

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA RUHSAL TRAVMA YAŞAYAN GENÇ
YETİŞKİN KADINLARIN, YEME DAVRANIŞLARI VE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

BÜŞRA ACAR

118507028

Prof. Dr. Işık Karakaya

İSTANBUL

2022

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA RUHSAL TRAVMA YAŞAYAN GENÇ YETİŞKİN
KADINLARIN, YEME DAVRANIŞLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING BEHAVIORS AND RESILIENCE OF
YOUNG ADULT WOMEN WHO EXPERIENCED CHILDHOOD PSYCHOLOGICAL
TRAUMA**

Büşra Acar

118507028

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Işık Karakaya

(İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker

(İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar

(İmza)

Kocaeli Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 14.02.2022

Toplam Sayfa Sayısı:

Anahtar Kelimeler (Türkçe)

Anahtar Kelimeler (İngilizce)

- 1) Çocukluk Çağı Travmaları
- 2) Dışsal Yeme
- 3) Duygusal Yeme
- 4) Kısıtlayıcı Yeme
- 5) Psikolojik Sağlık

- 1) Childhood Traumas
- 2) External Eating
- 3) Emotional Eating
- 4) Restrained Eating
- 5) Psychological Resilience

ÖNSÖZ

Öncelikle başta yüksek lisansta bize çok değerli bilgiler öğreterek bizi çocuklarla travma çalışmak konusunda çok iyi bir eğitim veren ve sonrasında tezimle ilgili sürecimde bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Işık Karakaya'ya çok teşekkür ederim. Bölüm koordinatörümüz Prof. Dr. Tamer Aker'e bize öğrettiği sayısız bilgi ve her zaman öğrencilerinin arkasında durduğunu gösterdiği için teşekkür ederim. Lisans mezuniyetimden sonra ne yapacağımı bilemediğim süreçte yolumu aydınlatarak beni bu bölümü okumaya cesaretlendiren; yazma, okuma ve öğrenme arzumu destekleyen sayın hocam Psikanalist Mehmet Mansur'a aradan çok uzun yıllar geçse bile teşekkürü borç bilirim.

Tüm eğitim hayatım boyunca bana yardımcı olan başta ablam olmak üzere, tez sürecime destek veren başarılı genç kadınlar olan küçük kuzenlerim Melike ve Selin'e, her zaman arkamda olan annem ve babama çok teşekkür ederim.

Travma psikolojisi çalışmaya beraber başladığım ve her zaman sahadaki yol arkadaşlarım olan Elif, Irmak ve Selda'ya,

Çalıştığımız ortamı her daim neşelendiren Ayşegül'e, hiçbir desteğini esirgemeyen canım ortağım Betül'e,

Bana tez yazma sürecimde akademik bilgisiyle hep yardımcı olan ve sohbetini, muhabbetini her zaman aradığım eski dostum Anıl'a,

Yaptığı sıcak kahveyle bile her zaman yanımda olan canım dostum Semen'e,

Motivasyonumun en düştüğü anda bile yardımına hızır gibi yetişen canım Uğur'a,

Sevgisiyle, şefkatiyle ve her zaman yanımda olmasıyla bana destek olmayı asla ihmal etmeyen, her zaman tünelin sonundaki ışığı görmemi sağlayan en önemli dayanağım Yusuf'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR	viii
SEMBOL LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
ABSTRACT	xiv
ÖZET.....	xvi
GİRİŞ BÖLÜMÜ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI.....	4
1.1.1.Psikolojik Travma	4
1.1.2. Travmatik Yaşam Olayları	4
1.1.3. Çocukluk Çağı Örseleyici Yaşantıları.....	5
1.1.3.1. Çocukluk Çağında Duygusal İstismar.....	5
1.1.3.2 Çocukluk Çağında İhmal.....	6
1.1.3.3 Çocukluk Çağında Fiziksel İstismar.....	7
1.1.3.5. Çocukluk Çağında Cinsel İstismar	7
1.1.3.6. Çocukluk Çağında Aşırı Koruma-Kontrol.....	8
1.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji.....	9
1.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikososyal Sonuçları.....	10
1.2. YEME DAVRANIŞLARI.....	12
1.2.1. Yeme Davranışı Tanımı.....	12
1.2.2. Yeme Davranışı Türleri.....	12

1.2.2.1. Dışsal Yeme	12
1.2.2.2. Duygusal Yeme.....	13
1.2.2.3. Kısıtlayıcı Yeme.....	16
1.2.3. Yeme Davranışları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki	18
1.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK.....	21
1.3.1. Psikolojik Sağlamlık ve Psikolojik Travma Arasındaki İlişki	22
1.3.2. Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Kişisel Özellikler.....	25
İKİNCİ BÖLÜM.....	28
YÖNTEM	27
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	27
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	27
2.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	27
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
2.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	28
2.4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇCRTÖ).....	28
2.4.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA).....	29
2.4.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)	29
2.5. İŞLEM	30
2.5.1. Veri Analizi	30
2.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	31
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	32
BULGULAR	32
3.1. BETİMSEL İSTATİSTİKİ BULGULAR	32
3.1.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellik Bulguları	32

3.1.2. Katılımcılara Ait Kilo ve Diyet Geçmişlerine Dair Bulgular	34
3.1.3. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayı Deneyimleri.....	36
3.1.4. Katılımcıların Psikiyatrik Destek Alma Geçmişi	36
3.2. ÖLÇEKLERİN PUANLARINA DAİR BULGULAR.....	37
3.2.1. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Puanları Özellikleri	37
3.2.1.1. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki	38
3.2.1.2. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Olumsuz Yaşam Olayı Deneyimleri Geçmişi Arasındaki İlişki	40
3.2.1.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki	43
3.2.1.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişki	47
3.2.2. Katılımcıların Yeme Davranışları Puanları Özellikleri	49
3.2.2.1. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki.....	50
3.2.2.2. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişki.....	51
3.2.2.3. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki	52
3.2.2.4. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişki	56
3.2.3. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Puanları Özellikleri	58
3.2.3.1. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki.....	58
3.2.3.2. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişki.....	59

3.2.3.3. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki	60
3.2.3.4. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişki	60
3.3 ÖLÇEKLER ARASI İLİŞKİLERE DAİR BULGULAR.....	61
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	68
TARTIŞMA.....	68
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKÇA.....	79
EKLER.....	92
EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	92
EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	93
EK 3: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ).....	95
EK 4: Hollanda Yeme Davranışları Anketi (HYDA).....	100
EK 5: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)	105
EK 6: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu	106

KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza
BN	Bulimia Nervoza
ÇÇRTÖ	Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği
HYDA	Hollanda Yeme Davranışları Anketi
ISPCAN	The International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect
KPSÖ	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
SHÇEK	T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYB	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SEMBOL LİSTESİ

\bar{x} = Ortalama

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Diyet Yapanların (Kısıtlayıcı Yiyicilerin) Kısıtlayıcı-Baskıcı Diyete Tepkisi	17
Şekil 1.2. Travmanın Potansiyel Sonuçları	23
Şekil 1.3. Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Duyarsızlaşma Modeli	24
Şekil 1.4. Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Baş Etme Kapasitesi Modeli	25

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo 3.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 3.3. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımı.....	32
Tablo 3.4. Katılımcıların Kendi Kilo Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 3.5. Katılımcıların Kilo Alma/Verme Çabalarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 3.6. Katılımcıların Diyet Yapma Geçmişlerin Göre Dağılımı.....	34
Tablo 3.7. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Durumu.....	35
Tablo 3.8. Katılımcıların Tedavi Gerektirecek Psikiyatrik rahatsızlık Yaşama Geçmişi.....	35
Tablo 3.9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Yaşantıları Puanları Özellikleri.....	36
Tablo 3.10. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Psikiyatrik rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	37
Tablo 3.11. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Psikiyatrik rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	39
Tablo 3.12. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Aşırı Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	40
Tablo 3.13. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	41
Tablo 3.14. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma – Aşırı Kontrol Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	42

Tablo 3.15. ÇÇRTÖ (Duygusal İhmal Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	43
Tablo 3.16. ÇÇRTÖ (Fiziksel İhmal) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	44
Tablo 3.17. ÇÇRTÖ (Duygusal İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu.....	45
Tablo 3.18. ÇÇRTÖ (Fiziksel İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu.....	45
Tablo 3.19. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu.....	46
Tablo 3.20. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Aşırı Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	47
Tablo 3.21. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	49
Tablo 3.22. Katılımcıların Yeme Davranışları Puanları Özellikleri.....	49
Tablo 3.23. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlatıcı Yeme Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	51
Tablo 3.24. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlatıcı Yeme Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	52
Tablo 3.25. HYDA (Dışsal Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	53

Tablo 3.26. HYDA (Duygusal Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	54
Tablo 3.27. HYDA (Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	55
Tablo 3.28. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	57
Tablo 3.29. Katılımcıların Psikolojik Sağlık Puanları Özellikleri.....	58
Tablo 3.30. KPSÖ ile Psikiyatrik rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	59
Tablo 3.31. KPSÖ ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	59
Tablo 3.32. KPSÖ ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	60
Tablo 3.33. KPSÖ ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu.....	61
Tablo 3.34. Çalışmadaki Değişkenlerin Korelasyon Tablosu.....	66

ABSTRACT

In recent years, there has been an increasing interest in researching childhood traumas and the psychopathologies they may cause. The causes and consequences of eating disorders are still being researched and its relation to psychological trauma is still not fully resolved. The effects of childhood traumas experienced by people on their resilience and personality traits that enable them to recover from the effects of negative experiences are significant research areas in Psychology. Therefore, this study was conducted to investigate the relationship between childhood traumas, eating behaviors and resilience experienced by young adult women.

This thesis examines the relationship between the childhood trauma experience of young adult women, their eating behavior and their resilience. In total 371 female participants participated via online means in this study.

Sociodemographic Information Form, Childhood Trauma Scale, the Dutch Eating Behavior Questionnaire and Brief Psychological Resilience Scale were used as assessment tools. Young adult women aged 18-25 were included in the study. Voluntary consent was obtained from all participants.

According to the results of the study, a significant relationship was discovered between childhood traumas and eating behaviors. In particular, a significant relationship has been found between emotional eating behaviors of young adult women and their childhood traumas. It has been determined that there is a negative relationship between childhood traumas and resilience of young adult women. When examining the relationship between eating behaviors and resilience, it was found that only when external eating scores increased, the resilience score decreased.

Findings obtained from young adult women participating in this study indicate that people who experienced various traumas during their childhood use negative coping methods such as emotional eating and restrictive eating. In addition, data shows that childhood traumas affect resilience negatively. The findings have been discussed in the light of the relevant literature.

Keywords: Childhood traumas, eating behaviors, emotional eating, external eating, resilience, restrained eating

ÖZET

Son yıllarda çocukluk çağı travmaları ve buna bağlı olarak neden olabilecekleri psikopatolojilerin araştırılmasına yönelik ilgi artmaktadır. Yeme bozukluklarını oluşturan nedenler ve sonuçları hala araştırılmaktadır ve özellikle psikolojik travma ile olan ilişkisi hala tam olarak çözülememiştir. İnsanların yaşadığı çocukluk çağı travmalarının kişilerin psikolojik sağlımlıkları üzerindeki etkisi ve olumsuz yaşantıların etkisinden kurtularak iyileşmelerini sağlayan kişilik özellikleri psikolojinin önemli bir araştırma konusudur.

Bu tez çalışması genç yetişkin kadınların çocukluk çağı travma geçmişlerinin yeme davranışları ve psikolojik sağlımlıkları arasındaki ilişkiyi incelemektedir. 371 kadın katılımcının katıldığı bu araştırmada veriler çevrimiçi olarak toplanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği değerlendirme araçları olarak kullanılmıştır. Çalışmaya 18-25 yaş aralığındaki genç yetişkin kadınlar dahil edilmiştir. Bütün katılımcılardan gönüllü onamları alınmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı travmaları ile yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Özellikle genç yetişkin kadınların duygusal yeme davranışları ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Genç yetişkin kadınların çocukluk çağı travmaları ile psikolojik sağlımlıkları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yeme davranışları ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiye bakıldığında ise yalnızca dışsal yeme puanları arttığında psikolojik sağlamlık puanının düştüğüne dair bir ilişki bulunmuştur.

