında başka amaçlar için kullanılmayacağı bilgilerine yer verilmiştir. Ardından onay alınmıştır. Katılımcılara, bireysel değerlendirmenin yapılmayacağı ve sonuçların toplu bir şekilde değerlendirileceği belirtilmiştir. Ölçekler kişisel bilgi formu ilk sırada, diğer dört ölçek ise sırasıyla verilmiştir. Katılımcıların ölçek doldurma süresi ortalama 15-20 dakika arasında olmuştur. Katılımcılara uygun örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır.

2.5. Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmanın amacına yönelik toplanan veriler değerlendirilmiş ve araştırmada ölçülmek istenen verileri analiz etmek için "IBM SPSS Statistics 24" programı kullanılmıştır. Araştırma amacı doğrultusunda öncelikle yeme tutumu puanları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler t- testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak incelenmiştir. Değişkenlerin birbiriyle ilişkilerini incelemek için Korelasyon Analizi yapılmıştır. Değişkenlerin aracılık rolleri Basit Aracı Değişken Analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların yeme tutumlarını yordayan faktörleri incelemek için Çoklu Regresyon Analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1. Veri Analiz Planı

Analizler sonucu ortaya konulan bulgular beş ana başlık altında sunulmuştur. İlk bölümde, araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimsel istatistikler verilmiştir. İkinci bölümde, sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymak için yapılan t-testi ve tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Üçüncü bölümde, bağımlı değişkenin demografik değişkenler üzerinde anlamlı farklılıklar gösterip göstermediklerini ortaya koymak için, Bağımsız Örneklem T-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları verilmiştir. Dördüncü bölümde, çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasında öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü ortaya koymak için Basit Aracı Değişken Analizi (PROCESS) (Hayes, 2013) sonuçları verilmiştir. Son olarak ise katılımcıların yeme tutumlarını yordayan öz şefkat, duygu düzenleme güçlüğü, çocukluk çağı travmaları değişkenleri çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların ortalaması, standart sapması, minimum-maksimum değerleri gibi betimleyici istatistikler incelenmiştir. Bu değerler Tablo 3'te sunulmuştur.

Değişkenler	X	Ss	Min./Maks.
ÖŞ			
Öz Sevecenlik	16.15	3.99	5-25
Öz Yargılama	12.74	4.68	5-25
Bilinçlilik	13.44	3.18	5-20
Aşırı Özdeşleşme	11.23	3.80	4-20
Paylaşım Bilincinde Olma	12.88	12.88	4-20
İzolasyon	10.91	10.91	4-20
ÖŞ Toplam	85.60	17.79	34-126
DERS			
Farkındalık	15.29	4.15	6-27
Kabul Etmeme	11.66	5.17	6-30
Stratejiler	17.65	7.33	8-40
Dürtü	13.05	5.53	6-30
Amaçlar	14.62	5.17	5-25
DERS Toplam	83.71	24.43	36-161
ÇÇT			
Duygusal İhmal	9.53	4.40	5-25
Cinsel İstismar	5.93	2.55	5-21
Fiziksel İstismar	5.70	2.28	5-20
Duygusal İstismar	6.70	2.87	5-25
ÇÇT Toplam	34.83	11.05	25-83
YBDÖ			
Kısıtlama	2.30	1.44	1-7
Yeme İle İlgili Endişeler	1.79	0.95	0.8-6
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	2.30	1.09	0.8-5.5
Kilo Endişeleri	2.03	0.95	1-5.2
YB Toplam	9.55	4.45	4.4-25.5

Tablo 3. ***Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri***

Araştırmaya katılan katılımcıların ‘’öz şefkat toplam’’ puan ortalaması 85.60 ± 17.79; “öz sevecenlik” puan ortalaması 16.15 ± 3.99; “öz yargılama” puan ortalaması 12,74 ± 4.68; “bilinçlilik” puan ortalaması 13.44 ± 3.18; “aşırı özdeşleşme” puan ortalaması 11.23 ± 3.80; “paylaşım bilincinde olma” puan ortalaması 12.88 ± 12.88; “izolasyon” puan ortalaması 10.91 ± 10.91 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte katılımcıların “duygu düzenleme güçlüğü toplam” puan ortalaması 83.71 ± 24.43; “farkındalık” puan ortalaması 15.29 ± 4.15; “kabul etmeme” puan ortalaması 11.66 ± 5.17; “stratejiler” puan ortalaması 17.65 ± 7.33; “dürtü” puan ortalaması 13.05 ± 5.53; “amaçlar” puan ortalaması 14.62 ± 5.17 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte “çocukluk

çağı travmaları toplam" puan ortalaması 34.83 ± 11.05; "duygusal ihmal" puan ortalaması 9.53 ± 4.40; "cinsel istismar" puan ortalaması 5.93 ± 2.55; "fiziksel istismar" puan ortalaması 5.70 ± 2.28; "duygusal istismar" puan ortalaması 6.70 ± 2.87 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte "yeme bozukluğu toplam" puan ortalaması 9.55 ± 4.45; "kısıtlama" puan ortalaması 2.30 ± 1.44; "yeme ile ilgili endişeler" puan ortalaması 1.79 ± 0.95; "beden şekli ile ilgili endişeler" puan ortalaması 2.30 ± 1.09; "kilo endişeleri" puan ortalaması 2.03 ± 0.95 olarak saptanmıştır (Tablo 3).

3.3.Demografik Değişkenlerle Araştırma Değişkenine İlişkin Sonuçlar

Demografik değişkenlerle araştırma değişkenine ilişkin Anova ve t testi analizleri yapılmıştır. Analize ilişkin değerler Tablo 4'te sunulmuştur.

			YBDÖ-Top.	
		N	16.02-12.27	Test İstatistiği
Cinsiyet	Kadın	345	10.03-4.71	t=4.04**
	Erkek	159	8.49-3.61	
Medeni Durum	Evli	44	8.77-3.53	t=-1.21
	Bekar	460	9.62-4.52	
Eğitim Durumu	Üniversite	422	9.59-4.57	t=0.54
	Lisansüstü/Doktora	82	9.30-3.79	
Sosyo-ekonomik Durum	Orta alt	68	10.66-4.94	F=3.05*
	Orta	294	9.22-4.15	
	Orta üst	142	9.70-4.73	
Nerde ve kimle yaşadığı	Evde, aile ile	303	9.63-4.40	F=0.82
	Evde, arkadaş ile	74	8.98-4.12	
	Yurtta	74	10.02-4.12	
	Yalnız	53	9.21-4.48	
Kendini nasıl kabul ettiği	Çok kilolu	24	16.02-4.75	F=78.02**
	Kilolu	146	12.27-4.14	
	Normal	283	8.20-3.57	
	Zayıf	51	6.18-1.87	
Kilo memnuniyeti	Çok memnunum	38	6.77-2.85	F=95.56**
	Memnunum	223	7.41-3.21	
	Memnun değilim	195	10.98-3.85	
	Hiç memnun değilim	48	15.86-4.27	
Diyet yapma sıklığı	Çoğunlukla	66	14.89-4.70	F=117.53**
	Bazen	202	10.38-3.75	
	Hiçbir zaman	236	7.33-3.26	
Kilo korumak için çaba	Evet	236	11.04-4.40	t=7.43**
	Hayır	268	8.23-4.06	
Daha Önce Psikoloğa Gitme	Evet	152	10.82-4.99	t=3.97**
	Hayır	352	9.00-4.08	
Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	44	10.74-5.70	t=1.48
	Yok	460	9.43-4.30	
İlaç Kullanımı	Evet	28	10.97-5.27	t=0.08
	Hayır	476	9.46-4.39	

Tablo.4. ***Araştırma Değişkenine İlişkin ANOVA ve T-testi Analizi Sonuçlar***

3.4.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Bu bölümde, yeme tutumları ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan analizlere yer verilmiştir.

Katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) toplam puanları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T-testi analizinin sonuçlarına göre, YBDÖ toplam puanlarının kadın ve erkek katılımcılarda anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür ($t=4.04$, $p<.05$). Medeni durum değişkeni ile YBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, medeni durum değişkeni ile YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>.05$). YBDÖ toplam puanlarının eğitim durumu değişkeni ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, YBDÖ toplam puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı derecede farklılaşmadığı ortaya koyulmuştur ($p>.05$). Sosyoekonomik düzey değişkeni ile YBDÖ toplamları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, YBDÖ toplam puanlarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı derecede farklılaşmadığı ortaya koyulmuştur ($p>.05$). Katılımcıların YBDÖ toplam puan ortalamalarının nerde ve kimle yaşadığı değişkeni ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, YBDÖ toplam puan ortalamalarının nerde ve kimle yaşadığı değişkenine göre anlamlı derecede farklılaşmadığı ortaya koyulmuştur ($p>.05$).

YBDÖ toplam puanlarının katılımcıların kendini nasıl kabul ettiği değişkeni ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [$F_{(4-499)}=78.02$, $p<.01$]. Kendini çok kilolu kabul eden katılımcıların YBDÖ toplam puanları (Xort=16.02, Ss=4.75), kendini kilolu kabul eden katılımcıların puan ortalamalarından (Xort=12.27, Ss=4.14), kendini normal kilolu kabul eden (Xort=8.20, Ss=3.57), kendini zayıf kabul eden (Xort= 6.18, Ss=1.87)

katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Kendini nasıl kabul ettiği	N	Ort.	Ss.	F	p
Çok kilolu	24	16.02	4.75	78.02**	.00
Kilolu	146	12.27	4.14		
Normal	283	8.20	3.57		
Zayıf	51	6.18	1.87		

**p<.01, YBDÖ:Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Tablo 5. ***Katılımcıların Kendini Nasıl Kabul Ettiği Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları***

Katılımcıların YBDÖ puanları ile kilo memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, kilo memnuniyet durumunun YBDÖ puanları üzerinde anlamlı bir farklılaşma sağladığı görülmüştür [$F_{(3\text{-}500)}$=95.56, p<.01]. Buna göre, kilo memnuniyetini hiç memnun değilim olarak bildiren katılımcıların YBDÖ puan ortalamaları ($Xort$= 15.86, Ss=4.27), memnun değilim olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından ($Xort$= 10.98, Ss =3.85) ve çok memnunum olarak bildiren katılımcıların ($Xort$= 6.77, Ss=2.85) puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir. İlgili analizin sonuçları, Tablo 6'da sunulmuştur.