Bu araştırmaya katılan genç yetişkin kadınlardan elde edilen bulgular çocukluk döneminde çeşitli travmalar yaşayan kişilerin özellikle duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme gibi olumsuz başa çıkma yöntemlerini kullandığına işaret etmektedir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkilediğine dair bulgularımız vardır. Elde edilen bulgularımız ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme, psikolojik sağlık, yeme davranışları

GİRİŞ BÖLÜMÜ

Kültürümüzde cenaze evinde yemek dağıtılır, mutlu olaylardan sonra kutlama yapmak için yemek yenir. Mutsuz olduğumuzda iştahın kesilmesi, yemek yemeyi istememe pek çok kişide karşılaşılan bir durumdur. Yemek yeme ile duyguların ilişkisi uzun yıllardır psikolojinin temel bir araştırma konusudur. Aynı şekilde travmada çok uzun yıllar ihmal edilmiş, gözden kaçırılmış bir konu olmakla beraber son yıllarda sıklıkla araştırılan bir konu olmuştur. Bu çalışma yeme davranışları ile çocukluk çağında yaşanmış örseleyici yaşantıların ilişkisini araştırmanın yanı sıra bunların psikolojik sağlamlıkla arasındaki ilişkiyi de araştırmayı amaçlamaktadır.

Yeme bozuklukları vücudun şeklini ve ağırlığını değiştirip, kontrol etme çabalarının yanı sıra bozulmuş yeme davranışlarını içeren, gıda tüketimiyle ilgili anksiyete yaşama ve gıdayla aşırı uğraş ile karakterize bir rahatsızlıktır. Bozulmuş yeme davranışları arasında, duygusal yeme, dışsal yeme, kısıtlayıcı yeme, kusma, gıdadan kaçma, öğün atlama, tıkanırcasına yeme, müşhil kullanma gibi davranışlar yer almaktadır (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky-Kraff, & Wilfley, 2008).

2006 yılında yapılan bir çalışmada pek çok araştırmada olduğu gibi yeme bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Calderon, 2006). Ayrıca 2002’de Amerika’da yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluklarının en yaygın olarak genç yetişkin kadınlarda görüldüğü bulunmuştur (Patrick, 2002). Yeme bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu bilgisinden yola çıkılarak araştırmamızın genç yetişkin kadınlar üzerinde yapılması planlanmıştır.

Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismar pek çok psikopatolojinin gelişmesine neden olabilecek bir travmatik yaşantıdır. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan kişilerin %30’unun çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğu tıkanırcasına yeme

bozukluğu (TYB) ve bulimia nervoza (BN) hastalığı olan kişilerdir (Behar, Arancibia, Sepúlveda, & Muga, 2016). Başka bir çalışmada TYB olan kişilerin %83'ünün çocukluğunda en az bir kez örseleyici yaşantı geçmişı olduğu bulunmuştur (Rörh, ve diğerleri, 2014). Çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar yaşantılarının, anoreksiya nervoza (AN) kısıtlayıcı tip olan ergenlerde kontrol grubuna göre daha çok olduğu görülmüştür (Jaite, ve diğerleri, 2012). Bu çalışmalar yeme bozuklukları ve travma ilişkisinin araştırılması gereken önemli bir alan olduğuna, özellikle kültürümüzde de bu çalışmaların yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Psikolojik sağlamlık kavramı büyük zorluklara rağmen bu zorluklarla başarılı bir şekilde başa çıkmayı ifade eder. Bir kişinin herhangi bir stres etkenine karşı tepkisi onun durumu değerlendirme, yaşantıya anlam yükleme, deneyimi bilişsel olarak işleme becerisiyle ilişkilidir. Psikolojik sağlamlık stresten kaçınmak değildir, erken çocukluk deneyimlerinden ve yetişkinlik stresinden etkilenen bir kavramdır (Rutter , 1985). Her çocuk travmatik stres faktörlerine karşı farklı bireysel tepkiler gösterir. Bazı çocuklar etkilenmemiş gibi gözükürken, bazıları ise travmatik stres tepkileri gösterir. Psikolojik sağlamlık çocuklardaki bu farklı tepkileri açıklamak için kullanılan önemli bir kavramdır (Honor, 2017). Bu yüzden araştırmamıza psikolojik sağlamlık kavramı da eklenmiştir. Alanyazında psikolojik sağlamlık temelli tedavi yaklaşımlarının yeme bozukluğu olan kişilerde umut, hayatı kabul, değişim için istek duyma, aktif başa çıkma gibi kavramları harekete geçirdiği ve iyileşmelerini kolaylaştırıldığı görülmüştür (Las Hayas, ve diğerleri, 2016). Burada bizde merak uyandıran durum ise psikolojik sağlamlık ile bozulmuş yeme davranışlarının bir ilişkisi olup olmadığını saptamaktır.

Yaşam boyu etkisi araştırılan çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ile ilişkisi alanyazında önemli bir yere sahiptir. Çocukluk çağında travma yaşamış olmanın yeme bozukluğu geliştirmek için bir risk faktörü olabileceği hakkında araştırmalar vardır. Ayrıca bozulmuş yeme davranışlarının

yaşanan travmatik stresten sonra bir olumsuz başa çıkma yöntemi olup olmadığı halen araştırılmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak, çalışmamızda bu iki kavramın ilişkisi araştırılacaktır. Ayrıca psikolojik sağlamlık kavramı da psikolojik travmayla ilişkili ve birbirini etkileyen kavramlardır. Bu yüzden bu üç faktörün ilişkisi araştırmamızın önemli üç anahtar kavramı olacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI

1.1.1. Psikolojik Travma

Psikolojik travma insanlarda derin, değişime dirençli, kapsamlı bir etki bırakır. Genellikle travmalar kişinin ölümle, bir uzvunun kaybıyla, kendi kişilik yapılanmasına zarar verecek bir aşağılama ve manipülasyonla karşı karşıya kalma durumuyla ilgilidir. Psikolojik travma nedeniyle insanlar korku, keder, kaygı duygularını çok sık yaşar. Örseleyici yaşantılar insanların dünyayı güvenilmez bir yer olarak algılamasına neden olur ve insan ilişkilerine yönelik tutumlarını sarsar (Titchener, 1985).

Psikiyatrik tanı sınıflandırma rehberi olan DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'na göre kişinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alması için gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalma ya da cinsel saldırıya uğramış olmasının yanı sıra: (1) Bu travmatik olayı doğrudan yaşaması, (2) başkalarının başına gelen olayı doğrudan görmesi, (3) bir yakınının başına örseleyici olay geldiğini öğrenmesi, (4) örseleyici olayın ayrıntılarıyla defalarca veya aşırı derecede karşı kalması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Travmatik Yaşam Olayları

Travmatik olaylar ve etkileri yaklaşık 200 yıldır psikolojide araştırılan konular arasında yer almaktadır. Afetler insanları en çok etkileyen travmatik olaylar arasında yer alır. Afetler deprem, sel, çığ, hortum gibi doğal kökenli olabilir. Cinsel istismar, trafik kazaları, savaş, terör olayları, yerinden edilme gibi insan kaynaklı travmalar da yaşanabilir. İnsanlar yaşamları boyunca potansiyel olarak bu olaylarla karşılaşabilirler (Aker, Önen, & Karakılıç, 2007).

Karancı ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %84,2'si hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadığını belirtmiştir. Bu katılımcıların yaşadığı travmatik olaylar DSM IV'te bir kişinin TSSB geliştirmesi için belirtilen A kriterine göre değerlendirildiğinde %44,9'unun TSSB tanısı alabilecek ölçüde bir travma yaşadığı bulunmuştur. Ruhsal travmatik olay yaşayan kişilerin %74,1'i doğal afet, %57,9'u sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü, %36,2'si ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı, %10,8'i aile üyelerinden biri ya da tanıdığı biri kişi tarafından cinsel bir saldırı yaşamıştır (Karancı, ve diğerleri, 2012, s. 35-38).

1.1.3. Çocukluk Çağı Örseleyici Yaşantıları

Çocuk ihmali ve istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu deneyimler hem akut dönem hem de yaşam boyunca çeşitlik psikiyatrik rahatsızlıkların gelişme ihtimalini arttırmaktadır. Erken yaşlarda yaşanan travmatik stres çocuğun bilişsel, davranışsal, duygusal, fiziksel ve sosyal alanlardaki gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Kısaca fiziksel istismar çocuğun yaralanma riski olduğu olaylar yaşaması; cinsel istismar çocukla ilgili cinsellik içeren her türlü eylem; duygusal ihmal, çocuğun temel ihtiyacı olan psikolojik ve duygusal desteği sağlamada başarısızlık; fiziksel ihmal ise çocuğun temel bakımıyla ilgili ihtiyaçlarını karşılamama olarak tanımlanabilir (Bernstein, ve diğerleri, 2003). Alanyazın bulguları bize çocukluk çağı travmalarının sadece bir tanesinin ortaya çıkma ihtimalinin düşük olduğunu söylemektedir. Genellikle bir çocukluk çağı istismarı ile başka bir ihmal yaşantısı beraber yaşantılanmaktadır (Chartier, Walker, & Naimark , 2010).

1.1.3.1. Çocukluk Çağında Duygusal İstismar

Yaş, statü, konum gibi özellikler bakımından çocuk ve gençler üzerinde etkisi olan kişilerin, çocuklarının kişisel potansiyellerini, duygusal ve sosyal yeterliliklerini geliştirebilmeleri için gerekli ortamı hazırlayamaması durumu duygusal istismar olarak ifade edilmektedir. Çocuğun sürekli kötülenmesi, terk

edilme ya da zarar görme ile tehdit edilmesi, küçük görme, “günah keçisi” ilan etme, korkutma, ayrımcılık yapma vb. davranışlar çocuğun duygusal, sosyal, ahlaki ve zihinsel olarak gelişmesine engel olur. Hiçbir fiziksel temas olmadan ebeveyn ve çocuk arasında zarar verici olarak gerçekleşen etkileşimlerdir (World Health Organization, 1999).

Şenkal ve Işıklı'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı çocukluk çağı travmalarının etkilerinin araştırıldığı çalışmada alanyazını destekleyen bulgular elde edilmiş ve çocukluğunda duygusal ihmal ve istismar yaşamış olan kişilerin, yetişkinlikte aleksitimik özellikler gösterebileceği bulunmuştur. Aynı zamanda yetişkinlikte aleksitimik özellikler göstermenin, kişinin depresyon yaşama ihtimalini artıracakı öngörülmüştür. Duygusal ihmal ve istismar çocuğun duygusal gelişimini dolayısıyla da psikopatoloji geliştirme ihtimalini etkilemektedir (Şenkal & Işıklı, 2015).

1.1.3.2 Çocukluk Çağında İhmal

Çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış kişiler ebeveynleri tarafından almaları gereken bakımı yeterince alamamıştır. Duygusal ihmal bakım verenlerin çocuklarına yeterli ilgi ve sevgi ile yaklaşmaması, partnerinin ya da yabancı kişilerin çocuğu kötüye kullanmasına göz yumması, çocuğun zarar verici maddeler kullanmasına izin vermesi, çocuğun psikolojik sağlığına önem vermemesi gibi davranışlar olarak tanımlanır (Şar, 1998).

Genel bir kavram olarak çocuk ihmali, çocuğa bakımveren kişilerin aslında önlerinde bir engel yokken çocuğun gelişimi ve sağlığı için yapması gerekenleri yapmama durumudur. Sadece yoksul kişilerin çocukları ihmale maruz kalmaz, varlıklı kişilerin de çocuklarını ihmal etmesi söz konusudur. Çocuğa güvenli bir yaşam koşulu sağlamama, beslenmeden mahrum bırakma, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamama, duygusal gelişimini desteklememe çeşitli ihmal türleri arasındadır (World Health Organization & ISPCAN, 2006).

Türkiye’de UNICEF ve SHÇEK tarafından gerçekleştirilen, çocuk istismarı ve aile içi şiddeti araştıran bir çalışmada çocuklara yapılan fiziksel ihmaller arasında okula göndermeme, okul forması ve kırtasiye malzemeleri gibi ihtiyaçları almama, yemek vermeme, temel ihtiyaçlarını karşılamama, giysi almama, hastaneye götürmeme, yalnız bırakma yer almaktadır (SHÇEK & UNICEF, 2010).

1.1.3.3 Çocukluk Çağında Fiziksel İstismar

Çocukluk çağı fiziksel istismarı çocuğun yaşamına, fiziksel gelişimine, sağlığına ve hayatta kalmasına etki eden fiziksel güç kullanımına denir. Çocuğa şiddet göstermek, tokat atmak, boğmak, bağlamak, yakmak, zehirlemek, ısırarak, sarsarak, itirmek fiziksel istismar eylemleridir. Çoğu şiddet eylemi aile tarafından bir ceza yöntemi olarak kullanılmaktadır (World Health Organization & ISPCAN, 2006).

UNICEF ve T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülen ve aile içi şiddeti araştıran çalışmada 15-18 yaş dilimindeki çocuklarda erkekler kızlara göre daha fazla fiziksel istismar bildirmiştir. En çok karşılaşılan fiziksel istismar davranışları arasında dövme, dayak, vurma, hırpalama, terlik fırlatma, saç/kulak çekme, sıra dayacağı atma, tokat atma, tek ayak üstünde durma, bağırma, evden atma gibi davranışlar görülmüştür (SHÇEK & UNICEF, 2010) .

1.1.3.5. Çocukluk Çağında Cinsel İstismar

Çocukluk çağında cinsel istismar Dünya Sağlık Örgütü’nün raporunda şu şekilde tanımlanır: Çocuğun net olarak anlayamadığı, onay vermesi mümkün olmayan, psikososyal gelişim açısından hazır olmadığı halde bir cinsel etkinlik için kullanılmasıdır. Cinsel istismarı gerçekleştiren kişiler yaşça büyük mağdurun üzerinde önemli bir etkisi ve yetkisi olan, otorite figürü yetişkinler olabileceği gibi aynı zamanda çocuk da olabilir (World Health Organization & ISPCAN, 2006).

Çocukluk çağında cinsel istismar genellikle en zor ortaya çıkan istismar türlerindedir, çoğu zaman kimseye söylenmez ve uzun süre herkesten saklanır. Çocuğun genital, oral ve rektal bölgelerine cinsel amaçlı dokunma, cinsel organa maruz bırakma, cinsel organı izlemeye zorlama, çocuğa pornografik içerik gösterme ya da onu pornografik video üretiminde kullanma failin çocuğa yaptığı cinsel istismar eylemleri arasında sayılabilir (Johnson, 2004).

1.1.3.6. Çocukluk Çağında Aşırı Koruma-Kontrol

Aşırı koruma-kontrolcü ebeveynler çocuklarının aktivitelerini ve rutinlerini aşırı düzenlerler, otokratik bir karar verme şekilleri vardır, çocuklarını nasıl düşünecekleri ve hissedecekleri konusunda yönlendirirler. Araştırmalar çocuğunu daha fazla kontrol eden, daha az özerklik veren ebeveynlerin çocuklarının daha kaygılı ve daha utangaç olduğunu göstermektedir (Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003).

Ebeveynlerin çocuğu aşırı kontrol etmesi çocuğun ebeveyne bağımlılığını artıran bir faktördür. Ebeveyn çocuğun aktivitelerini, günlük rutinlerini ve duygularını kontrol etmeye çabalarken aslında çocuk bunları tek başına yapmayı öğrenemediği için bakımverene bağımlı hale gelebilir (Barber, 1996). Çocuklara yönelik aşırı kontrol edici davranışlar çocuğun dünyayı aşırı tehdit edici ve baş edemeyeceği kadar zor bir yer olarak algılamasına neden olabilir. Bir şeylerle baş etmekte ve kendi başına bir konuda ustalaşmakta zorlanır. Çocukların kaygısında ebeveynlerin aşırı kontrolcü olması tek başına etkili değildir, çocuğun mizaç özellikleri de bu durumla ilişkili olabilir (Hudson & Rapee, 2004).

Ebeveyn kaygısının aslında aşırı koruma ve kontrole neden olduğu ile ilgili alanyazında pek çok çalışma vardır fakat bu konuda herhangi bir kesin bulgu söz konusu değildir. Kaygılı ebeveynlerin mi çocuklarını daha fazla kontrol etme isteği duyduğu yoksa kaygısız ebeveynlerin de mi bu kontrol

isteğinden muzdarip olduğu hala üzerinde çalışmaların devam ettiği önemli bir konudur (Affrunti & Ginsburg, 2012).

1.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmış olan çocukların, suça sürüklenmesi, tutuklanması, antisosyal davranışlar göstermesi, riskli cinsel davranışlar göstermesi sık karşılaşılan bir durumdur. Daha küçük yaşlarda travmaya uğramış çocukların daha erken yaşlarda riskli davranışlarda bulunma ihtimali artmaktadır. Teoriler erken yaşta maruz kalınan travmatik deneyimlerin duygu, düşünce, davranış arabuluculuğunu olumsuz etkilediğini ve bu karar verme sürecindeki bozulmanın antisosyal davranışlara yol açtığını savunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları çocukluktan itibaren öz düzenleme yapamama, empati yoksunluğu, bilişsel çarpıtmalar, dürtü kontrol eksikliği yaşanmasıyla sonuçlanabilmektedir (Marsiglio, Chronister, Gibson, & Level, 2014).

Çocukluk çağında kötü muamele görmüş olmak depresyon için önemli bir risk faktörüdür. Araştırmalar çocukluğunda ihmal ve istismara uğramış kişilerin yaşam boyu majör depresyon yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle duygusal ihmal ve istismar yetişkinlikte majör depresyon yaşama riskini arttırmaktadır. Çocukluğunda tekrarlayan çoklu travmalar yaşamış kişilerin kronik depresyon yaşama ihtimali arttığı ve zaman içerisinde çok daha yavaş iyileşmekte olduğu gözlenmiştir (Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015).

Erken çocukluk çağı travması hem ergenlerde hem de yetişkinlerde alkol ve madde bağımlılığına yol açabilmektedir. Genelde travmanın başlangıcı bağımlılığın başlangıcından önce gelir. Yaşamlarının erken dönemlerinde travma yaşamış olan kişiler travmalardan kaynaklı yaşayacakları semptomları hafifletmek için alkol kullanabilmektedir. Aile içerisinde huzur eksikliği, anne ya da babanın evi terk etmesiyle ailedeki dinamiklerin değişmesi, ebeveynlerin

alkol kullanması gibi durumlar çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilmekte ve yetişkinlikte alkol kullanımını yordamaktadır (Mirsal, Kalyoncu, Pektaş, Tan, & Beyazyürek , 2004).

Cinsel istismara maruz kalmanın obezite ile ilişkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Çalışmaların pek çoğu çocukluğunda ihmal ve istismar yaşantılarının obezite ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda obezitesi olan bireylerin yaşadığı çocukluk çağı travmalarının normal popülasyona göre iki, üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu değişken yetişkinlikte obez olmak için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Palmisano, Innamorati, & Vanderlinden, 2016). Henüz travmatik deneyimler ile obezitenin bağlantısı keşfedilememiş olsa da bunun üzerine bazı teoriler mevcuttur. Çocukluk çağı travması yaşayan bireylerde disosiyatif süreçlerin daha düşük bir öz farkındalığa sebep olduğu ve bununda aşırı yemenin başlamasıyla sonuçlandığı üzerine teoriler bulunmaktadır (Vanderlinden, Vandereycken, Van Dyck, & Vertommen, 1993). Depresyon, sürekli öfke, stres durumuyla başa çıkmak ve olumsuz duygulanımı bastırmak için kişilerin duygusal yemeye yöneldiği düşünülmektedir. Bu teori ile obezite ve çocukluk çağı travmaları arasında duygusal yemenin aracı rolü açıklanmaktadır. (Kong & Bernstein, 2009).

1.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikososyal Sonuçları

Erken çocukluk döneminde travmaya maruz kalmış olmak çocuğun duygusal gelişiminde aksamalara neden olabilmektedir. Duyguları tanımlama ve ifade etme gücü olarak bilinen aleksitimi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki pek çok kez araştırılmıştır. Aleksitimi ile travma arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişki bulunamasa da bazı psikiyatrik belirtiler ile aracı rol üstlendiği görülmüştür (Şenkal & Palabıyıkoglu, 2015). Aust'un duygusal ihmal ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında ikisi arasında ilişki bulmuştur. Çocukluğunda duygusal ihmale maruz kalmış kişilerin duygu

düzenleme becerilerinin zayıf olduğu ve duygularını ifade etme ihtimallerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Aust, Härtwig, Heuser, & Bajbouj, 2013).

Çin’de yapılan ve 8452 öğrencinin katıldığı bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan travma deneyiminin kayıtsızlığa yol açtığı, bunun da yalnızlığı artırdığı ve intihar düşünceleriyle sonuçlanma ihtimalinin olduğu bulunmuştur. Kişilerin yaşadığı çocukluk travması ne kadar ciddi olursa bireylerde o kadar kayıtsız ve yalnız olabilmekte ve intihar düşünceleri geliştirme ihtimali artmaktadır. İntihar önemli bir psikososyal sorundur ve intihar düşüncesi, intihar davranışının önemli bir erken psikolojik işaretidir. Çocukluk çağı travmalarının kişide kapana kısılma ve yenilgi algısına yol açtığı ve intiharın bu yaşantılardan kaçmak için bir çözüm olarak görüldüğüne yönelik araştırmalar yapılmıştır. Kısaca çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış olmak yetişkinlikte intihar için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Angelakis, Gillespie, & Panagioti, 2019). Güçlü arkadaş grupları olan kişilerin psikolojik sıkıntı ile daha fazla baş edebildiği, özellikle arkadaş sayısının fazla olmasının bir önemi olmadığı fakat arkadaşlık bağının derinliğinin yaşanan psikolojik sıkıntı ile baş etmede ve yalnızlığın önlenmesinde önemli bir faktör olduğu görülmüştür (Wang, ve diğerleri, 2021) .

Çocukluk çağında değersiz hissettirilen, sevilmeyen, istenmeyen, yalnızca başkalarının ihtiyaçlarını karşıladığında onaylanan kişiler, çocuklukta kötü muameleye maruz kaldıkları için yetişkinlik döneminde davranışlarının olumsuz sonuçları hakkında duyarsız olan ve suçluluk duymayan bireyler olma ihtimali yüksektir. Bu özelliklerin bir kısmı saldırgan davranışlar ile ilişkilidir. Bu kişiler çocukluklarında çok fazla baskı altında hissettiklerinden dolayı kayıtsız olmaya başlarlar ve bunu stresli durumla bir baş etme yolu olarak kullanırlar. Ayrıca saldırıya ve kaçmaya hazır olabilmek için daha fazla duygusal hissizleşmeye ve vurdumduymazlığa yatkın hale gelebilmektedirler (Fang, Wang, Yuan, & Wen, 2020).

1.2. YEME DAVRANIŞLARI

Normal şartlarda yemek yemek açlık sinyalinden sonra yaptığımız bir davranıştır. Günümüzde ise artık yemek yemek sadece hayatta kalmak için gıda alımını sağlayan bir davranış değildir. Kimi zaman bir ödül, kimi zaman can sıkıntısını gidermek için bir araç bazen de olumsuz duygulanımla baş etmek için sağlıksız bir alışkanlık haline almıştır. Sağlıksız yeme davranışları edindikçe pek çok kişi yeme bozukluğu geliştirebilmektedir. Dışsal, duygusal ve kısıtlayıcı yeme biyolojik ve fizyolojik ihtiyaçlar dışında psikolojik ve toplumsal değişimlere bağlı olarak alışkanlık haline gelen yeme davranışlarıdır.