Kilo Mmemnuniyeti	N	Ort.	Ss.	F	p
Çok memnunum	38	6.77	2.85	95.56**	.00
Memnunum	223	7.41	3.21		
Memnun değilim	195	10.98	3.85		
Hiç memnun değilim	48	15.86	4.27		

**p<.01, YBDÖ:Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Tablo.6. ***Katılımcıların Kilo Memnuniyeti Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları***

Katılımcıların YBDÖ puanları ile diyet yapma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, diyet yapma sıklıklarının YBDÖ puanları

üzerinde anlamlı bir farklılaşma sağladığı görülmüştür [$F_{(2-501)}$=117.53, p< .01]. Buna göre, diyet yapma sıklığını çoğunlukla olarak bildiren katılımcıların YBDÖ puan ortalamaları ($Xort$= 14.89, Ss = 4.70), bazen olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından ($Xort$=10.38, Ss =3.75) ve hiçbir zaman olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından ($Xort$= 7.33, Ss =3.26) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analizin sonuçları, Tablo 7'de sunulmuştur.

Diyet yapma sıklığı	N	Ort.	Ss.	F	p
Çoğunlukla	66	14.89	4.70	117.53**	.00
Bazen	202	10.38	3.75		
Hiçbir zaman	236	7.33	3.26		

**p<.01, YBDÖ:Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Tablo.7. ***Katılımcıların Diyet Yapma Sıklığı Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları***

Kilo korumak için çaba gösterme değişkeni ile YBDÖ toplam puanlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t testi sonucunda kilo korumak için çaba gösterme ile YBDÖ toplam puanlarıyla arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [t(502)= 7.43, p < .01]. Kilo korumak için çaba gösterdiğini bildiren katılımcıların puan ortalamaları ($Xort$=11.04, ss = 4.40), kilo korumak için çaba göstermediğini bildiren katılımcıların puan ortalamalarından ($Xort$ =8.23, ss = 4.06) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

YBDÖ toplam puanları ile katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [$F_{(3-500)}$=24.02, p<.01]. Beden kitle indeksi obez grubunda olan katılımcıların YBDÖ toplam puanları (Xort=12.11, Ss=5.23), beden kitle indeksi fazla kilolu grubunda olan katılımcıların puan ortalamalarından (Xort=11.27, Ss=4.40), beden kitle indeksi normal kilolu grubunda olan katılımcıların puan ortalamalarından (Xort=9.40, Ss=4.31) ve beden kitle indeksi zayıf grubunda olan katılımcıların puan

ortalamalarından (Xort=5.91, Ss=1.49) anlamlı derecede yüksektir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

BKİ	N	Ort.	Ss.	F	p
Obez	28	12.11	5.23	24.02**	.00
Fazla kilolu	105	11.27	4.40		
Normal	314	9.40	4.31		
Zayıf	57	5.91	1.49		

**p<.01, YBDÖ:Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Tablo 8. ***Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Değişkenine Göre YBDÖ Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları***

Daha önce psikoloğa gitme durumu değişkeni ile YBDÖ toplam puanlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonucunda daha önce psikoloğa gitme ile YBDÖ toplam puanlarıyla arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [t(502)= 3.97, p< .01]. Daha önce psikoloğa gittiğini belirten katılımcıların puan ortalamaları ($Xort$ =10.82, ss = 4.99), daha önce psikoloğa gitmediğini belirten katılımcıların puan ortalamalarından ($Xort$=9.00, ss= 4.08) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

Psikiyatrik rahatsızlık değişkeni ve ilaç kullanımı ile YBDÖ toplam puanlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan T testi sonucunda ise aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>.05).

3.5.Korelasyon Analizi Sonuçları

Katılımcıların YBDÖ toplam puanları ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon analizinde yaş ile YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05). Boy ile YBDÖ toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05). Kilo ile YBDÖ toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r=.23, p<.01). Son olarak katılımcıların beden kitle indeksi ile YBDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (r = .35, p<.01).

Yeme tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Öz Duyarlık Ölçeği arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, YBDÖ toplam puanları ile DDGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r=.26, p<.01). YBDÖ toplam puanları ile ÖDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r=-.33, p<.01).

YBDÖ toplam puanları ile ÖDÖ alt boyutlarından öz sevecenlik puanı (r=-.25, p<.01) ile, bilinçlilik puanı (r=-.22, p<.01) ile, paylaşım bilincinde olma (r=-.14, p<.01) ile arasında negatif yönlü ilişki olduğu; öz yargılama puanı (r=.31, p<.01) ile, aşırı özdeşleşme puanı (r=.29, p<.01) ile ve izolasyon puanı (r=.32, p<.01) ile arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

YBDÖ toplam puanları ile DDGÖ alt boyutlarından olan farkındalık puanı (r=.15, p<.01) ile, kabul etmeme puanı (r=.28, p<.01) ile, stratejiler puanı (r=.23, p<.01) ile, dürtü puanı (r=.21, p<.01) ile, amaçlar puanı ile (r=.13, p<.01) pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Öz Duyarlık Ölçeği arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, ÇÇTÖ toplam puanları ile DDGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r=.29, p<.01)

ÇÇTÖ toplam puanları ile DDGÖ alt boyutlarından olan farkındalık puanı (r=.23, p<.01) ile, kabul etmeme puanı (r=.33, p<.01) ile, stratejiler puanı (r=.25, p<.01) ile, dürtü puanı (r=.23, p<.01) ile, açıklık puanı ile (r=.24, p<.01) pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (p<.01); amaçlar puanı ile anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05).

ÇÇTÖ toplam puanları ile ÖDÖ alt boyutlarından öz sevecenlik puanı (r=-.23, p<.01) ile, bilinçlilik puanı (r=-.22, p<.01) ile, paylaşım bilincinde olma (r=-.11, p<.01) ile arasında negatif yönlü ilişki olduğu; öz yargılama puanı (r=.19, p<.01) ile, aşırı

özdeşleşme puanı (r=.12, p<.01) ile ve izolasyon puanı (r=.15, p<.01) ile arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

YBDÖ toplam puanları ile ÇÇTÖ toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=.10, p<.05). YBDÖ toplam puanları ile ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel istismar puanı, fiziksel ihmal puanı ve duygusal ihmal puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05); duygusal istismar puanı (r=.09, p<.05) ve cinsel istismar puanı (r=.12, p<.01) arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Korelasyon analizleri sonucu Tablo 9'da verilmiştir.

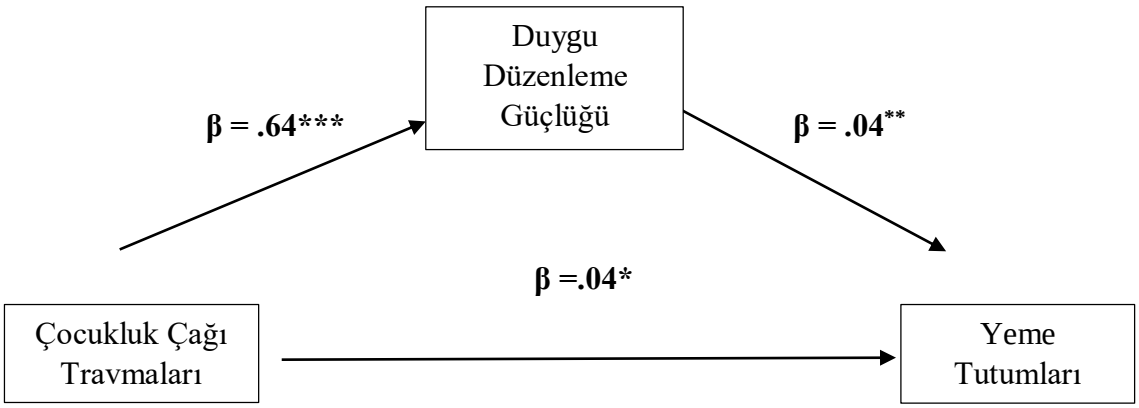
Tablo 9. ***YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları***

DEĞİŞKENLER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.YBDÖ-Top.	-	.84**	.87**	.93**	.92**	.26**	.15**	.28**	.23**	.21**	.13**	-.33**	-.25**	.31**	-.22**	.29**	-.14**	.32**	.10*	.09*	.09	.12**	.05
2.YBDÖ-Kısıtlama		-	.61**	.65**	.67**	.11*	.09*	.14**	.08	.12**	-.02	-.18**	-.12**	.19**	-.13**	.13**	-.07	.18**	.02	.03	.05	.06	-.02
3.YBDÖ-Yemeileilgiliendişeler			-	.81**	.80**	.29**	.16**	.30**	.28**	.24**	.17**	-.31**	-.26**	.29**	-.23**	.26**	-.13**	.30**	.15**	.12**	.14**	.15**	.09
4.YBDÖ-Bedenşeklileilgiliendişeler				-	.88**	.30**	.15**	.31**	.28**	.22**	.21**	-.37**	-.28**	.33**	-.23**	.34**	-.15**	.36**	.10*	.10*	.06	.11*	.07
5.YBDÖ-Kiloendişeleri					-	.28**	.16**	.31**	.26**	.22**	.15**	-.32**	-.24**	.30**	-.19**	.29**	-.14**	.32**	.11*	.08	.09	.11*	.08
6.DDGÖ-Top.						-	.51**	.78**	.90**	.86**	.78**	-.73**	-.60**	.61**	-.59**	.69**	-.31**	.62**	.29**	.26**	.15**	.09*	.32**
7.DDGÖ-Farkındalık							-	.24**	.29**	.33**	.21**	-.40**	-.41**	.22**	-.49**	.23**	-.35**	.26**	.23**	.13**	.13**	.04	.26**
8.DDGÖ-Kabuletmeme								-	.70**	.60**	.49**	-.56**	-.42**	.55**	-.40**	.54**	-.20**	.50**	.33**	.29**	.23**	.15**	.30**
9.DDGÖ-Stratejiler									-	.75**	.68**	-.68**	-.57**	.57**	-.52**	.66**	-.28**	.59**	.25**	.24**	.11*	.12**	.24**
10.DDGÖ-Dürtü										-	.65**	-.64**	-.51**	.55**	-.51**	.62**	-.26**	.51**	.23**	.18**	.10*	.10*	.25**
11.DDGÖ-Amaçlar											-	-.58**	-.46**	.47**	-.43**	.62**	-.21**	.51**	.08	.13**	-.01	-.08	.17**
12.ÖDÖ-Top.												-	.85**	-.83**	.80**	-.82**	.62**	-.80**	-.23**	-.21**	-.13**	-.07	-.25**
13.ÖDÖ-Özsevecenlik													-	.61**	.75**	-.58**	.60**	-.52**	-.23**	-.17**	-.16**	-.09	-.26**
14.ÖDÖ-Özyargılama														-	-.50**	.66**	-.30**	.69**	.19**	.18**	.10*	.06	.22**
15.ÖDÖ-Bilinçlilik															-	-.56**	.59**	-.50**	-.22**	-.17**	-.14**	-.10*	-.24**
16.ÖDÖ-Aşırıözdeşleşme																-	-.31**	.70**	.12**	.16**	.03	.02	.15**
17.ÖDÖ-Paylaşımbilincindeolma																	-	-.29**	-.18**	-.14**	-.17**	.10*	-.13**
18.ÖDÖ-İzolasyon																		-	.15**	.18**	.04	-.003	.21**
19.ÇÇTÖ-Top.																			-	.77**	.77**	.69**	.80**
20.ÇÇTÖ-Duygusalistismar																				-	.61**	.42**	.53**
21.ÇÇTÖ-Fizikselistismar																					-	.60**	.40**
22.ÇÇTÖ-Cinselistismar																						-	.31**
23.ÇÇTÖ-Duygusalihmal																							-

*p<.05, **p<.01, YBDÖ-Top.: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı, DDGÖ-Top.: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puanı, ÖDÖ-Top.: Öz Duyarlık Ölçeği Toplam Puanı, ÇÇTÖ-Top.: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı

3.6.Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Analiz Sonuçları

Duygu düzenleme güçlüğü toplam puanının, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için Hayes (2013) tarafından yazılan PROCESS kullanılmıştır. Analiz Bootstrapping yöntemiyle, orijinal veriden yeniden elde edilen 5000 yeni örnekleme dayalı güven aralıklarının değerlendirilmesiyle incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmaları toplam puanının yeme tutumları toplam puanı üzerinde pozitif yönde anlamlı bir toplam etkisi olduğu (B=.04, SE=.01, p<.05) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme güçlüğü üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.64, SE=.09, p<.001) bulunmuştur. Son olarak çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.02, SE = .00, 95% CI (.0172, .0445)]. Bu sonuçlara göre duygu düzenleme güçlüğünün çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.



Şekil 1. ***Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Rolü***

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından olan kabul etmemenin, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının kabul

etmeme üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.15, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide kabul etmeme aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.03, SE = .00, 95% CI (.0232, .0555)]. Bu sonuçlara göre kabul etmemenin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından olan stratejilerin, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının stratejiler üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.16, SE=.02, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide stratejilerin aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.02, SE = .00, 95% CI (.0116, .0368)]. Bu sonuçlara göre stratejilerin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

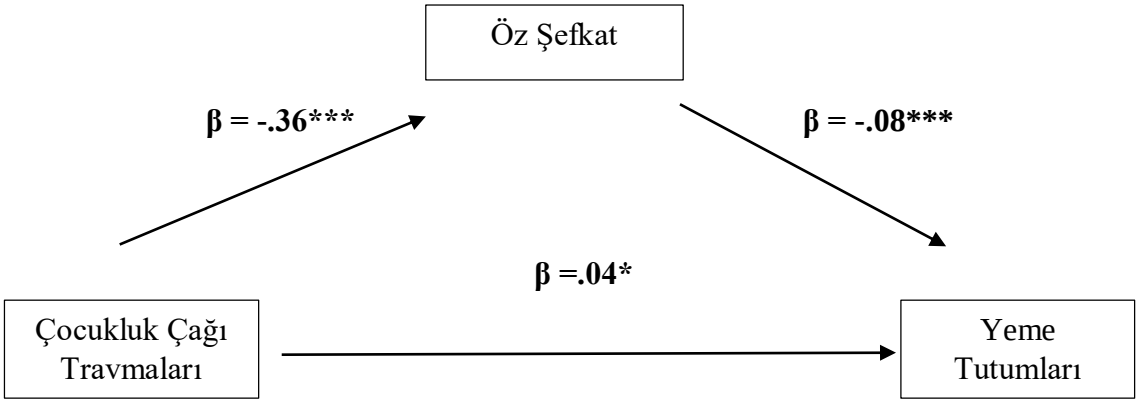
Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından olan dürtünün, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının dürtü üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.11, SE=.02, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide dürtü aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0090, .0315)]. Bu sonuçlara göre dürtünün çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından olan amaçların, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının amaçlar üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı (B=.03, SE=.02, p>.05) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide amaçlar aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.00, SE = .00, 95% CI (.0005, .0105)]. Bu sonuçlara göre amaçların çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olmadığı bulunmuştur.

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından olan farkındalığın, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının farkındalık üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.08, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide farkındalık aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0038, .0233)]. Bu sonuçlara göre farkındalığın çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

3.7.Öz Şefkatin Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Analiz Sonuçları

Öz şefkat toplam puanının, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmaları toplam puanının yeme tutumları toplam puanı üzerinde pozitif yönde anlamlı bir toplam etkisi olduğu (B=.04, SE=.01, p<.05) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının öz şefkat üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=-.36, SE=.06, p<.001) bulunmuştur. Son olarak çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.02, SE = .00, 95% CI (.0179, .0456)]. Bu sonuçlara göre öz şefkatin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.



Şekil 2. ***Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkide Öz Şefkatin Aracılık Rolü***

Öz şefkatin alt boyutlarından olan öz sevecenliğin, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmaları toplam puanının yeme tutumları toplam puanı üzerinde pozitif yönde anlamlı bir toplam etkisi olduğu (B=.04, SE=.01, p<.05) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının öz sevecenlik üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=-.08, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Son olarak çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide öz sevecenlik aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.02, SE = .00, 95% CI (.0117, .0348)]. Bu sonuçlara göre öz sevecenliğin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Öz şefkatin alt boyutlarından olan öz yargılamanın, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının öz yargılama üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.07, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide öz yargılama aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.02, SE = .00, 95% CI (.0119, .0392)]. Bu sonuçlara göre öz yargılamanın çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Öz şefkatin alt boyutlarından olan bilinçliliğin, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının bilinçlilik üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=-.06, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide bilinçlilik aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0099, .0318)]. Bu sonuçlara göre bilinçliliğin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Öz şefkatin alt boyutlarından olan aşırı özdeşleşmenin, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının aşırı özdeşleşme üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.04, SE=.01, p<.01) bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide aşırı özdeşleşme aracı değişken

rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0054, .0256)]. Bu sonuçlara göre aşırı özdeşleşmenin çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Öz şefkatin alt boyutlarından olan paylaşım bilincinde olmanın, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının paylaşım bilincinde olma üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=-.05, SE=.01, p<.001) bulunmuştur. Son olarak çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide paylaşım bilincinde olma aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0025, .0184)]. Bu sonuçlara göre paylaşım bilincinde olma çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Öz şefkatin alt boyutlarından olan izolasyonun, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve yeme tutumları toplam puanı arasındaki aracı rolünü incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının izolasyon üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (B=.05, SE=.01, p<.01) bulunmuştur. Son olarak çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları arasındaki ilişkide izolasyon aracı değişken rolünü gösteren dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur [B=.01, SE = .00, 95% CI (.0096, .0316)]. Bu sonuçlara göre izolasyonun çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Ayrıca katılımcıların çocukluk çağı travmaları toplam puanının, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının ve öz şefkat alt boyutlarının birlikte yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığını belirlemek için Çoklu Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları olan kabul etmeme ve amaçlar ile öz şefkat alt boyutu olan izolasyonun yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmüştür (R =.38, R^2 =.12, F=6.89, p<.001). Bu değişkenler birlikte yeme tutumlarındaki varyansın %12'sini açıklamaktadır. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 10'da verilmiştir.

Yordayıcı Değişkenler	B	t	R	R2	Uyarlanmış R2	F
ÇÇTÖ-Top.	-.01	-.23	.38	.14	.12	6.89***
DDGÖ-Farkındalık	.05	.94				
DDGÖ-Kabuletmeme	.17	2.68**				
DDGÖ-Stratejiler	-.04	-.54				
DDGÖ-Dürtü	.01	.09				
DDGÖ-Amaçlar	-.14	-2.2*				
ÖDÖ-Özsevecenlik	-.06	-.79				
ÖDÖ-Özyargılama	.08	1.24				
ÖDÖ-Bilinçlilik	.01	.13				
ÖDÖ-Aşırıözdeşleşme	.10	1.37				
ÖDÖ-Paylaşımbilincindeolma	.01	.10				
ÖDÖ-İzolasyon	.16	2.45*				

****p < .001, **p < .01, *p < .05*

Tablo 10. ***Yeme Tutumları İçin Çoklu Regresyon Analizi Tablosu***

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları ile öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İlk olarak yeme tutumları sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmiştir. Ardından yeme tutumları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü ve öz şefkatin aracı rolü değerlendirilmiştir. Son olarak yeme tutumlarını yordayan değişkenler ortaya koyulmuştur. Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan analizlerde elde edilen bulgular ilgili literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Ardından ise bu araştırmanın literatüre katkıları, sınırlılıkları ve yapılacak olan araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

4.1. Yeme Tutumlarının Sosyo-demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada yeme tutumları sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda cinsiyet, kişinin kendini nasıl kabul ettiği, kilo memnuniyeti, diyet yapma sıklığı, kilo korumak için çaba gösterme ve beden kitle indeksleri ile yeme tutumları açısından farklılaştığı bulunmuştur.

Katılımcıların yeme tutumlarının cinsiyet açısından farklılaştığı ortaya koyulmuştur. Literatürde yeme tutumlarının cinsiyet bakımından farklılaştığını ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Siyez ve Uzbaş (2006), Pehlivan (2017), Kurtuluş (2019), Büyükgöze-Kavas (2007) tarafından yapılan araştırmalar yeme tutumlarının cinsiyete göre farklılaştığını ortaya koymuştur. Araştırmalar, ince olmak üzerine ideallere maruz kalmanın, sosyo-kültürel faktörlerin, değişen geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin ve toplumsal normların yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynayabilen risk faktörleri olduklarını göstermiştir (Farahani, Chin, Nasir, Amiri, 2014). Yapılan araştırmalar olumsuz yeme tutumlarının kadınlarda daha fazla