1.2.1. Yeme Davranışı Tanımı

Özellikle 1970'lerden itibaren yeme bozuklukları ve 1980'lerden itibaren de yeme davranışları ve tutumları sıklıkla araştırılan konulardır. Yeme davranışı insan ve gıda arasındaki her türlü etkileşimi açıklayan eylemleri içerir. Yeme davranışlarının gelişmesinde ebeveynlik davranışının, sosyal çevrenin ve yeme ortamının etkisi vardır. Normal gelişim aşlında yeterli besin alımı ve yaşam boyu sağlıklı beslenme ile karakterize olmalıyken yeme davranışları zaman içerisinde sağlıksız yönlere gidebilmektedir (Gahagan, 2012). Yeme davranışlarının ve insanın beslenme alışkanlıklarının çocukluktan itibaren kazanıldığı alanyazında benimsenen bir gerçektir. Çocukların yeme tercihleri ebeveynlerin yiyecek seçimleri ile de şekillenebilir. (Birch & Fisher, 1998).

1.2.2. Yeme Davranışı Türleri

1.2.2.1. Dışsal Yeme

Dışsal ipuçlarının (koku, renk vs.) yemeyi arttırıcı özelliği pek çok kez araştırılmıştır ve yeme alışkanlıklarıyla ilgili önemli bir gerçek olduğu kabul edilmektedir. Dışsal uyaranlar nedeniyle kişiler gıda özlemi duymakta ya da bir gıdayı arzulayabilmektedir. Özellikle obez insanlar üzerinde yapılan dışsal yeme araştırmaları dikkat çekicidir (Schacter & Rodin, 1974, s. 40).

Çok az dış uyaran olsa da bu yeme davranışına sahip kişiler yemek yemeye genellikle hep hazırdır. Yemek yeme için dışsal ipuçlarının takip edilmesi içsel olarak açlık hissiyle başlayan normal fizyolojik tepkinin doğasını bozmaktadır (Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods, & Fairouz, 2001).

Dışsal yeme “fırın etkisi” (bakery effect) olarak da çeşitli yerlerde adlandırılmaktadır. Bir kişinin bir fırının önünden geçerken ekmek kokusunu koklaması ve kendisini aç hissetmesi bu durumu iyi tanımlayan bir örnektir. Yiyeyeceğin kokusu açlığı başlatan bir mekanizma haline gelir. Dışsal yeme yalnızca koku duyusuyla sınırlı değildir, bütün duyu organlarına gelen herhangi bir duyum yemek için bir dış ipucu olabilmektedir (Dovey, 2010, s. 108).

Schacter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda dışsallık teorisi geliştirilmiş ve gıda ile ilgili koku, tat gibi ipuçlarının obez kişilerde yemeyi arttırdığına dair bulgular bulunmuştur. Obez olmayan kişilerin yemekle ilgili ipuçlarından kendilerini başarılı bir şekilde uzaklaştırabildiği bulunurken, obez olan kişilerin bu konuda başarılı olamadığı görülmüştür. Yani dışsal yeme davranışı olan kişiler içsel fizyolojik sinyallerine göre dışarıdaki yemek sinyallerine daha fazla duyarlıdır (Schachter, Goldman, & Gordon, 1968).

Dışsallık teorisi her zaman doğrulanamadığı için yerini kısıtlayıcı yeme alışkanlıkları araştırmaları almıştır. Rodin yaptığı çalışmada obez kişilerin dışsal uyaranlara karşı daha fazla seçici dikkat geliştirdiği teorisine meydan okumuş ve tüm ağırlık kategorilerindeki kişilerde dışsal yemenin görüldüğüne dair çalışmalar yapmıştır. Aşırı kilolu insanların dışsal olarak duyarlı, içsel duyarlılıktan yoksun olduğuna dair klasik teoriyi reddetmiştir (Rodin, 1981).

1.2.2.2. Duygusal Yeme

Duygusal yeme kavramı stres, kaygı, öfke gibi duyguları yiyecekler aracılığı ile yatıştırmayı ifade eder. Olumsuz duygulanımı azaltmak için öğrenilmiş bir başa çıkmadır. Duygusal yemenin içsel ve dışsal tetikleyicileri vardır. Yemek yemek bir davranıştır ve yeme içme ile alakalı alışkanlıklar

edinebiliriz. Eğer üzüldükten sonra tatlı yersek, tatlı yiyecekleri olumsuz duygudurum ile ilişkilendirebiliriz ve üzüldükten sonra tatlı yemek alışkanlık haline gelebilir. Aynı zamanda üzüntüden yemek yiyerek kaçınmak da bir alışkanlık haline gelebilir. Duygusal yeme hem bilinçli hem bilinçsiz bir şekilde gerçekleşebilir (Howell, 2017).

Duygusal yeme, yalnızca obez kişilerde değil her kilodaki insanda olabilir. Bu yeme davranışı yoğun bir diyetin sonucunda da görülebilir. Diyet yapan pek çok kişi kilo almalarının nedenini açıklayan faktör olarak duygusal yeme alışkanlığını göstermektedir. Diyet duygusal yemeye yönelmek için bir risk faktörü de olabilmektedir (Van Strein, 2018).

Duygusal yeme içgörünün az olmasıyla, aleksitimiyle, işlevsiz duygu düzenleme stratejileriyle ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağında maruz kalınan ebeveynlik tarzının, çocuğun duygusal ve psikolojik gelişimini olumsuz etkilemesiyle beraber duygularına yönelik yetersiz farkındalık gelişmesi sonucunda bireyin duygusal yemeye yönelebileceği belirtilmektedir. Genellikle aşırı koruyucu, manipülatif ya da ihmalkâr aile tutumlarına sahip ailelerin çocuklarında bu yeme alışkanlığı görülebilmektedir (van Strien, van der Zwaluw, & Engels, 2010).

Duygusal yeme ve travma arasındaki ilişki alanyazında araştırılan konular arasında yer almaktadır. Afrika kökenli Amerikalılarda yapılan bir çalışmada özellikle çocukluk çağında duygusal istismara uğramış kişilerde duygusal yeme alışkanlığı gözlenmiştir. Alanyazında çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın yetişkinlikte obeziteye ve duygusal yemeye yol açtığına dair çalışmalar mevcuttur (Michopoulos, ve diğerleri, 2015).

Karmaşık bir alışkanlık olarak duygusal yeme günümüzde hala araştırılmaktadır. Duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme alışkanlıkları beraber değerlendirildiğinde öğrenme teorileri stresli durumdan sonra aşırı duygusal yemenin bir duygu düzenleme işlevi olduğunu savunur. Diğer bir yandan ise

bilişsel teoriler, aşırı duygusal yemenin bir duygu düzenleme işlevi olmadığını ancak kısıtlanmış yiyicilerde kontrol kaybından dolayı oluştuğunu savunmaktadır (Rebekka, ve diğerleri, 2020).

Macht 2008 yılında yazdığı makalede duyguların yeme davranışını kişiye bağlı olarak beş farklı şekilde etkilediğini söyler:

1. Gıda seçiminde duygusal kontrol: Duygular yiyecek seçimini değiştirebilir. Duygular aşermeyi başlatır ve insanlar duygusal anlarında şekerli ve yağlı enerjisi daha yüksek olan yiyecekleri tercih edilebilir (Rosenstein & Oster, 1988). Duygusal yiyiciler normal zamanlarda kendilerine yasakladıkları ve aşırı yeme ihtimali olan yiyecekleri tercih ederler. Besin uyarılarının insanlarda uyandırdığı duygular besin seçimini etkileyebilir. Bazı kişilerde duygular yemekle ilgili ipuçları haline gelebilir.
2. Gıda alımının duygusal olarak bastırılması: Duygu eğer çok fazla güçlüyse (bir kişinin kaybıyla gelen üzüntü, bir şeyden çok korkma) normal iştah sistemini baskılar ve kişiler yemek yemek istemezler (Herman & Polivy, 1983). Örneğin insanlar hayatlarını tehdit eden bir olayla karşılaştıklarında yemek yemeyi akıllarına getirmezler bu normal bir reaksiyondur.
3. Olumlu ve olumsuz duygular bilişsel yeme kontrollerini etkiler: Kısıtlayıcı yiyicilerin yaşadığı duygusal stres onların yeme durumlarını etkiler ve kendilerine bir diyet kotası koyarlar (Herman & Polivy, 1983). Duygular gıda alımının bilişsel kontrollerini değiştirebilir. Ne kadar çok kişi kısıtlayıcı yiyicilerin üzerinde bilişsel kontrol uygularsa dikkatleri o derece dağılmakta ve aşırı yemeye karşı kontrol kaybı yaşama ihtimalleri o kadar artmaktadır (Boon, Stroebe, Schut, & Ijntema, 2010).
4. Olumsuz duygular yemeyi düzenleyebilir: Duygusal yemenin obeziteye neden olduğu popüler bir görüştür. Olumsuz duygular hissedildiğinde eski nötr duygulara geri dönebilmek için duygusal yeme davranışı

gerçekleştirilebilir. Kişiler ruh hallerini düzenlemek için yemek yerler (Macht & Müeller, 2007).

5. Yemenin duyguyu hafifletmesi: Duygular ve gıda alımından sonra hissedilen hoşluk duygusu ile beslenme algısı değişebilir. Olumsuz duygular gıdayla ilgili hoş hissiyatı azaltırken, olumlu duygular bu hissiyatı artırır (Macht, Roth, & Ellgring, 2002).

Duygular ve yemek yeme arasındaki ilişkinin açıklandığı bu teoriler ile beş farklı şekilde duyguların yeme davranışı üzerindeki etkisi açıklanmaktadır (Macht, 2008).

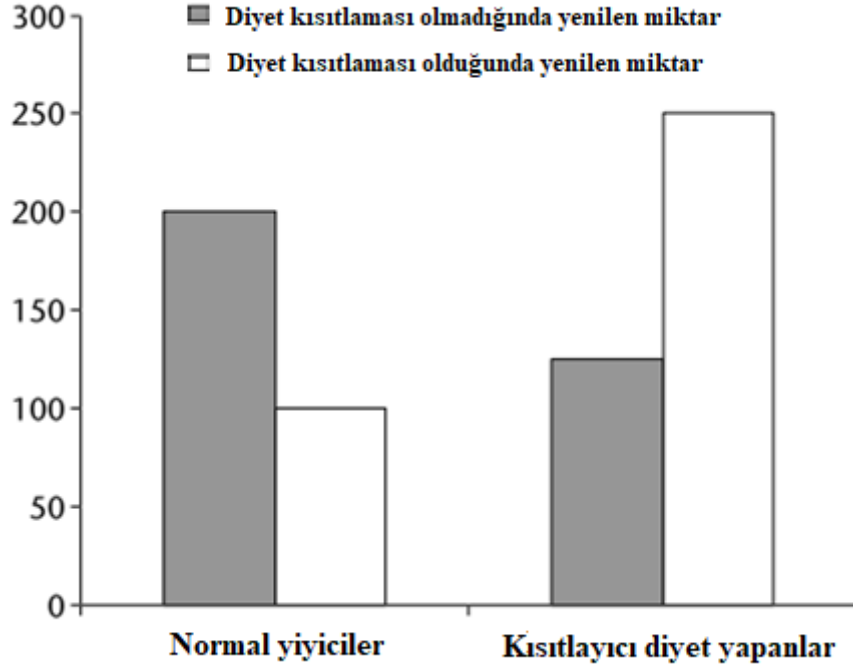
1.2.2.3. Kısıtlayıcı Yeme

Kısıtlayıcı yeme daha fazla şişmanlamamak ya da daha fazla kilo vermek için bilinçli olarak bazı yiyeceklerin alımını azaltmayı ifade eden bir kavramdır. Kısıtlayıcı yiyen kişiler neredeyse kendilerine yapılması imkânsız hedefler koyarlar. Özellikle son altmış yılda kadınların üzerindeki mükemmel fiziksel görünüm, aşırı zayıf olma gibi sosyokültürel beklentiler kısıtlayıcı yeme kavramını daha fazla görünür hale getirmiştir. Bununla beraber yeme kontrolü üzerindeki kayıpla ilgili psikiyatrik rahatsızlıklar da daha yaygın hale gelmeye başlamıştır (Tuschl, 1990).