görüldüğünü ortaya koymaktadır (Büyükgöze-Kavas,2007; Lundahl, Wahlstrom, Christ, Stoltenberg, 2015). Ancak literatürde yeme tutumlarının cinsiyet açısından farklılaşmadığını ortaya koyan çalışmalar vardır. Örneğin Toker'in (2008) 372 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışma, Topkara'nın (2014) 150 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışma ve Bushi'nin (2016) 150 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışma yeme tutumlarının cinsiyet açısından farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Micali ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırma, son yıllarda yeme bozukluklarının yaygınlığının her iki cinsiyette de arttığını göstermektedir. Medyanın kadınlarda zayıflık, erkeklerde fiziksel olarak formda olma ile ilgili yaptığı vurgu, kişilerin bu ideallere ulaşmaya çalışırken bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlik yaşamalarına ve yeme davranışlarında bozuklukların görülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Morry ve Staska, 2001). Ancak yine de çalışmaların çoğu, kadınlarda yeme tutumu puanlarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Çalışmada beden kitle indeksi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yeme tutumlarının katılımcıların kendilerini nasıl kabul ettikleri (çok kilolu, kilolu, normal, zayıf), kilo memnuniyetleri (çok memnun, memnun, memnun değil, hiç memnun değil), kilo korumak için çaba gösterme (evet, hayır) ve diyet yapma (çoğunlukla, bazen, hiçbir zaman) bakımından farklılaştığı ortaya koyulmuştur. Beden kitle indeksi ile ilgili mevcut bulgunun literatürle uyumlu olduğu görünmektedir (Erol ve ark., 2002; Kaya ve ark., 2016; Kadıoğlu ve Ergün, 2015; Siyez ve Uzbaş, 2006). Beden kitle indeksinin yüksek olması bedenle ilgili memnuniyetsizliğin artmasına neden olmaktadır (Swami ve ark., 2010) ve bedenle ilgili memnuniyet de yeme tutumları üzerinde etkili olmaktadır (Koskina ve Giovazolias, 2010). Dolan, Birtchnell ve Lacey'in (1987) yeme bozukluğu olmayan normal popülasyondaki katılımcılarla yaptıkları çalışmada, katılımcıların beden memnuniyetsizliğinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde, Ergüney (2012)'in beden memnuniyetsizliğini yeme bozukluğu olan kişiler ve kontrol grubuyla kıyasladığı çalışmada, iki grupta da aynı oranda beden memnuniyetsizliği olduğunu ortaya koymuştur. Beden kitle indeksinin normal düzeyde olmasına rağmen kişilerde kilo verme isteği olduğu ortaya koyulmuştur (Erol, Toprak, Yazıcı, Erol, 2000; Polat, Yücel, Genç, Meteris, 2005). Yapılan bir araştırma, normal ağırlığa sahip kızların daha zayıf olmak amacıyla,

erkeklerin ise daha zayıf veya daha kilolu olmak amacıyla diyet yaptıklarını göstermiştir (Örsel, Işık-Canpolat, Akdemir ve Özbay, 2004).

4.2.Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada öz şefkat ve duygu düzenlemenin aracı rollerine ayrı ayrı bakılmıştır. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi ile yeme tutumlarının çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları ve öz şefkatin alt boyutları bakımından ne düzeyde açıklandığına da bakılmıştır. Bu analiz sonucunda duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları olan kabul etmeme ve amaçlar ile öz şefkat alt boyutu olan izolasyonun yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde açıkladığı ve birlikte yeme tutumlarındaki varyansın %12'sini açıkladığı ortaya koyulmuştur.

Çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü ve duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutlarının aracı rolünü anlamak, dolaylı etkisini görebilmek amacıyla aracı değişken analizi yapılmıştır.

Duygu düzenleme güçlüğünün toplam puanının aracı rolü olup olmadığına bakıldığında, çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide dolaylı bir etkisi olduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre; duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması anlamına gelen duygu düzenleme güçlüğünün farkındalık alt boyutunun, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi anlamına gelen kabul etmeme alt boyutunun, etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim anlamına gelen stratejiler alt boyutunun ve olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama anlamına gelen dürtü alt boyutunun çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur. Ancak olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama anlamına gelen amaçlar alt boyutunun aracı rolü olmadığı bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumlarının ilişkili olduğu, bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rol oynadığı bulunmuştur. Bu bulgu, duygu düzenlemenin çocukluk çağı travmaları ve sonraki psikopatoloji arasında bir risk faktörü veya koruyucu bir mekanizma olarak önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmada yeme tutumlarının duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının hepsi ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuş ve aynı zamanda yapılan çoklu regresyon analizi sonucuna göre duygu düzenleme alt boyutlarından duygusal tepkileri kabul etmede yetersizlik yaşanması anlamına gelen kabul etmeme ve olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunma ile ilgili güçlük yaşama anlamına gelen amaçlar alt boyutunun yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmüştür. Dolayısıyla özellikle kabul etmeme ve amaçlar alt boyutunda zorluk yaşadıkları ortaya koyulmuştur.

Gross ve Munoz (1995)'a göre duygu düzenleme, psikolojik olarak sağlıklı olmak açısından önemli bir faktördür. Duygu düzenleme güçlüğünün birçok psikopatolojinin bir özelliği olduğu vurgulanmakta (Gross, 2002), bir dizi psikopatolojinin altında yatmakta (Gross, Munoz, 1995; Bradley, 2000; Kring, Werner, 2004) ve psikososyal işlevselliği önemli bir şekilde etkilemektedir (Gross, Munoz, 1995). Literatür incelendiğinde duygu düzenlemenin depresyon (Nolen-Hoeksema ve ark., 2008), yaygın anksiyete bozukluğu (Mennin ve ark., 2007), sosyal anksiyete bozukluğu (Kashdan, Breen, 2008) ve yeme bozukluğu (Bydlowski ve ark., 2005) gibi psikopatolojilerle ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Yeme bozukluğu olan kişilerde duygu düzenleme güçlüğünün varlığı, bu bozukluğun gelişimine ve korunmasına neden olduğu düşünülmektedir (Wildes, Marcus, 2011). Bundan dolayı duygu düzenleme güçlüğü, yeme bozukluklarının gelişimi, sürdürülmesi ve sonuçlarını anlamak için önemli bir kavramdır (Haynos, Fruzzetti, 2011; Racine, Wildes, 2015).

Ayrıca araştırmalar çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi de ortaya koymuştur (Cloitre ve ark., 2005; Dvir ve ark., 2014; Burns ve ark., 2010; Gratz ve ark., 2008). Moulton ve arkadaşları (2014) çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluğu arasında duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü olduğunu ortaya koymuşlardır. Burns (2012)'e göre çocukluk çağında duygusal istismara uğramak kişinin duygu düzenleme becerisini olumsuz etkilemekte ve bu durumda yeme bozukluğuna neden olmaktadır. Çocukluk çağı travma yaşantısı olan yetişkinlerin duygu düzenleme becerilerini inceleyen bir çalışma, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar yaşantısı olan kadınların istismar yaşantısı olmayan kadınlara kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları bulmuştur. Güçlü duyguların ortaya çıkmasına neden olan istismar yaşantısı gibi deneyimler kişilerin duygu düzenleme kapasitesini

zorlamaktadır (Burns ve ark., 2010). Duygu düzenleme güçlüğü travma ile ilişkili belirtilerin sürdürülmesinde bir risk faktörü olduğu için travmanın iyileşmesinde işlevsel duygu düzenlemeye ihtiyaç vardır (Ehring ve Quack, 2010). Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü birçok psikopatolojinin altında yattığı için tedavide önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (Werner ve Gross 2010).

Mevcut çalışmanın bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğunda duygu düzenleme güçlüğü öne çıkan faktörlerden biri (Svaldi ve ark., 2012) olmakla birlikte, yeme bozukluklarının duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili alt boyutların hemen hemen hepsi ile ilişkili olduğu görülmektedir (Sim ve Zeman, 2004; Whiteside ve ark., 2007; Harrison ve ark., 2009). Svaldi ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu olan katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları olan duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması ve duygusal tepkilerin anlaşılmamasını bildirdikleri ve yeme bozukluğu olmayan kişilere kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Corstorphine ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışma, yeme bozukluğu hastalarının duyguları kabul etmede yetersizlik yaşadıklarını ortaya koymuştur. Benzer olarak bir çalışma, tıkınırcasına yeme ile duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından hangisi ile en güçlü şekilde ilişkili olduğunu araştırmış ve sonuçlar, duygusal tepkilerin anlaşılmamasının ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimin, duygu düzenleme güçlüğü ve tıkınırcasına yeme arasındaki ilişkide etkili olduğunu; duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından kabul etmeme, amaçlar, dürtü, farkındalık, stratejilerin yeme bozukluklarını açıkladığını ortaya koymuştur (Whiteside, 2007). Lavender ve arkadaşları (2014) yaptığı çalışmada, bulimiya nervoza hastalarında amaç odaklı davranışlar ile aşırı egzersiz yapma ve daha az telafi edici davranışlarla ilişkili bulmuşlardır. Monell ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu olan kişiler, olmayan kişilere kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü bildirmişler ve özellikle daha zayıf duygusal tepkilere ilişkin farkındalık ve duygusal tepkilerin anlaşılması, daha fazla duygusal tepkileri kabul etmeme ve daha az duygu düzenleme stratejilerine erişim bildirmişlerdir. Ancak üzüntü yaşandığında amaç odaklı davranışlarda güçlük yaşama, kontrol grubu ile farklı bulunmamıştır (Monell ve ark., 2017; Wolz ve ark., 2015). Olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunma ile ilgili daha fazla güçlük yaşama, daha az yeme bozukluğu davranışlarıyla

ilişkili bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, telafi edici davranışın duygu düzenleme güçlüğünün azalması ile sonuçlanması gibi telafi edici davranış, işlevsel olmasa da duygu düzenleme stratejisi olarak işlev görebileceği düşünülmektedir (Lavender ve ark., 2014). Bu güçlükler, sıkıntıyı düzenlemek için yeme bozukluğu semptomlarının kullanımının artmasına neden olabilir. Kişi yaşadığı sıkıntıyı tolere edemediği zaman, daha fazla egzersiz yapabileceğini veya telafi edici davranışlarda bulunabileceğini bilerek daha fazla tıkınarak yeme davranışı gösterebilir (Monell, Clinton, Birgegard, 2017). Dolayısıyla yeme bozukluğunun önlenmesinde veya tedavisinde duygu düzenleme güçlüklerinin bu yönlerinin ele alınması faydalı olacaktır.

4.3.Öz Şefkatin Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Tutumları Arasındaki Aracı Rolünün Değerlendirilmesi

Yeme tutumları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide öz şefkat toplam puanının ve alt boyutlarının aracı rolünü anlamak, dolaylı etkisini görebilmek amacıyla aracı değişken analizi yapılmıştır.

Öz şefkat toplam puanının aracı rolü olup olmadığına bakıldığında, çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide dolaylı bir etkisi olduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre; acılar, başarısızlıklar ve yetersizlikler karşısında kişinin kendine anlayışlı olabilmesi anlamına gelen öz şefkatin öz sevecenlik alt boyutunun, öz sevecenliğin tersine acılar, başarısızlıklar ve yetersizlikler karşısında kişinin kendine karşı suçlayıcı olması anlamına gelen öz yargılama alt boyutunun, acı çekmenin ve başarısızlıkların bütün insanların paylaştığı ortak bir deneyim olduğunu görebilmek anlamına gelen paylaşım bilincinde olma alt boyutunun, paylaşım bilincinde olmanın aksine kişinin yaşadığı deneyimler karşısında kendini yalnız hissetmesi anlamına gelen izolasyon alt boyutunun, kişinin olumsuz düşünce ve duygularının dengeli bir şekilde farkında olması anlamına gelen bilinçlilik alt boyutunun, bilinçliliğin aksine duygularla aşırı özdeşime girme anlamına gelen aşırı özdeşleşme alt boyutunun çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumlarının ilişkili olduğu, bu ilişkide öz şefkatin aracı rol oynadığı bulunmuştur. Bu bulgu, öz

şefkatin çocukluk çağı travmaları ve sonraki psikopatoloji arasında bir risk faktörü veya koruyucu bir mekanizma olarak önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda pozitif psikoloji ile ilgili çalışmalar ve dolayısıyla öz şefkat ile ilgili çalışmalar artış göstermiştir. Öz şefkat, hem kişinin psikopatoloji geliştirmesini önleyebilmekte hem de acı veren duygu ve deneyimlere öz şefkatle yaklaşma sayesinde kişinin daha mutlu, kendisine karşı daha olumlu ve şefkatli olabilmesini sağladığı için pozitif psikolojide yer alan önemli kavramların da güçlenmesini sağlamaktadır (Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007). Son zamanlarda artan çalışmalar, psikopatolojinin gelişiminde etkili bulunan bir kavram olarak kabul edilen öz şefkatin, iyi oluşa ve psikopatolojiye katkısı olduğunu (Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007), yüksek düzeyde zihinsel sağlığa sahip olan insanların yüksek düzeyde öz şefkate sahip olduklarını ve yüksek düzeyde öz şefkatin psikopatoloji riskini azaltabileceğini göstermektedir (Trompetter, Kleine, Bohlmeijer, 2017). Dolayısıyla öz şefkat üzerine yapılan araştırmalar, şefkatli olmanın zihinsel iyi oluşu geliştirdiğini söylemektedir (Neff, 2003) ve öz şefkatin psikolojik iyi oluş ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Öz şefkati yüksek olan insanlar daha düşük stres ve psikopatolojik belirtiler göstermektedirler (Gilbert, 2009; Neff, 2015; MacBeth ve Gumley, 2012) ve dolayısıyla öz şefkat düzeyi düşük olan insanlara göre daha fazla psikolojik sağlık kanıtı gösterirler.

Çocukluk çağı travmaları ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide koruyucu faktör olarak öz şefkatin rolünün incelendiği bir çalışmada, duygusal ihmal yaşayan ve duygusal istismara uğrayan ve öz şefkat düzeyi düşük olan kişilerin depresif belirtileri olduğu bulunmuştur. Wu ve arkadaşlarına (2018) göre öz şefkat odaklı klinik uygulamalar çocukluk çağı istismar öyküsü olan kişilerde depresif belirtiler oluşmasını önleyebilir. Benzer şekilde, Breines ve arkadaşları (2014), öz şefkatin koruyucu rolü olarak, kişilerin olumsuz beden imajı geliştirmekten koruduğu, yeme bozuklukları ve sağlıksız davranışların oluşma riskini azalttığını belirtmişlerdir. Öz şefkat, stres yönetimi, uyku davranışları, egzersiz, yeme alışkanlıklarını içeren sağlığı teşvik edici davranışlarla pozitif ilişkili bulunmuştur (Sirois ve ark., 2015). Leary ve arkadaşları (2007), yaptıkları bir araştırmada, yaşamdaki olumsuz durumlar karşısında oluşan duygusal ve bilişsel tepkileri öz şefkatin etkilediğini ve öz şefkatin bu olumsuz durumlar nedeniyle yaşadıkları olumsuz duygudan koruduğu sonuçlarına ulaşmışlardır. Literatüre bakıldığında öz şefkatin psikopatoloji ve psikolojik belirtiler üzerinde önemli

bir rolü olduğu görülmektedir. Öz şefkatin yeme bozukluğunun gelişiminde veya sürdürülmesinde etkili olduğu ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerin düşük öz şefkate sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda, öz şefkatin çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluğu arasında koruyucu bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada da çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumları arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rol oynadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada hem öz şefkatin hem de duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü incelenmiştir. Bununla birlikte, öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü arasında birtakım benzerlikler olduğu düşünülmektedir. Öz şefkat, düşüncelere ve duygulara dikkat göstererek ve onlara anlayışlı bir şekilde davranarak duygusal acının kabul edilmesini sağladığı için etkili bir duygu düzenleme stratejisi olarak öz şefkatin önemli bir rolü olduğu kabul edilebilir (Neff, 2004). Öz şefkatin duygu düzenlemeyi destekleyerek ruhsal sağlığı iyileştirebileceği (Berking ve Whitley, 2014) ve devamlı kullanımının duygu düzenlemeyi kolaylaştırabileceği düşünülmektedir (Barlow, Turow, Gerhart, 2017; Vettese ve ark., 2011).

Araştırmalar, çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme güçlüğü arasında öz şefkatin aracı rolü olduğunu ve travma öyküsü olan bireylerin, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde ruhsal sağlıklarıyla ilişkili olan düşük düzeyde öz şefkate ve yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüklerine sahip olduklarını ortaya koymuştur (Barlow ve ark., 2017; Vettese ve ark., 2011; Reffi, Boykin, Orcutt, 2018). Dolayısıyla öz şefkat, travmanın olumsuz etkilerini azaltıcı koruyucu bir faktör olarak yararlı olabilir.

Inwood ve Ferrari (2018) öz şefkat, duygu düzenleme ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri derlemede, duygu düzenlemenin öz şefkat ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ortaya koymuştur. Öz şefkat, duygularından kaçınan bireyler için ve ruhsal sağlığı geliştirmek için uygun bir tedavi hedefi olabileceğini önermektedirler. Benzer olarak araştırmalar, öz şefkat ve duygu düzenlemenin birbirinden bağımsız olarak ruhsal sağlık bozukluklarıyla negatif ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Aldao ve ark., 2010; Berking ve Whitley, 2014; Mcbeth, Gumley, 2012; Neff, 2003a) ve öz şefkatin duygu düzenlemeyi teşvik ederek ruhsal sağlığı iyileştirebileceğini göstermektedir (Berking, Whitley, 2014).

Yapılan çalışmalar yeme bozukluğu ile öz şefkatin ilişkili olduğunu öz şefkatin yeme bozukluğunu yordadığını göstermektedir. Fakat öz şefkatin yapıları ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Yapılan bir çalışmada yeme davranışı ve öz şefkatin alt boyutları olan öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme arasında ilişki bulunmuştur (James, 2013). Benzer bir çalışma, öz şefkatin alt boyutu olan aşırı özdeşleşmenin yeme tutumlarını anlamlı bir biçimde açıkladığını bulmuştur (Akkol, 2018). Mevcut çalışmada da yeme tutumlarının öz şefkatin alt boyutlarının hepsi ile ilişkili olduğu, ancak yapılan çoklu regresyon analizi sonucuna göre öz şefkatin bir alt boyutu olan kişinin yaşadığı deneyimler karşısında kendini yalnız hissetmesi anlamına gelen izolasyonun yeme tutumlarını anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmüştür. Dolayısıyla özellikle izolasyon alt boyutunda zorluk yaşadıkları ortaya koyulmuştur. Yeme davranışında bozulmanın psikososyal işlevsellik üzerinde etkisi vardır (Gowey, Reiter-Purtill, Becnel, Peugh, Mitchell, Zeller, 2016). Kişiyi izolasyon, yetersizlik, başarısızlık ve utanç gibi duygular ile karakterize edilebilecek psikolojik bir duruma sokabilir (Gouveia, Canavarro, Moreira, 2019). Yeme bozukluğu davranışları, yeme ile ilişkili utanç ve anksiyete oluşturduğu için gizli yapılmaktadır. Bu duygular kişilerin diğerleriyle ilişki kurma becerileri üzerinde etkili olmakta ve ilişkilerdeki paylaşımları azaltmaktadır. Bu sosyal izolasyon, yalnız ve gizli yemek yemeye, insanlardan daha fazla kopmaya neden olmaktadır (Trepal, Boie, Kress, 2012). Yeme bozukluğunun yarattığı izolasyon döngüseldir (Trepal, 2010). Kişi stres, öfke gibi duygularını yönetmek için ve tıkınma, kusma, aşırı egzersiz gibi yeme bozukluğu ile ilişkili davranışları uygulamak için kendini diğerlerinden soyutlayabilir. Bu davranışları ortaya çıktığında veya başkaları onları gördüğünde, tekrar izolasyon yaşayabilirler. Dolayısıyla yeme bozuklukları insanların kendini diğerlerinden soyutlamasına neden olur. İzolasyon sonucu yeme bozukluğu belirtilerinin artmasına neden olabilir ve bu da kişilerin daha fazla izolasyon yaşanmasına neden olabilir (Trepal, Boie, Kress, 2012).

4.4.Araştırmanın Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler

Mevcut çalışmanın değişkenlerine ayrı ayrı bakıldığında; yeme bozukluklarının gelişiminde travmanın önemli bir yeri olduğu (Jacobi ve ark., 2004), öz şefkatin yeme

bozukluklarının oluşmasının önünde koruyucu bir rolü olduğu (Breines ve ark., 2014), duygu düzenleme güçlüğünün yeme bozukluğunun sürdürülmesinde bir risk faktörü olduğu (Wildes, Marcus, 2011), duygu düzenleme güçlüğünün travmanın sürdürülmesinde bir risk faktörü olduğu (Ehring, Quack, 2010), travma öyküsü olan kişilerin düşük düzeyde öz şefkate sahip oldukları (Barlow ve ark., 2017) görülmektedir. Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili yapılan birçok çalışmaya rastlanırken özellikle öz şefkat kavramı ile ilgili araştırmaların daha çok yurtdışında yaygın olduğu, ülkemizde sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir. Ulaşılabilen literatür kapsamında özellikle araştırmanın amacı olan çocukluk çağı travmaları, yeme tutumları, öz şefkat ve duygu düzenleme kavramlarının birbiriyle ilişkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın yeme bozukluğunun ve çocukluk çağı travmalarının gelişmesi ve sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülen öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüğünün birlikte ele alınması bakımından literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlarla birlikte duygu düzenlemenin ve öz şefkatin koruyucu rolü göz önünde bulundurulduğunda, araştırmacıların ve klinisyenlerin yeme bozukluğu ve çocukluk çağı travmaları bulunan kişilerin tedavileri sırasında birbiri ile ilişkili bu alanların ele alınmasından yararlanabileceğini ve hem yeme bozukluğunu anlamada hem de terapötik müdahalede tedavi hedeflerinin belirlenmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden cinsiyet sayısının dengeli olduğu ve karşılaştırma yapılabilmesi için klinik bir grubun da dahil edildiği çalışmaların yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçlarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada örneklemle ilgili bazı sınırlılıkların olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın örnekleminin 18-40 yaş arasında olması, kadın katılımcılarının sayısının erkek katılımcıların sayısından fazla olması, sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyinin de eşit düzeyde dağılmaması bu çalışmanın genellenebilirliğinin sınırlı olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın örnekleminin yeme bozukluğu tanısı almış klinik gruptan oluşmaması karşılaştırma yapılabilecek farklı bir grubun olmamasına neden olmaktadır. Gelecekteki çalışmalarda yeme bozukluğu tanısı almış klinik grupla, tanı almamış grup arasında karşılaştırma