Olumsuz duygulanım yaşadıklarında kısıtlayıcı yeme alışkanlığı olan kişiler aşırı yemeye yönelebilmektedir. Kısıtlayıcı yiyen kişiler tokluk sinyallerini takip etmeden yemeklerinin sonunu ne zaman bitireceklerini psikolojik olarak kontrol ederler (Polivy & Herman, 1999). Kısıtlayıcı yiyiciler normal yiyicilere göre daha uzun süre yemek yeme isteğini ve açlık duyularını görmezden gelebilirler. Eğer kısıtlayıcı yiyiciler zoraki bir diyet yapıyorlarsa normalden daha fazla yeme eğilimi gösterebilirler ve bu duruma karşı düzenleme (counter regulation) denmektedir. Kısıtlayıcı yiyiciler eğer karşı düzenleme durumuna geçerlerse tamamen doyana kadar buldukları her şeyi yerler. Zaten kısıtlayıcı yiyicilerin normalde enerjileri çok düşük olduğu için bu düzenleme

durumunda çok fazla yiyebilirler. Şekil 1.1.'de bu durum daha açık bir şekilde gösterilmektedir. (Dovey, 2010)

Şekil 1.1. Diyet Yapanların (Kısıtlayıcı Yiyicilerin) Kısıtlayıcı-Baskıcı Diyete Tepkisi



Kaynak: (Dovey, 2010, s. 102)

Her kısıtlayıcı yiyici tamamen çok katı değildir. Bazı kısıtlayıcı yiyiciler kuralları konusunda daha esnektir, çeşitli çevresel ve duygusal durumlar içerisinde tepki verebilirler. Bir gün çok fazla yemek yiyip, sonraki gün yemeyi kısıtlayarak telafi edebilirler. Diyetlerinde esnek olmaları onları başarısızlık duygusunun doğurabileceği olumsuz sonuçlardan korur. Diğer katı kuralları uygulayan kısıtlayıcı yiyiciler ise diyet kurallarına sıkı sıkıya bağlıdır ve ufak bir ihlali bile başarısızlık olarak değerlendirirler. İki farklı kısıtlayıcı yiyici arasındaki en önemli fark kuralları algılayış biçimleridir (Westenhoefer, 1991).

Alanyazına bakıldığında pek çok çalışmada vücut memnuniyetsizliği ile kısıtlayıcı yeme arasındaki ilişki araştırılmıştır. Lübnanlı ergen kızlar üzerinde

yapılan bir araştırmada ergen kızlarda bedenlerinden utanma, kendileri hakkındaki vücut imajlarının olumsuz olması ve kilo kaybetmek için kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Nakhoul, Mina, Soufia, Obeid, & Hallit , 2021).

Kısıtlayıcı yeme her ne kadar kilo vermede başarılı olmak için bir yöntem gibi görölse de aslında önemli olumsuz psikolojik sonuçları vardır. Çok fazla diyet kısıtlaması yapan kişilerin depresyona girme ihtimalleri arttığı (Frost, Goolkasian, Ely, & Blanchard, 1982) ve benlik saygılarının düşük olduğu bildirilmiştir (Polivy, Heatherton, & Herman, 1988). Kısıtlayıcı yiyiciler çok küçük yaştan itibaren beden imajlarıyla çok ilgilenir, kendilerini genelde şişman hissederler ve yemek yedikleri için pişmanlık duyarlar (Wardle & Beales). Sigara ve diyet kısıtlaması arasında da önemli bir ilişki vardır. Sigarayı bırakan kadınlar daha fazla gıda almaya başlarlar ve bu yüzden kilo alırlar. Sigara, kısıtlayıcı yiyiciler için stresli durumlarda sıkıntıyı azaltmak için kullandıkları bir araç rolü üstlenmektedir (Mitchell & Perkins, 1998).

1.2.3. Yeme Davranışları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki yıllardır alanyazında araştırılan önemli konulardan bir tanesidir. Çocukluk çağı travması olan bireylerin çocukluk çağı travması olmayan bireylere göre yeme bozukluğu geliştirme açısından daha büyük bir risk altında olup olmadıklarına dair farklı sonuçları olan çok sayıda araştırma vardır. Küçük örneklem büyüklüğu, karıştırıcı değişkenlerin etkisi, kontrol grubunun olmaması, çocukluk çağı travmalarını ve yeme bozukluğunu saptama sorularının açık olmayışı gibi çeşitli nedenler çalışmaların tutarlılığında ve güvenilir bilgilere ulaşmada şüphe oluşturmaktadır. Bu yüzden yeme bozukluğu ve çocukluk çağı travmaları ilişkisi daha fazla araştırılması gereken bir konudur.

Aile yapısının ve ebeveynlik tutumlarının yeme bozuklukları üzerindeki etkisi 1970'lerden beri önemli bir araştırma konusudur. Bruch yeme bozukluğu

geliştiren kadınların aile yaşantılarını araştırmış ve bulimik yeme davranışları olan kadınların ailelerinin daha kaotik ve duygusal olarak soğuk olduğunu bulurken; anoreksik yeme davranışı olanların aile yapısını ise aşırı korumacı, kontrolcü ve müdahaleci olduğunu belirtmiştir (Bruch, 1973).

Yeme bozukluğu ve travma ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda genellikle cinsel istismar geçmişi daha çok araştırma konusu olmuştur. Fakat TSSB ve yeme bozukluğu ilişkisini araştıran çalışmalar da mevcuttur. Amerika'da temsili büyük bir kadın örnekleme ile yapılan bir çalışmada BN yaşayan kadınların geçmişinde tecavüz, cinsel istismar, saldırı, fiziksel şiddet yaşadıkları ve bunlara bağlı olarak yaşam boyu TSSB'yi daha fazla geliştirdikleri görülmüştür. BN yaşayan yani düzensiz yeme örüntülerine sahip kişiler farklı bir mağduriyetle karşılaştıklarında düzensiz yeme davranışlarının artması beklenmektedir. Amerika'da yapılan ve temsiliyeti yüksek olan bu çalışmada katılımcılar arasında BN yaşayan her 3 kişiden 1'i yaşamları boyunca en az bir defa TSSB yaşamış, BN yaşayan her 5 kişiden 1'i çalışma yapıldığı sırada TSSB yaşadığı görülmüştür. Bu bulgular yeme bozukluğu geliştiren kişilerin daha detaylı bir psikolojik travma değerlendirmesinden geçmelerini önermektedir (Dansky, Brewerton, Kilpatrick , & O'Neil, 1995).

Alanyazında çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluğu oluşması açısından bir risk faktörü olup olmadığı uzun zamandır araştırılmaktadır. Wonderlich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk çağında cinsel istismar yaşamamanın, kişinin bulimik davranışlar (tıkanırmasına yeme atakları, yemek yemeyi kontrol edememe, vücut ağırlığını düzenleyebilmek için yiyeceklerin vücuttan sağlıksız yöntemlerle atılması, vücut şekli ve ağırlığı hakkında aşırı endişe duyma) geliştirmesi için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Cinsel istismarın diğer psikiyatrik hastalıklar gibi yeme bozuklukları oluşması açısından da önemli bir risk faktörü olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Cinsel istismar ve yeme bozukluğunun beraber incelendiği pek çok çalışmada sonuçlar cinsel istismarın yeme bozukluğu oluşmasında tek neden

olamayacağını fakat önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Wonderlich , Wilsnack, Wilsnack, & Harris, 1996).

Amerika’da ergenler üzerinde yapılan ve yine yüksek temsiliyet gücüne sahip bir çalışmada istismara uğrayan hem erkek hem de kız ergenlerin, yaşlarına göre daha çok aşırı yeme davranışı gösterdiği bulunmuştur. Aile üyesi olmayan birisi tarafından ya da evlerinden uzaktayken fiziksel veya cinsel istismara uğramış olan genç kızların yeme çıkarma davranışında bulunma olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu durum tam tersinedir yani ev içerisinde, bir aile üyesi tarafından fiziksel ya da cinsel istismara uğramış olan erkeklerin ergenlik döneminde aşırı yeme çıkarma davranışı gösterme olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. (Ackard, Neumark-Sztainer, Hannan, French, & Story, 2001).

Çocukların yaşadığı duygulanımlara karşı onlardan daha yaşlı kişiler tarafından verilen ve sürekli tekrarlayan olumsuz duygusal tepkilerin yetişkinlik yaşantılarındaki yeme davranışları üzerindeki etkisi çok az araştırılan bir konu olmuştur. ABD’de 588 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada bozulmuş yeme davranışı ile çocukluk çağı duygusal istismarı arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmada çocukluk çağında duygusal istismar yaşayan kadınların aleksitimik özellikler gösterdiği yani duygu ve hislerini yönetemedikleri görülmüştür. Bu noktada bozulmuş yeme davranışının aşırı duygusal durumla başa çıkmak için bir çaba olduğu düşünülmüştür (Hund & Espelage, 2006). Yapılan çalışmalarda duygusal istismarın bozulmuş yeme davranışları arasında tıkanırcasına yeme davranışı ile daha güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Kişilerin tıkanırcasına yerken aslında kendi olumsuz duygularını uzaklaştırmaya ve kendisini yatıştırmaya çabaladığı düşünülmektedir. Kişi tıkanırcasına yiyerek kısa vadede acı veren duyguların yarattığı olumsuz deneyimi hafifletmeye çalışmaktadır (Burns, Fischer, Jackson, & Harding, 2012).

Alanyazında daha çok obezite, BN ve TYB gibi yeme bozuklukları ile psikolojik travma arasındaki ilişki daha çok araştırılmıştır. AN ile çocukluk travmaları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar daha azdır. Cinsel istismar yaşantısı olan kişilerin yaşadığı duygu düzenleme güçlüğünün AN semptomlarının sürdürülmesinde aracı rolü olduğu düşünülmektedir ve çocukluk çağı travmaları duygu düzenleme güçlüğünün oluşmasında etkili bir rol oynayabilmektedir. Çocukluk çağında ebeveynler tarafından çocukların duygularının bastırılması, duygu ifadeleri nedeniyle sözel ve fiziksel olarak cezalandırılmaları sınırlı bir duygu düzenleme becerisine sahip olmalarına neden olur. Bu yüzden çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme yoluyla dolaylı olarak AN'ye neden olabileceği belirtilmektedir (Racine & Wildes, 2014). Ayrıca alanyazında yer alan bazı çalışmalarda cinsel istismar öyküsü olan kişilerin kendini kusturma, laksatif veya idrar söktürücü ilaçlar kullanarak yemek yedikten sonra kendilerine zarar verecek şekilde yiyecekleri çıkarma davranışlarına girme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yani cinsel istismar sonrasında AN geliştiren kişilerde kısıtlayıcı tür, tıkanırcasına yeme/çıkarma türüne göre daha az görülmektedir. Bu yüzden hali hazırda dürtüsel ve duygusal değişimleri daha hızlı olan kişilerin cinsel istismar sonrasında tıkanırcasına yeme/çıkarma davranışlarının etkilendiği düşünülmektedir. Çıkarma davranışı muhtemelen olumsuz duygusal etkiyle başa çıkmanın bir yolu olarak işlev görmektedir (Carter, Carmen, Blackmore, & Woodside, 2006).