yapılması iki grup arasındaki farklılığın ortaya koyulması ve araştırma sonuçlarının genellenebilir olması bakımından daha sağlıklı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin özbildirime dayalı olması, katılımcıların yeme tutumlarının, çocukluk çağı travmalarının, öz şefkat ve duygu düzenleme güçlüklerinin uygulanan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle kısıtlı olması bir diğer göz önünde bulundurulması gereken sınırlılıktır. Bu ölçeklerin özbildirim şeklinde olmasının katılımcıların kendini gizleme veya savunmacı bir tutumla soruları yanlı bir şekilde cevaplamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının geçmişe dönük bir şekilde değerlendirilmesi bir diğer sınırlılıktır. Katılımcılar travmatik yaşantıyı hatırlayamama, utanma, yargılanabilecekleri endişesi ya da ölçekteki maddelerin rahatsız edici deneyimleri hatırlatması ile birlikte travmatik yaşantıyı bildirmek istememe gibi bir durumla karşı karşıya kalabilecekleri ve bu durum da katılımcıların ölçeği doldurmalarını zorlaştırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmalar çocuklukta kötü muamele gören çocukların problemlerin içselleştirilmesi ve dışsallaştırılması için risk altında olduklarını göstermektedir. Artan uyum problemlerine ek olarak, çocuklukta kötü muamele görmüş çocuklar, görmeyen çocuklara kıyasla, daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadırlar (Cicchetti, Ganiban, Barnett, 1991). Ayrıca ebeveyn ve çocuk arasındaki güvenli bağlanma, çocukların sakinlik ve iyi olma duygularını geliştirmesini sağlamaktadır (Bowlby, 1988; Raque-Bogdan ve ark., 2011). Stresli zamanlarda, güvenli bağlanan çocuklar, kendilerini sakinleştirebilir ve öz eleştiriden uzaklaşabilirler (Gilbert, 2009; Gilbert, Irons, 2005; Gilbert, Procter, 2006; Schanche, 2013). İstismara uğrayan çocukların tehdite karşı duyarlılıkları artmıştır ve kendilerini güvende hissedemezler. Bu durum öz şefkat gelişiminin önünde engeldir (Gilbert, 2014; Gilbert, Procter, 2006). Dolayısıyla literatürde ebeveyn ile olan ilişkiler, bağlanma, çocuklukta kötü muamele görme gibi erken dönem yaşantıları ile öz şefkat ve duygu düzenlemenin ilişkisini ortaya koyan araştırmalar vardır. Gelecekteki araştırmaların, bu değişkenlerle yeme bozukluğu ilişkisinin öz şefkat ve duygu düzenleme ile incelenmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

EK'LER

Ek 1:ÖDÖ

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1-Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.					
2- Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					
3- Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.					
4- Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.					
5- Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.					
6- Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.					
7- Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.					
8- Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
9- Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10- Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.					
11- Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.					
12- Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.					
13- Acı veren olaylar yaşadığımda, kendime kibar davranırım.					
14- Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımı ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.					
15- Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.					
16- Sıkıntı veren bir olay olduğunda mantıksız biçimde abartırım.					
17- Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.					
18- Acı veren bir şeyler yaşadığımda, bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.					
19- Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.					
20- Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.					
21- Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
22- Benim için bir şeyler kötü gittiğinde, bu					

durumu herkesin yaşayabileceğini, bu durumun yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.					
23- Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.					
24- Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.					
25- Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.					
26- Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.					

Ek 2:YBDÖ

Son 28 günün kaçında…	Hiçbirinde	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
1- Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
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?							
3-Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
4-Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
5-Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?							
6-Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?							
7-Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?							
8-Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?							
9- Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?							
10- Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?							
11- Kendinizi şişman hissettiniz?							
12- Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?							

	Hiçbirinde	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
13-Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							
	Hiçbir	Nadiren	Yarıdan	Yarı	Yarıdan	Çoğu zaman	Her zaman

	zaman		az	yarıya	fazla		
14-Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)							
		Hiç	Biraz		Orta	Önemli ölçüde	
15-Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							

	Hiç		Biraz		Orta	Önemli ölçüde	
16- Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?							
17-Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?							
18- Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi?							
19- Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?							
20- Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?							
21- Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?							
22- Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)							

Ek 3:DDGÖ

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da	1	2	3	4	5

çalışmayı sürdürebilirim					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.		2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

Ek 4: ÇÇTÖ

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

KAYNAKÇA

Adams, C. E., Leary, M. R. (2007). Promoting self–compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*(10), 1120-1144.

Akkermann, K., Hiio, K., Villa, I., Harro, J. (2011). Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry research*, *185*(1-2), 39-43.

Akkol, Ö. (2018). *Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumlarının dürtüsellik ve öz duyarlık ile ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Aktaş, A. (2017). *Türkiye örnekleminde, narsisistik özellik, öz-şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi).

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, *48*(10), 974-983.

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.

Altıparmak, S., Yıldırım, G., Yardımcı, F., Ergin, D. (2013). Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *14*(4).

Altuntaş, S. (2013). *Lise son sınıf öğrencilerinin çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile mesleki olgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.

Andersen, AE., Yager, J. (2005). Eating disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı, cilt 1. B Sadock, V Sadock (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, s. 2005-2021

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.

Aral, N. ‘’Fiziksel İstismar ve Çocuk’’ Tekışık Veb Ofset Tesisleri, Ankara, 1997.

Aral, N., Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi, 151*(5), 27-54.

Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E., Yıldırım, E. (2003). Ankara'da Eryaman sağlık ocağı bölgesi'nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25*(2), 55-62.

Back, S., Lips, 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.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125-143.

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), 42.

Bakır, E., Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye'de yapılan araştırmalara yansıması: Bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4*(2), 13-24.

Bakış N, Çam O. İlköğretim Öğretmenlerinin Öğrencilere Yönelik Tutum ve Davranışlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Açısından İncelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi 2005; 5(2):29-34.

Baktıroğlu, G., (2019). *Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeğinin yetişikinler üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi).

Barlow, M. R., Turow, R. E. G., Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child abuse & neglect, 65*, 37-47.

Barnard, L. K., Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, interventions. *Review of general psychology, 15*(4), 289-303.

Barrow, A. (2007). *Shame, self-criticism and self-compassion in eating disorders* (Doctoral dissertation, Psychology).

Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. Herzog, DB. (1999). *Eating disorders. New England Journal of Medicine, 340*(14), 1092-1098.

Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 206-226.

Berking, M., Whitley, B. (2014). Emotion regulation: Definition and relevance for mental health. In *Affect Regulation Training* (pp. 5-17). Springer, New York, NY.

Bildik T. Çocukluk Çağı Duygusal İstismarı. Çocuk Forumu Dergisi 2002; 12(1):9-13.

Bizeul, C., Brun, J. M., Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, *18*(3), 119-123.

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.

Bowlby, J. (1988). A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York (Basic Books) 1988.

Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press.

Brandys, M. K., Slof-Op't Landt, M. C., van Elburg, A. A., Ophoff, R., Verduijn, W., Meulenbelt, I., ... Kas, M. J. (2012). Anorexia nervosa and the Val158Met polymorphism of the COMT gene: meta-analysis and new data. *Psychiatric genetics*, *22*(3), 130-136.

Breines, J., Toole, A., Tu, C., Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, *13*(4), 432-448.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *84*(4), 822.

Brown, M. Z., Comtois, K. A., Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, *111*(1), 198.

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. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*.

Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., van Furth, E. F., Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. Nutr.*, *27*, 263-275.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. I., Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(2), 101-107.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of eating disorders*, *28*(2), 139-147.

Bulik, C. M., Tozzi, F. (2004). The genetics of bulimia nervosa. *Drugs of Today*, *40*(9), 741-750.

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*, *36*(1), 32-39.

Burns, E. E., Jackson, J. L., Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(8), 801-819.

Bushi, B. (2016). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi.

Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J., Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(2), 193-203.

Büyükgöze-Kavas, A. (2007). Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(4), 305-310.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International journal of eating disorders*, *37*(4), 321-329.

Calati, R., De Ronchi, D., Bellini, M., Serretti, A. (2011). The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(3), 191-199.

Calkins, S. D., Marcovitch, S. (2010). Emotion regulation and executive functioning in early development: Integrated mechanisms of control supporting adaptive functioning.

Campbell, K., Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, *134*(3), 582-592.

Can, M., Tırtıl, L., Dokgöz, H. (2009). Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu. *Klinik Gelişim Dergisi*, 89-93.

Cicchetti, D., Ganiban, J., Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation.

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.

Clyne, C., Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, *21*(4), 269-281.

Cole, P. M., Michel, M. K., Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, *59*(2-3), 73-102.

Connors, M. E., Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, *13*(1), 1-11.

Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., ve Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. Eating Behaviors, 8(1), 91-97.

Çelikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koç, M., Etikan, I., Yücel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, *49*(2), 188-194.

Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, *22*(2), 153-160.

Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *20*(6), 476-483.

Davis, C., Levitan, R. D., Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., Carter, J. C., Kennedy, J. L. (2012). Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: genotypes and sub-phenotypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *38*(2), 328-335.

Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and violent behavior*, *5*(3), 291-328.

Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A. M. Y., Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, *27*(4), 578-599.

Deering, S. (2001). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists. *Primary care update for Ob/Gyns*, *8*(1), 31-35.

Deniz, M. E., Arslan, C., Özyeşil, Z., İzmirli, M. (2012). Öz-anlayış, yaşam doyumu, negatif ve pozitif duygu: türk ve diğer ülke üniversite öğrencileri arasında bir karşılaştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *1*(23), 428-446.

Devaud, C., Michaud, P. A., & Narring, F. (1995). Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, *43*(4), 347-360.

Diaz, A., Simantov, E., Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health: results of a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(8), 811-817.

Dokgöz H, Tırtıl L. Çocuklarda Fiziksel İstismar: Olgu Sunumu. Çocuk Forumu Dergisi 2005; 8(1):37-41.

Dolan, B. M., Birtchnell, S. A., Lacey, J. H. (1987). Body image distortion in non-eating disordered women and men. *Journal of psychosomatic research*, *31*(4), 513-520.

Douglas, E. M. (2014). A comparison of child fatalities by physical abuse versus neglect: Child, family, service, and worker characteristics. *Journal of Social Service Research*, *40*(3), 259-273.

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.

Ehring, T., Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, *41*(4), 587-598.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. Three Rivers Press.

Ergüney, E. (2012). *Yeme bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu, beden imgesi ve depresyonun değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Derg*, *13*(1), 48-57.

Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F., Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri, S*, *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., 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., Cooper, Z., Doll, H. A., Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, *56*(5), 468-476.

Faller, K. C. (1988). *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment*. New York: Columbia University Press.

Feldman, M. B., Meyer, I. H. (2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International journal of eating disorders*, *40*(5), 418-423.

Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self-compassion. *European Eating Disorders Review*, *22*(6), 487-494.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. Eating Behaviors, 14, 207–210.

Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Colditz, G. A. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *153*(11), 1184-1189.

Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion

regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*, *10*(7), e0133481.

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, *89*(2-3), 298-301.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, *13*(4), 821-828.

Garner, D.M. (2002) ‘‘Body Image and Anorexia Nervosa’’, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.295-303.

Geller, J., Johnston, C., Madsen, K., Goldner, E. M., Remick, R. A., Birmingham, C. L. (1998). Shape-and weight-based self-esteem and the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *24*(3), 285-298.

90Gershon, E. S. (1983). Anorexia nervosa and major affective disorders associated in families: A preliminary report. *Childhood psychopathology and development*, 279-284.

Gervasini, G., Gordillo, I., García-Herráiz, A., Flores, I., Jiménez, M., Monge, M., Carrillo, J. A. (2013). Influence of dopamine polymorphisms on the risk for anorexia nervosa and associated psychopathological features. *Journal of clinical psychopharmacology*, *33*(4), 551-555.

Giardino, A. P., Christian, C. W., Giardino, E. R. (1997). *A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London, UK: Routledge.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208.

Gilbert, P. (2009). The nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, *6*(20), 273-291.

Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 97-112.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 6-41.

Gilbert, P., Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, *1*, 195-214.

Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy

approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(6), 353-379.

Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of adolescent health*.

Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, *63*(6), 577-586.

Gorey, K. M., Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child abuse & neglect*, *21*(4), 391-398.

Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., Moreira, H. (2019). Associations between Mindfulness, Self-Compassion, Difficulties in Emotion Regulation, and Emotional Eating among Adolescents with Overweight/Obesity. Journal of Child and Family Studies, 28(1), 273-285.

Gowey, M. A., Reiter-Purtill, J., Becnel, J., Peugh, J., Mitchell, J. E., Zeller, M. H., TeenView Study, G. (2016). Weight-related correlates of psychological dysregulation in adolescent and young adult (AYA) females with severe obesity. Appetite, 99, 211–218.

Grabe, S., Ward, L. M., Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, *134*(3), 460.

Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.

Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. Comprehensive Psychiatry, 49, 603–615.

Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC, US: APA.

Groesz, L. M., Levine, M. P., Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, *31*(1), 1-16.

Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A. S., Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(3), 326-332.

Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, *74*(1), 224.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, *10*(6), 214-219.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291.

Gross, J. J., John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 348.

Gross, J. J., Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, *2*(2), 151-164.

Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.

Gross, J., Rosen, J. C., Leitenberg, H., Willmuth, M. E. (1986). Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical Psychology*, *54*(6), 875.

Haedt-Matt, A. A., Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological bulletin*, *137*(4), 660.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *16*(4), 348-356.

Haudek, C., Rorty, M., Henker, B. (1999). The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, *25*(4), 425-433.

Haworth-Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*, *62*(1), 212-227.

Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 101-106.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*(1), 58-66.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford.

Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York: The Guildford Press.

Haynos, A. F., Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(3), 183-202.

Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 31-47.

Herzog, D. B., Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*, 1-29.

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.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(2), 169.

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.

Homan, K. J., Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body image*, *15*, 1-7.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J. O., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., ... Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(7), 921-927.

Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R., Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(1), 5-9.

Houtkooper, L. (2000). Clinical Sport Nutrition. *Eating Disorders and Disordered Eating in Athletes, Edited by Burke L. and Deaki V., New York: The McGraw-Hill Companies*, 210-235.

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.

Inwood, E., Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*(2), 215-235.

İmren, S. G., Ayşe, A. Y. A. Z., Yusufoğlu, C., ARMAN, A. R. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, *26*(1), 11-16.

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.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, *34*(4), 597-611.

Jalali-Farahani, S., Chin, Y. S., Nasir, M. T. M., Amiri, P. (2015). Disordered eating and its association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of Tehran. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(3), 485-492.

James, D. (2013). *Associations Among Self-Compassion, Stress, and Eating Behavior in College Freshmen*. Arizona State University.

Janout, V., Janoutová, G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers*, *148*(2), 189-193.

Jarry, J. L. (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *43*(4), 367-374.

Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical psychology review*, *25*(8), 1008-1027.

Kadıoğlu, M., Ergün, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, *5*(2), 96-104.

Kaleağası, H., Özge, A., Toros, F., Kar, H. (2009). Cinsel istismar sonrası belirginleşen çocukluk çağı migren başağrısı: Olgu sunumu. *Ağrı*, *21*(2), 80-82.

Kaplan, S. (1996). Physical Abuse and Neglect. 1033-1041. In: M Lewis (Ed), 2nd ed Child And Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Williams & Wilkins, Baltimore, MA.

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, Biçer. Ü, Gökalp. SA., 2004. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47, p.140-51.

Karasar, N. (1999). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayınevi

Kashdan, T. B., Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, *39*(1), 1-12.

Kasset, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*.

Kaya, A., Yılmaz, A., Demirhan, B. İ. (2016). Obez hastalarda yeme tutumu ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med*, *5*(3), 117-119.

Kaytez, N., Yücelyiğit, S., Kadan, G. (2018). Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 18-24.

Keel PK, Keel, P. K., Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological bulletin*, *129*(5), 747.

Kelly, A. C., Carter, J. C., Borairi, S. (2013). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes?. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(1), 54-64.

Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1041-1056.

Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., Zheng, H. (2004). The US national comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures. *International journal of methods in psychiatric research*, *13*(2), 69-92.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 617-627.

Kırımsoy, E., Acar, H., Sevük, H. Y. (2013). Sosyal çalışma görevlileri için eğitim kitabı. *Ankara: Türkiye'de Çocuklar İçin Adalet Projesi Yayınları*.

Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention* (Doctoral dissertation).

Koptagel-İlal G. (2000). *Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. Yeme Bozuklukları, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4211, 1. Baskı AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul; s. 99 – 109.*

Korkmaz, B. (2018). Öz-Duyarlık: Psikolojik Belirtiler ile İlişkisi ve Psikoterapide Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(1), 40-58.

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.

Köknel Ö. Cumhuriyet Gençliği ve Sorunları. İkinci basım, İstanbul: Cem Yayınevi, 1981.

Köroğlu, E. (2009). Benlik saygısı ve sağlıklı benlik algısı geliştirme. Ankara Hyb.

Kring, A. M., Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, *13*(5), 575-599.

Kring, A. M., Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. P Philippot, RS Feldman (Eds.), The Regulation of Emotion.

Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O., Erşan, E., İzgiç, F. (2002). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 10*(3), 255-66.

Kundakçı, H. A. (2005). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları, benlik algısı, vücut algısı ve stres belirtileri açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.

Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikoloji Bülteni, S, 10*, 32-37.

Lake, A. J., Staiger, P. K., Glowinski, H. (2000). Effect of Western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders, 27*(1), 83-89.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review, 40*, 111-122.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ... Berg, K. C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 22*(3), 212-216.

Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA (editors). New York: Guilford Press; 2011.

Lee, Y. H., Abbott, D. W., Seim, H., Crosby, R. D., Monson, N., Burgard, M., Mitchell, J. E. (1999). Eating disorders and psychiatric disorders in the first-degree relatives of obese probands with binge eating disorder and obese non-binge eating disorder controls. *International Journal of Eating Disorders, 26*(3), 322-332.

Levine, M. P., Piran, N., Jasper, K. (2015). Eating Disorders. Handbook of adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based. Springer Science Business Media New York.

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.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., ... Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of general psychiatry, 55*(7), 603-610.

Linehan, M. B. (1993). Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder. *New York: Guilford.*

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Almazroa, M. A. (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.

Lundahl, A., Wahlstrom, L. C., Christ, C. C., Stoltenberg, S. F. (2015). Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating behaviors*, *18*, 120-124.

Lyman, B. (1982). The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *The Journal of Psychology*, *112*(1), 121-127.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205.

MacBeth, A., Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, *32*(6), 545-552.

Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, *33*(1), 129-139.

Magnus, C. M. R. (2007). *Does self-compassion matter beyond self-esteem for women's self-determined motives to exercise and exercise outcomes?* (Doctoral dissertation, University of Saskatchewan).

Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, *5*(4), 130-139.

Marcus, M. D., Wing, R. R., Fairburn, C. G. (1995). Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*, *17*, S090.

Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy integration*, *7*(4), 291-312.

Maslow, A. H. (2013). *Toward a psychology of being*. Simon and Schuster.

McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour research and therapy*, *28*(3), 205-214.

McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1735-1752.

McNamara, K., Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, *46*(4), 518-523.

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.

Millar, H. R., Wardell, F., Vyvyan, J. P., Naji, S. A., Prescott, G. J., Eagles, J. M. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965–1999. *American Journal of Psychiatry*, *162*(4), 753-757.

200Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L., Minuchin, S. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.

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 self-compassion. *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 self-compassion and fear of self-compassion. *Mindfulness*, *7*(3), 596-605.

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.

Monell, E., Clinton, D., Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(8), 921-930.

Morry, M. M., Staska, S. L. (2001). Magazine exposure: Internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female university students. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *33*(4), 269.

Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., Day, K. (2014). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child abuse & neglect*, *39*, 167-174.

Nakazato, M., Hashimoto, K., Shimizu, E., Niitsu, T., Iyo, M. (2012). Possible involvement of brain-derived neurotrophic factor in eating disorders. *IUBMB life*, *64*(5), 355-361.

Nasser, M. (1988). Eating disorders: The cultural dimension. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *23*(3), 184-187.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, *2*(2), 85-101.

Neff, K. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the human sciences*, *9*(2), 27.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, *2*(3), 223-250.

Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept.

Neff, K. D., Hsieh, Y. P., Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, *4*(3), 263-287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

Neff, K. D., Lamb, L. M. (2009). Self-compassion. *Handbook of individual differences in social behavior*, 561-573.

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.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, *100*(4), 569.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, *3*(5), 400-424.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *9*(11), e1001349.

Ogden, T. (1990). On potential space. In Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. III: The implications of Winnicott's contributions (pp. 90-112).