1.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Psikolojik sağlamlık kavramı Masten ve Coatsworth tarafından ciddi tehdit edici durumu yaşamaya rağmen buna adaptasyonu ve sonrasında bu durumdan gelişerek çıkma olarak tanımlanmıştır. Bu kavram için iki önemli varsayımları vardır: (1) Eğer bireyler gelişimleri esnasında herhangi bir travma yaşamamışsa psikolojik olarak sağlam kabul edilemezler; yani gelişimlerini tehdit edecek tehdit veya tehlikelerle karşılaşmış ya da halen karşılaşmakta olmaları

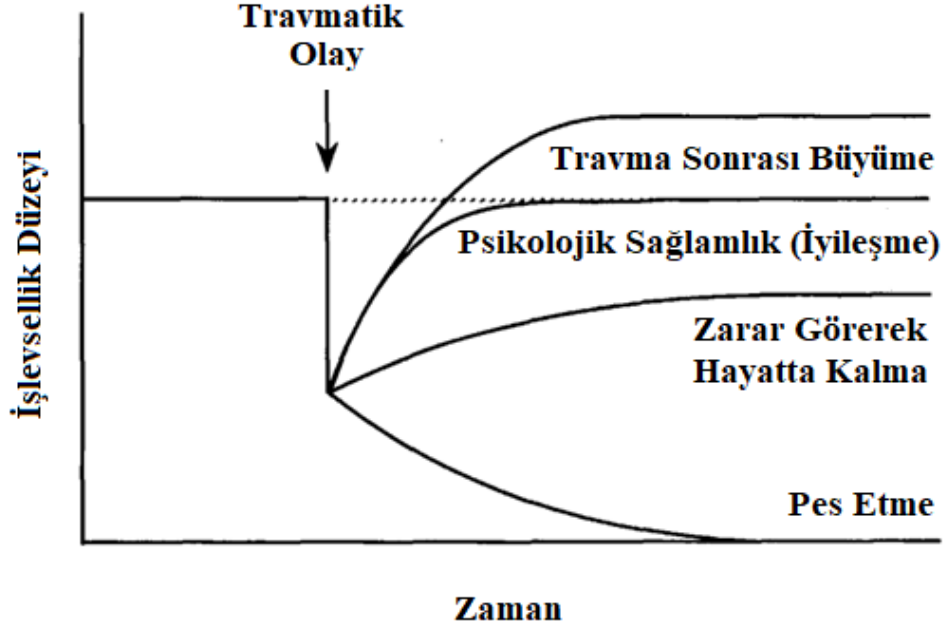
gerekmektedir. (2) Adaptasyonun ya da gelişimsel çıktının niteliği iyi olarak değerlendirilmelidir (Masten & Coatsworth, 1998).

Çocukların psikolojik sağlamlığını etkileyen pek çok faktör vardır. Ebeveynlik stili, yoksulluk, ekonomik sıkıntılar, ebeveynlerin hastalıkları, boşanma, çocuğun zekâ düzeyi, erken doğum gibi etkenler çocuğun psikolojik sağlamlığının artmasına veya azalmasında aracı rol üstlenebilir. İyi ebeveynler çocuklarının ruh sağlığını etkileyecek pek çok risk faktörünün farkında olacağı için bu ebeveynlerin çocukları daha az olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalması beklenmektedir (Masten, Best, & Garmezy, 1990).

1.3.1. Psikolojik Sağlamlık ve Psikolojik Travma Arasındaki İlişki

O'Leary ve Ickovics yaptıkları çalışmada travma sonrasında insanların yaşayabileceği potansiyel en az dört farklı durum olduğunu söylemişlerdir. (1) Karşı koyamama/pes etme: stresli bir olaya karşı psikolojik ve fiziksel tepkiler en sonunda pes etmeyle sonuçlanabilir; (2) Zarar görerek hayatta kalma: Travma sonrasında yara alarak kurtulunur fakat eski işlevsellik düzeyine ulaşamaz, yalnızca hayatta kalınır; (3) Psikolojik sağlamlık: Kişiler iyileşerek eski fonksiyonel düzeyine geri ulaşabilirler; (4) Travma sonrası büyüme: Travmatik bir deneyim yaşadktan sonra eski potansiyelinin de üstünde bir işlevsellik düzeyine ulaşmaktır. Aşağıdaki şekilde (Şekil 1.2.) O'Leary ve Ickovics'in tanımladığı travma sonrası tepkiler daha açık bir şekilde gösterilmektedir (O'Leary & Ickovics, 1995).

Şekil 1.2. Travmanın Potansiyel Sonuçları



Kaynak: (O'Leary & Ickovics, 1995, s. 127)

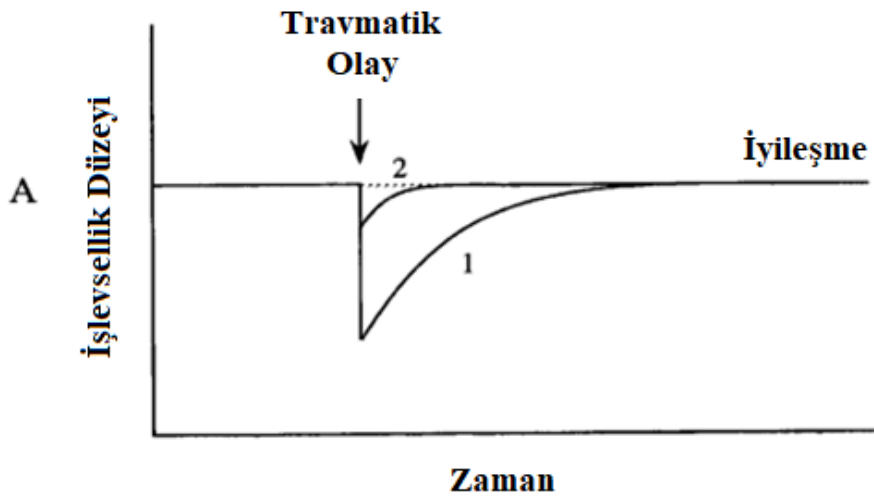
Carver'ın 1998 yılında yazdığı "Thriving and Resilience" isimli makalesi alanyazında önemli bir yer tutar. Bu yayında Carver psikolojik sağlamlığı (resilience) şu şekilde açıklar: Kişinin travma yaşadktan sonra travma öncesi psikolojik haline dönebilmesi ve iyileşmesidir. Kötüye doğru giden bir durum geçtikten sonra eski iyi olma haline geri dönebilme becerisi psikolojik sağlamlık olarak açıklanmıştır. Yani kişiler travmatik bir olaya birden fazla kez maruz kalırlarsa duyarsızlaşırlar; sıkıntıyı pek çok kez deneyimleyip üstesinden gelen kişi olaya karşı kısmen de olsa bir bağıklık kazanır. Kişi benzer travmatik stresi birden fazla kez yaşarsa çöküş halini daha az etkileyici bir şekilde yaşamaya başlar. Carver bu durumu suçiçeği olmaya benzetmiş ve şöyle açıklamıştır: Bir kez su çiçeği olup iyileşen kişi bir daha suçiçeği olduğunda bağıklık kazanır. Yani kişinin psikolojik sağlamlığı yüksekse tekrar benzer bir travmatik stres yaşasa bile gerilemeye karşı direnç gösterebilir hale gelmiştir (Carver, 1998).

Travma sonrası büyüme (thriving) travmatik stres yaşadktan sonra daha hızlı iyileşme ve işlevsellik düzeyinin eski haline göre artmasıyla açıklanır. Travma sonrası büyüme kişinin yeteneği, bilgi düzeyi, kendisine güveni ve kişisel ilişkilerde güvenlik hissi kazanma becerisi ile ilişkilidir. Benzer olayı yaşamalarına rağmen bazı insanlar bu durumla daha kolay baş edebiliyorken bir kısım insan da daha fazla etkilenir. Bu durum travma sonrası büyümeyi etkileyen durumsal, kişisel ve bağlamsal değişkenlerle ilgilidir (Carver, 1998).

O'Leary ve Ickovics psikolojik sağamlık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi açıklayan duyarsızlaşma ve baş etme kapasitesi isimli bir modeli önermektedir. Aşağıda bu model şekiller ile açıklanmaktadır.

(A)Duyarsızlaşma: Tekrar eden travmalar ilk kez yaşandığında belli bir oranda işlevsellik düzeyi düşer (1); belli bir sürede travma sonrası iyileşme tamamlanır ve eski işlevsellik düzeyine ulaşılır. Bir travma tekrar ettiğinde ya da ikinci kez yaşandığında kişinin işlevselliği ilk yaşandığına göre daha az düşer. Kişi daha hızlı bir şekilde eski işlevsellik düzeyine ulaşılır (2) (Şekil 1.3) (O'Leary & Ickovics, 1995, s. 249).

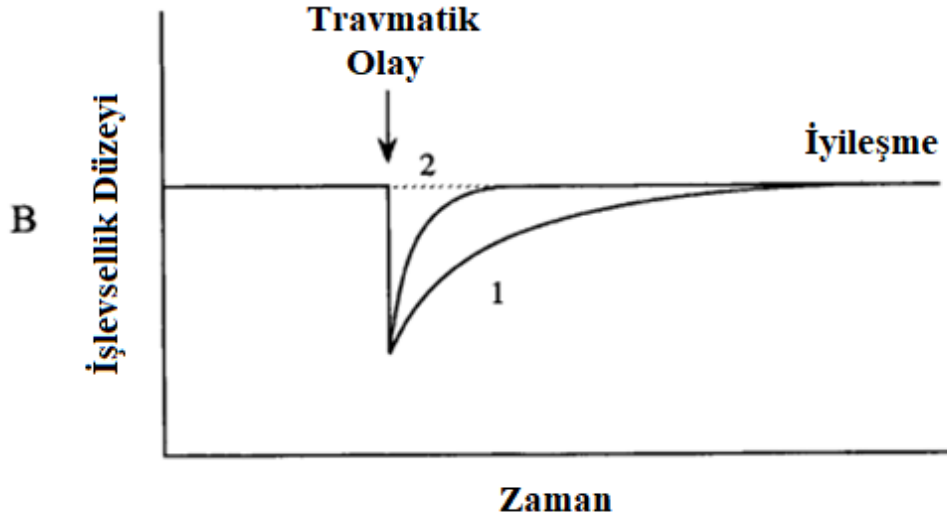
Şekil 1.3. Psikolojik Sağamlık ve Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Duyarsızlaşma Modeli



Kaynak: (Carver, 1998)

(B) Baş Etme Kapasitesi: Tekrar eden travmalar ilk kez yaşandığında belli bir oranda işlevsellik düzeyi düşer (1); belli bir sürede travma sonrası iyileşme tamamlanır ve eski işlevsellik düzeyine ulaşılır. Bir travma tekrar ettiğinde ya da ikinci kez yaşandığında kişinin işlevselliği ilk kez yaşıyormuş gibi düşer. Kişi çok daha hızlı bir şekilde eski işlevsellik düzeyine ulaşılır (2) (Şekil 1.4.) (O'Leary & Ickovics, 1995, s. 249).

Şekil 1.4. Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Baş Etme Kapasitesi Modeli



Kaynak: (Carver, 1998)

1.3.2. Psikolojik Sağlık ile İlgili Kişisel Özellikler

Seligman öğrenilmiş çaresizliği kişilerin harekete geçmek, çözüm aramak yerine yapmaları gereken bir şeyi görmezden gelmeleri, ertelemeleri ve bununla beraber sonrasında depresyon, stres kaynaklı hastalıklar, akademik performanstaki düşüş gibi istenmeyen durumlarla karşılaşmaları şeklinde açıklar. Öğrenilmiş çaresizlik nedeniyle bireyler kolayca pes eder ve yaşadıkları travmalardan sonra başlarına gelen olumsuzlukların kalıcı olduğuna inanırlar

(Miller & Seligman, 1975). Yine Seligman'ın ortaya attığı bir kavram olan “Öğrenilmiş İyimserlik” ise insanların karamsarlıktan uzaklaşmasını sağlayan bir kavramdır ve psikolojik olarak sağlam olan bireylerin kişisel özellikleri arasında sayılabilir. Öğrenilmiş iyimserlik, öğrenilmiş çaresizlikle baş etmek için esnek bir yoldur ve aynı öğrenilmiş çaresizlik gibi öğrenilebilmektedir (Seligman, 2006).