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

Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., Bulguc, A. G. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*, *25*(2), 279-290.

Öncü, E., Kurt, A., Esenay, F., Özer, F. (2012). Çalışan çocukların ailede istismarı/Abuse of working children within the family. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, *10*(3), 128-140.

Örsel, S., Canpolat, B. I., Akdemir, 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.

Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy, 46, 296–321.

Öveç, Ü., Akın, A., Abacı, R. (2007). Self-compassion scale: The study of validity and reliability. In *th National Congress of Educational Sciences, Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turkey*.

Özen, Ş., Antar, S., Özkan, M. (2004). Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk ve depresif duygu durum üzerine etkisinin son sınıf üniversite öğrencilerinde incelenmesi. 40. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları*, 316-9.

Pehlivan, B. (2017). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutum inançları, bağlanma stilleri, yalnızlık düzeylerinin yeme tutumu üzerindeki etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi. İstanbul.

Perls, F., Hefferline, R. E., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy Excitement and Growth in the Human and Personality*.

Rike, K. M., Hoek, H. W., Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *27*(6), 436-442.

Polat O. Klinik Adli Tıp. Adli Tıp Uygulamaları. Çocuk istismarı, 7. Bölüm. Seçkin yayınları; Sözkesen Matbaası, Ankara, 2006; 129-176.

Polat, A., Yücel, B., Genç, A., Meteris, H. (2005). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranışı özellikleri: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi, C, 42*, 1-4.

Polat, O. (2000); "Çocukta Cinsel İstismar", Adli Tıp, Der Yayınları, 207-231

Polat, O. (2004). Klinik adli tıp. *Ankara: Seçkin Yayınevi*, 133-44.

Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar, Ankara. *Seçkin Yayıncılık*, 59-290.

Polivy, J., Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, *53*(1), 187-213.

Pope Jr, H. G., Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?. *The American journal of psychiatry*, *149*(4), 455.

Pope, H. G., Champoux, R. F., Hudson, J. I. (1987). Eating disorder and socioeconomic class: Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Racine, S. E., Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(4), 785–795.

Racine, S. E., Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(1), 55-58.

Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(2), 272.

Reffi, A. N., Boykin, D. M., Orcutt, H. K. (2018). Examining Pathways of Childhood Maltreatment and Emotional Dysregulation Using Self-Compassion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-17.

Rice, L. N., Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.

Richards, J. M., Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, *79*(3), 410.

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.

Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, *9*(1), 50-57.

Rohde, P., Stice, E., Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 187-198.

Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, *126*(6), 1240-1253.

Rottenberg, J., Salomon, K., Gross, J. J., Gotlib, I. H. (2005). Vagal withdrawal to a sad film predicts subsequent recovery from depression. *Psychophysiology*, *42*(3), 277-281.

Rugancı, R.N. (2008) The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world. Yayımlanmamış doktora tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi.

Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers.

Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *3*(1), 3.

Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (1994). Child and Adolescent Psychiatry; Modern approaches. 3rd Ed. Blackwell Science Ltd. pp.230- 252.

Safran, J. D. (1998). Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion, and the process of change (pp. 107-144). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schanche, E. (2013). The transdiagnostic phenomenon of self-criticism. *Psychotherapy*, *50*(3), 316.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. New York: Guilford.

Sher, K. J., Grekin, E. R. (2007). Alcohol and Affect Regulation.

Shisslak, C. M., McKeon, R. T., Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, *46*(2), 185-189.

Sim, L., Zeman, J. (2005). Emotion Regulation Factors as Mediators Between Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms in Early Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence*, *25(4), 478–496.*

Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A

developmental perspective. *Journal of personality and social psychology*, *92*(2), 355.

Sirois, F. M., Kitner, R., Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. Health Psychology Official Journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association, 34(6), 661–669.

Siyez, D. M., Uzbaş, A. (2006). Bir grup üniversite öğrencesinin anoreksik yeme tutumlari ile âile yapisi arasindaki ılişki. In *Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davraniş bilimleri dergisi*. Cerrahpasa Tip Fakultesi Psikiyatri Klinigi Vakfi.

Slof-Op 't Landt, M. C. T., Meulenbelt, I., Bartels, M., Suchiman, E., Middeldorp, C. M., Houwing-Duistermaat, J. J., ... Brandys, M. K. (2011). Association study in eating disorders: TPH2 associates with anorexia nervosa and self-induced vomiting. *Genes, Brain and Behavior*, *10*(2), 236-243.

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.

Smink, F. R., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 610-619.

Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T., Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(5), 401-412.

Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, *34*(12), 4334-4342.

Stice, E., Marti, C. N., Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, *49*(10), 622-627.

Striegel-Moore, R. H., Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, *62*(3), 181.

Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms. *International Journal of Eating Disorders*, *35*(4), 504-508.

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., Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(5), 654.

Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., Jacobs, C. (1986). A controlled family study of anorexia nervosa. In *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders* (pp. 239-246). Pergamon.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*(7), 1073-1074.

Sunday, S., Labruna, V., Kaplan, S., Pelcovitz, D., Newman, J., Salzinger, S. (2008). Physical abuse during adolescence: Gender differences in the adolescents' perceptions of family functioning and parenting. *Child Abuse & Neglect*, *32*(1), 5-18.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 103-111.

Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., Danel, D. (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.

Şahin F. (2009). "Çocuğun Fiziksel, Cinsel ve Duygusal İstismarı". Çocuk ve Şiddet Çalıştayı (2009) 24-26.

Şahin, F. (2014). Fiziksel istismar. Çocuk İstismarına ve İhmaline Yaklaşım. Temel Bilgiler. Ed.: O. Derman, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, s.: 41-48.

Şiddeti Önleme Derneği Rapor, (2016) http://imdat.org/ Accessed 09 April 2018

Tahiroglu, A. Y., Avci, A., Çekin, N. (2008). Çocuk istismari, ruh sagligi ve adli bildirim zorunlulugu*/Child abuse, mental health, mandatory reporting law. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *9*(1), 1.

Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S., Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, *48*, 151-157.

Tam, C. K., Ng, C. F., Yu, C. M., Young, B. W. (2007). Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. *Journal of paediatrics and child health*, *43*(12), 811-817.

Tanaka, M., Suzuki, Y. E., Aoyama, I., Takaoka, K., MacMillan, H. L. (2017). Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. *Child abuse & neglect*, *66*, 31-40.

Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *35*(10), 887-898.

Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, *35*(2), 82-86.

Tarber, D. N., Cohn, T. J., Casazza, S., Hastings, S. L., Steele, J. (2016). The role of self-compassion in psychological well-being for male survivors of childhood maltreatment. *Mindfulness, 7*(5), 1193-1202.

Taylor, M. B., Daiss, S., Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science, 1*(3), 229.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development, 59*(2-3), 25-52.

Tice, D. M., Bratslavsky, E., Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of personality and social psychology*, *80*(1), 53.

Reagan, P., Hersch, J. (2005). Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample. *International Journal of Eating Disorders, 38*(3), 252-256.

Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body image, 2*(2), 129-135.

Traş, Ü., Dilli, D., Dallar, Y., Oral, R. (2009). Evaluation and follow-up of cases diagnosed as child abuse and neglect at a tertiary hospital in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences, 39*(6), 969-977.

Kong, S., Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1897-1907.

Toker, D. E., Hocaoğlu, Ç. (2009). KTÜ Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Yeme Tutumu Ve Psikoaktif Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 19*

Topkara, G. (2014). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları ve yetişkin bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin cinsiyete göre karşılaştırılması.* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi. İstanbul.

Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet,* 375(9714): 583-593.

Trepal, H. C. (2010). Exploring self-injury through a relational cultural lens. *Journal of Counseling & Development, 88*(4), 492-499.

Trepal, H. C., Boie, I., Kress, V. E. (2012). A relational cultural approach to working with clients with eating disorders. Journal of Counseling & Development, 90(3), 346-356.

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Hornick, J. (2001). Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report. *Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada*.

Trompetter, H. R., de Kleine, E., Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, *41*(3), 459-468.

Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi.

Unicef, (2015). Available at http://unicef.org.tr/, Accessed 09 April 2018.

Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Fernandez, F., Vandereycken, W., Pieters, G., Noorduin, C. (2004). Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *9*(4), 300-305.

Vardar, E., Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *22*(4), 205-212.

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *9*(5), 480.

Wade, T. D., Davidson, S., O'Dea, J. A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(4), 371-383.

Walker, C. E., Bonner, B. L., Kaufman, K. L. (1988). *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. Pergamon Press.

Wallace R.F. Family Violence. A Viacom Comp. USA, 1999; pp.37- 125.

Waller, G., Calam, R., Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, *28*(3), 285-286.

Werne, J., Yalom, I., (1995). Treating Eating Disorders. Jossey Bass Social and Beahvioral Science Series. Jossey-Bass Inc. U.S.

Werner, K., Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., Larimer, M. (2007). *Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? Eating Behaviors, 8(2), 162–169.*

Conference, I. H. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, *80*(12), 983.

WHO (World Health Organization), 2010. Child maltreatment. 24.10.2016.

WHO (World Health Organization), 2014. Health for the world's adolescents A second chance in the second decade, Geneva 27, Switzerland, Who Press, 8.

WHO., (2016) "Child Abuse & Neglect: Definition" http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/pr int.html (07.06.2016).

Wildes, J. E., Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(5), 421-427.

Wilson, A., Robinson, N. M. (2002). Transitional objects and transitional phenomena. *Editors-in-Chief*.

Winnicott, D. (1971). Chapter 7. The location of cultural experience. In Playing and Reality (pp. 112-129). New York: Basic Books.

Wittchen, H. U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, *15*(4), 357-376.

Wolz, I., Fagundo, A. B., Treasure, J., Fernández-Aranda, F. (2015). The processing of food stimuli in abnormal eating: a systematic review of electrophysiology. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 251-261.

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.

World Health Organization. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10lh Revision Version for 2007.

World Health Organization. *Violence: a public health priority: WHO Consultation on Violence and Health. Geneva; 1996*. Document WHO/EHA/SPI. POA. 2.

Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., Friederich, H. C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*(16), 3365-3385.

Wu, Q., Chi, P., Lin, X., Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child abuse & neglect*, *80*, 62-69.

Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *3*(3), 140.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, *46*(4), 295-298.

Yılmaz, Z., Kaplan, A. S., Zai, C. C., Levitan, R. D., Kennedy, J. L. (2011). COMT Val158Met variant and functional haplotypes associated with childhood ADHD history in women with bulimia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *35*(4), 948-952.

Yücel, B., Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F., Vardar, E. (2013). Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı. *Ankara: TPD Yayınları*.

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, *355*(9205), 721-722.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, U., Şar, V., Öztürk, M., Kara, M. E., Alyanak, B. (2001). Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *2*(2), 69-78.