Zorlu yaşam olaylarından sonra pozitif duygulara odaklanmak psikolojik olarak sağlam olan bireylerin özellikleri arasında yer alır ve bu durum bireyi depresyona karşı koruyucudur. Minnettarlık, ilgi, sevgi gibi pozitif duygular, öfke, kaygı, huzursuzluk gibi negatif duygulardan ziyade bireylerde zorluklarla daha iyi başa çıkmada etkilidir. Pozitif duygular durumun travmatikliğine odaklanmayı azaltmakta ve insan zihnini rahatlatılmaktadır. Aynı zamanda olumlu duygular insanların düşünme biçimi genişletebilmektedir ve bu da stresle başa çıkmayı kolaylaştırır. Olumlu duygulara odaklanmak psikolojik sağlamlığın önemli bir özelliğidir ve gelecekte sıkıntıların atlatılmasında yardımcı olur (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003).

Benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki de alanyazında incelenen önemli konulardan bir tanesidir. Günlük yaşantıdaki güçlükler karşısında benlik saygısı düşük olan bireyler olayların yalnızca olumsuz yönünü görmeye meyillidir ve başa çıkma yetenekleri daha zayıf olabilir. Kişiyi stres durumunda koruyan önemli bir kavram olan benlik saygısının yüksek olması, stres durumunun birey için daha az önemli olmasını sağlar. Ayrıca ergenlerin benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri sosyal uyumlarında önemli bir faktördür (Dumont & Provost, 1999).

Yapılan çalışmalar psikolojik sağlamlığı da etkileyen problem odaklı başa çıkmanın, olumlu bakış açısının ve hatta bir problemin varlığının kabul edilmesinin travma sonrası iyileşmeyi etkilediğini göstermektedir. Kişiler eğer psikolojik travmadan sonra stres tepkileri ile kaçınma yoluyla başa çıkmaya çalışırlarsa travma sonrası iyileşme, psikolojik sağlamlıklarını geri kazanma ya da travma sonrası büyüme yaşama durumları zorlaşmaktadır (Aldwin, 1994).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı çocukluk çağında travma yaşamış olan genç yetişkin kadınların yaşadıkları bu deneyimleri ile psikolojik sağlımlıkları ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni Türkiye'deki 18-25 yaş arasındaki genç yetişkin kadınlardır.

Araştırmanın örneklemini araştırmacı tarafından çevrimiçi yolla dağıtılan ölçekleri çözen 18-25 yaş arasındaki genç yetişkin kadınlardır. Araştırmaya 371 kadın katılmıştır. Araştırmaya 6 erkek katılmıştır fakat örneklem kadınlardan oluştuğu için bu 6 erkek araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada en ulaşılabilir olan yanıtlayıcılar tercih edilerek uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

2.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada büyük bir topluluğun belirli özelliklerinin betimlenmesi amaçlandığı için ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada kullanılan formlar ve ölçekler şu şekildedir:

Katılımcı Onam Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışları Anketi, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği. Bu ölçekler hem yüz yüze hem de online yöntem ile katılımcılara ulaştırılmıştır.

2.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunda kişilerin yaşı, cinsiyeti, kiminle yaşadığı, eğitim durumu, kilosunu nasıl değerlendirdiği, kilo verme/alma geçmişi, diyet yapma geçmişi, travma yaşayıp yaşamama durumu ve psikiyatrik destek geçmişi ile ilgili bilgiler alınmaktadır. (EK-2)

2.4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Çocukluk çağı travmasının geriye dönük olarak değerlendirilmesi sınırlı bir yöntem olsa da erişilebilir bir yöntem olduğu kanıksanmıştır. Bu amaçla kullanılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği 1994 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (Bernstein, ve diğerleri, 1994) ve Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışmalarını 2021 yılında Prof. Dr. Vedat Şar ve arkadaşlarının yaptığı (Şar, Öztürk, & İkikardeş, 2012), geçmiş yaşantıya yönelik soruların cevaplandırıldığı 5'li likert tipinde (hiçbir zaman, nadiren, kimi zaman, sık olarak, çok sık) öz bildirim ölçeğidir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, aşırı koruma-kontrol alt boyutları bulunmaktadır. Alt boyutlardan alınan puan ilgili maddelere verilen toplam puanlar ile elde edilir. Ölçeği çözen kişiden, her maddede bir çocukluk çağı travması ile ilgili sorulan soruyu 1 ile 5 arasında puanlaması beklenir. Revize edilmiş ölçeğin alt ölçek Cronbach alpha puanlarına bakıldığında cinsel istismar alt boyutunun puanı 0.90, fiziksel istismar alt boyutunun puanı 0.81, duygusal ihmal alt boyutunun puanı 0.89, duygusal istismar alt boyutunun puanı 0.88, fiziksel ihmal alt boyutunun puanı 0.77, aşırı koruma-kontrol alt boyutunun puanı 0,84 olarak bulunmuştur. (Şar , ve diğerleri, 2021).

Ölçek ilk defa 1996 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir, bu araştırmada 2019 yılında yenilenen hali kullanılmıştır. Bu ölçeğin yenilenmesindeki amaç aşırı koruma-kontrol alt boyutunu kapsar hale getirmek ve bazı maddeleri revize etmektir (Şar , ve diğerleri, 2021).

2.4.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi, 33 soru ve duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme, dışsal yeme olmak üzere 3 alt boyut içeren bir öz değerlendirme aracıdır. Bu anket Van Strein ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’de uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2009 yılında Diyetisyen Nuray Bozan yapmıştır. Ankette yer alan maddeler 5’li likert skalası (hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık, çok sık) ile değerlendirilmektedir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi’nin Türkçe çevirisinin iç tutarlılığına bakılmak için ilk olarak Cronbach alpha katsayısına bakılmıştır. Buna göre alt ölçeklerden elde edilen iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme alt ölçeği için 0.97, kısıtlayıcı yeme alt ölçeği 0.91, dışsal yeme alt ölçeği için ise 0,90 olarak bulunmuştur. Tüm ölçek için ise Cronbach alpha değeri 0.94’tür. Test tekrar test güvenilirliğine bakıldığında ise tüm katılımcılardaki değerler 0.30 ile 0,90 arasında değişmektedir (Bozan, 2009).

Duygusal yeme alt ölçeği kişinin ruh halinin yemek yeme üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamaktadır. Kısıtlayıcı yeme davranışı alt ölçeğine bakıldığında ise buradaki soruların kişinin yeme kilosuna dikkat ettiği ya da kilo almaktan çekindiği için yediği besinlere dikkat edip etmediğini sorgulamaktadır. Dışsal yeme alt ölçeğinde yer alan sorularda ise kişilerin yiyeceklerin dışarıdan algılanan görüntüsünün, kokusunun kişinin yeme davranışını ne kadar etkilediği üzerine sorular yer almaktadır (van Strein, Frijters, Bergers, & Defares, 1986). Araştırmamızda kişilerin ruh halinin yeme davranışına etkisini araştırıldığı için yalnızca duygusal yeme alt ölçeğinin soruları kullanılmıştır.

2.4.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği’nin Türkçe uyarlamasını Doç. Dr. Tayfun Doğan yapmıştır. “Resilience” kavramının Türkçe alanyazında yılmazlık, kendini toparlama gücü olarak çevrildiği de görülmektedir fakat bu ölçekte psikolojik sağlamlık olarak kullanılmıştır. Smith ve arkadaşları

tarafından 2008 yılında geliştirilen bu ölçek, kendini toparlama davranışlarını ve bireysel uyumu arttıran özellikleri ölçmek yerine bireyin kendini toparlama, eski işlevselliğine dönebilme yeteneğini ölçmeyi amaçlamıştır ve bu özelliği sayesinde diğer psikolojik sağlamlık ölçüm araçlarından ayrılmaktadır (Smith, ve diğerleri, 2008). Bu ölçek 6 maddelik 5'li likert (Hiç uygun değil, uygun değil, biraz uygun, uygun, tamamen uygun) tipinde, tek faktörlü bir özbidirim ölçeğidir. Yapılan analizlere göre ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır (Doğan , 2015).

2.5. İŞLEM

Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi, Hollanda Yeme Davranışları Anketi, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği verilmiştir. Ölçeklerin tamamının çözülmesi yaklaşık 12-15 dakika arası sürmüştür. Araştırmaya 371 kişi katılmıştır. Fakat 6 kişi, cinsiyetinin erkek olması ve katılım koşullarını karşılamaması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır.

Veri toplama sürecinde ölçekler internet üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Araştırma için cevaplanması gereken ölçekleri yanıtlamadan önce araştırmanın konusunu ve katılımcı olarak haklarını içeren "Bilgilendirilmiş Onam Formu" katılımcıların onayına sunulmuştur.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının birlikte değişimi ve bu değişimin derecesi araştırılmıştır. Bunun için tez ilişki tarama modeli şeklinde planlanmış ve korelasyon analizi yapılmıştır.

2.5.1. Veri Analizi

Araştırmanın hipotezlerini ölçmek için çalışmada kullanılan testler şunlardır: Spearman Korelasyon Analizi, Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA), İlişkisiz (Bağımsız) Örneklem T-Testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Bu analizler IBM SPSS Statistics 26.0

programını kullanarak yapılmıştır, aynı zamanda bulguların düzenlenmesi için Microsoft Excel programından da faydalanılmıştır.

Araştırmada kullanılan analizlerin belirlenmesi amacıyla normal dağılım analizi yapılmıştır.

Buna göre HYDA için alt boyutlarında: dışsal yemenin çarpıklık değeri 0,167, basıklık değeri 0,005; duygusal yemenin çarpıklık değeri 0,462, basıklık değeri -0,929; kısıtlayıcı yemenin çarpıklık değeri 0,271, basıklık değeri -0,602 olarak bulunmuştur.

KPSÖ için çarpıklık değeri: 0,178, basıklık değeri -0,199 olarak bulunmuştur.

ÇÇRTÖ için alt boyutlarında: aşırı koruma aşırı kontrolün çarpıklık değeri 0,902, basıklık değeri 0,164; cinsel istismarın çarpıklık değeri 3,027, basıklık değeri 9,736; duygusal ihmalin çarpıklık değeri 0,566, basıklık değeri -0,502; duygusal istismarın çarpıklık değeri 1,664, basıklık değeri 2,694; fiziksel ihmalin çarpıklık değeri 0,018, basıklık değeri -0,315; fiziksel istismarın çarpıklık değeri 3,438, basıklık değeri 13,371 olarak bulunmuştur.

Tüm ölçeklerde ve alt boyutların basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,50$ arasında olduğu yapılan normallik testi sonucunda görülmüştür. HYDA ve KPSÖ’de normal dağılım sağlanırken, ÇÇRTÖ’de üç alt boyutta normal dağılım görülmemektedir. Bu yüzden analizlerde hem parametrik hem parametrik olmayan testler kullanılmıştır (Tabachnick & Fidell, 2007).

2.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz IBM SPSS 26.0 ve Excel programını kullanarak yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. BETİMSSEL İSTATİSTİKİ BULGULAR

3.1.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellik Bulguları

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları Tablo 3.1.'de verilmiştir. Araştırmanın toplam katılımcı sayısı 371'dir. Araştırmaya yalnızca genç yetişkin yaş aralığındaki kadınlar dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18-25, yaş ortalaması 21,78 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların yaşlara göre dağılımı Tablo 3.1.'de görülmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Yaş Dağılımına Göre Betimsel Bilgiler

Değişken	N	%
18 yaş	36	9,7
19 yaş	42	11,3
20 yaş	42	11,3
21 yaş	55	14,8
22 yaş	53	14,3
23 yaş	32	8,6
24 yaş	36	9,7
25 yaş	75	20,2
Toplam	371	100

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 3.2.'de verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde en küçük grup olan ilkokul ve doktora mezunları 1 kişidir ve örneklemin %0,3'ünü oluşturmaktadır; en büyük grup olan üniversite mezunları 244 kişi olup örneklemin %65,8'ini oluşturmaktadır.

Tablo 3.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Betimsel Bulgular

Değişken	N	%
İlkokul	1	0,3
Ortaokul	3	0,8
Lise	33	8,9
Önlisans	62	16,7
Üniversite	244	65,8
Yüksek lisans	27	7,3
Doktora	1	0,3
Toplam	371	100

Katılımcıların beraber yaşadıkları kişilere göre dağılımları Tablo 3.3.'de verilmiştir. Katılımcıların beraber yaşadıkları kişilere göre dağılımı incelendiğinde anne/baba, eş ya da akrabalar ile yaşayan 283 kişi vardır ve örneklemin %76,3'ünü oluşturarak en kalabalık grubu oluşturmaktadır; sevgilisi ile yaşayan 2 kişi vardır ve örneklemin %0,5'ini oluşturarak en küçük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 3. 3. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Betimsel Bulguları

	N	%
Anne/baba, eş ya da akrabalar	283	76,3
Arkadaş	37	10
Sevgili	2	0,5
Yalnız	31	8,4
Diğer	18	4,9
Toplam	371	100

3.1.2. Katılımcılara Ait Kilo ve Diyet Geçmişlerine Dair Bulgular

Katılımcıların kilo değerlendirmelerine göre dağılımları Tablo 3.4.'de verilmiştir. Katılımcılara şundaki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz diye sorulduğunda kilosunu çok zayıf bulan kişiler en az sayıdadır ve 8 kişi bu cevabı vermiştir, grubun %2,2'sini oluşturmaktadır, kendi kilosunu normal olarak değerlendiren kişiler ise 222 kişidir ve örneklemin %59,8'ini oluşturmaktadır.

Tablo 3. 4. Katılımcıların Kendi Kilo Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

	N	%
Çok zayıf	8	2,2
Zayıf	38	10,2
Normal	222	59,8
Şişman	93	25,1

Çok şişman	10	2,7
-------------------	----	-----

Katılımcıların kilo alma/verme çabalarına göre dağılımları Tablo 3.5.'de verilmiştir. Katılımcıların kilo alma verme çabaları sorulduğunda hayatında daha önce kilo vermeye çalışmış kişi sayısı en fazladır ve 238 kişidir, örneklemin %64,2'sini oluşturmaktadır; daha önceden hem kilo almaya hem kilo vermeye çalışmış kişi sayısı en azdır ve 30 kişidir, örneklemin %8,1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 3. 5. Katılımcıların Kilo Alma/Verme Çabalarına Göre Dağılımı

	N	%
Kilo almaya/vermeye çalışmamış	51	13,7
Kilo almaya çalışmış	52	14
Kilo vermeye çalışmış	238	64,2
Hem kilo almaya hem kilo vermeye çalışmış	30	8,1

Katılımcıların diyet yapma geçmişlerine göre dağılımları Tablo 3.6.'da verilmiştir. Katılımcılara diyet yapma geçmişleri sorulduğunda 232 kişi daha önceden diyet yaptığını belirtmiştir, geri kalan 139 kişi ise daha önceden hiç diyet yapmadığını belirtmiştir. Diyet yapan kişiler örneklemin %62,5'ini, diyet yapmayan kişiler ise %37,5'ini oluşturmaktadır.

Tablo 3. 6. Katılımcıların Diyet Yapma Geçmişlerine Göre Dağılımı

	N	%
Diyet yapmış	232	62,5

Diyet yapmamış	139	37,5
-----------------------	-----	------

3.1.3. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayı Deneyimleri

Katılımcıların olumsuz yaşam deneyimlerine göre dağılımları Tablo 3.7.'de verilmiştir. Katılımcılara şiddet, ekonomik yoksunluk, doğal afet, trafik kazası, akran baskısı, aile içi çatışma gibi olumsuz yaşam olayları yaşantıları sorulmuş ve bu tür olaylar yaşadığını belirten 232 kişi, yaşamadığını belirten 139 kişi bulunmuştur. Örneklemde olumsuz yaşam deneyimleri olan kişilerin oranı %62,5, olumsuz yaşam deneyimleri olmayan kişilerin oranı %37,5'tir.

Tablo 3. 7. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Deneyimlerine Göre Dağılımı

	N	%
Yaşadım	232	62,5
Yaşamadım	139	37,5

3.1.4. Katılımcıların Psikiyatrik Destek Alma Geçmişi

Katılımcıların tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşama geçmişine göre dağılımları Tablo 3.8.'de verilmiştir. Katılımcılara bugüne kadar tedavi gerektirecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirip geçirmediği sorulmuş, bu soruya 105 kişi evet yanıtını verirken 266 kişi hayır yanıtını vermiştir. Örneklemde daha önceden psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş olanların oranı %28,3, psikiyatrik rahatsızlık geçirmeyenlerin oranı %71,7'dir.

Tablo 3. 8. Katılımcıların Tedavi Gerektirecek Psikiyatrik Rahatsızlık Yaşama Geçmişi

	N	%
Evet	105	28,3

Hayır	266	71,7
--------------	-----	------

3.2. ÖLÇEKLERİN PUANLARINA DAİR BULGULAR

3.2.1. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Puanları Özellikleri

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğine ait betimsel istatistikler Tablo 3.9’da verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutundan 11, cinsel istismar alt boyutundan 6, duygusal ihmal alt boyutundan 12, duygusal istismar alt boyutundan 8, fiziksel ihmal alt boyutundan 14, fiziksel istismar alt boyutundan 6 puan ortalamalarına sahip oldukları bulunmuştur. En yüksek ortalama fiziksel ihmal boyutunda bulunmuştur (14), en düşük ortalama ise cinsel istismar ve fiziksel istismar boyutunda bulunmuştur.

Tablo 3. 9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Ait Betimsel Bulgular

	N	Ort.	Min	Max	Ölçek Referans Aralığı
Aşırı koruma- aşırı kontrol	371	11	5	25	5-25
Cinsel istismar	371	6	5	23	5-25
Duygusal ihmal	371	12	5	25	5-25
Duygusal istismar	371	8	5	25	5-25
Fiziksel ihmal	371	14	5	22	5-25
Fiziksel istismar	371	6	5	21	5-25

3.2.1.1. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, geçmişte tedavi gerektirecek bir psikiyatrik rahatsızlık yaşama durumu ile çocukluk çağı travması (yalnızca aşırı kontrol-aşırı koruma, duygusal ihmali, fiziksel ihmal) yaşama durumunun karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.10'da verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin (Ort.: 12,62, SS: 5,14) aşırı kontrol-aşırı koruma alt boyutundan aldıkları puanların tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına (Ort.: 10,13, SS: 4,33) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=4,731$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin (Ort.: 14,38, SS: 5,42) duygusal ihmal alt boyutundan aldıkları puanların tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına (Ort.: 10,44, SS: 4,58) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=7,059$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin (Ort.: 12,81 SS: 4,09) fiziksel ihmal alt boyutundan aldıkları puanların tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına (Ort.: 13,91, SS: 3,49) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(369)=2,583$, $p<0.05$.

Tablo 3.10. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Psikiyatrik hastalık-tedavi var	Psikiyatrik hastalık-tedavi yok
----------	---------------------------------	---------------------------------

	N=105		N=266			
	x	ss	x	ss	t	p.
Aşırı koruma-aşırı kontrol	12,62	5,14	10,13	4,33	4,394	.000
Duygusal ihmal	14,38	5,42	10,44	4,58	6,560	.000
Fiziksel ihmal	12,81	4,09	13,91	3,49	2,412	.017

Katılımcıların, diyet yapma geçmişi ile çocukluk çağı travmalarının (cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar) karşılaştırıldığı Mann-Whitney U Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.11’de verilmiştir.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin cinsel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=9652,00$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin duygusal istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=7552,00$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin fiziksel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte tedavi gerektirecek

psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak bir fark bulunmamıştır, $U=10754,50$, $p>0.05$.

Tablo 3.11. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmiş Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu

Değişken	Psikiyatrik hastalık-tedavi var		Psikiyatrik hastalık-tedavi yok		u	p.
	x	ss	x	ss		
	N=105		N=266			
Cinsel istismar	8,15	4,81	5,76	2,04	9652,00	.000
Duygusal istismar	10,97	5,14	7,34	3,28	7552,00	.000
Fiziksel istismar	6,89	3,35	5,50	1,47	10754,50	.000

3.2.1.2. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Olumsuz Yaşam Olayı Deneyimleri Geçmiş Arasındaki İlişki

Katılımcıların, olumsuz yaşam olayı yaşama geçmişi ile çocukluk çağı travmalarının (aşırı koruma- aşırı kontrol, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.12’de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 11,58, SS: 4,92) aşırı koruma- aşırı kontrol alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin

puanlarına (Ort.: 9,59, SS: 4,04) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=4,209$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 13,02, SS: 5,17) duygusal ihmal alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin puanlarına (Ort.: 9,12, SS: 4,07) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=8,047$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 13,39, SS: 3,76) fiziksel ihmal alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin puanlarına (Ort.: 13,94, SS: 3,58) göre anlamlı bir fark bulunamamıştır, $t(369)=-1,394$, $p>0.05$.

Tablo 3.12. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Aşırı Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Olumsuz yaşam olayı yaşamış		Olumsuz yaşam olayı yaşamamış		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=105		N=266			
Aşırı koruma-aşırı kontrol	11,58	4,92	9,59	4,04	4,209	.000
Duygusal ihmal	13,02	5,17	9,12	4,07	8,047	.000
Fiziksel ihmal	13,39	3,76	13,94	3,58	1,394	.164

Katılımcıların, olumsuz yaşam deneyimi yaşama geçmişi ile çocukluk çağı travmalarının (cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar) karşılaştırıldığı Mann-Whitney U Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.13'te verilmiştir.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte olumsuz olay yaşama deneyimi olan kişilerin cinsel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamama puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=11596,5$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte olumsuz olay yaşama deneyimi olan kişilerin duygusal istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamama puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=8846,00$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte olumsuz olay yaşama deneyimi olan kişilerin fiziksel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamama puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=13486,50$, $p<0.05$.

Tablo 3.13. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu

Değişken	Olumsuz yaşam olayı yaşamış		Olumsuz yaşam olayı yaşamamış			
	N=232		N=139			
	X	ss	x	ss	u	p.

Cinsel istismar	7,11	3,88	5,30	1,16	11596,50	.000
Duygusal istismar	9,43	4,53	6,61	2,90	8846,00	.000
Fiziksel istismar	6,22	2,66	5,35	1,16	13486,50	.000

3.2.1.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Katılımcıların aşırı koruma – aşırı kontrol yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.14’de verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların aşırı koruma – aşırı kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $F(4, 366) = 1,524, p > 0.05$.

Tablo 3.14. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma – Aşırı Kontrol Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Kaynak	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	605,995	4	151,499	1,524	.195	Yok
Gruplar içi	36394,005	366	99,437			
Toplam	37000,000	370				

Katılımcıların duygusal ihmal yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.15’de verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların duygusal ihmal alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. $F(4, 366)=3,317$, $p<0.05$. Başka bir deyişle katılımcıların ,kilolarına göre duygusal ihmal yaşama durumu anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Kilo değerlendirmeleri arasındaki farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey testinin sonuçlarına göre: kilosunu normal ($\bar{x}= 48,70$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x}= 52,08$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal ihmal skorları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3.15. ÇÇRTÖ (Duygusal İhmal Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Kaynak	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	1294,388	4	323,597	3,317	.011	Normal - Şişman
Gruplar içi	35705,612	366	97,556			
Toplam	37000,000	370				

Katılımcıların fiziksel ihmal yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.16'da verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $F(4, 366)= 2,079$, $p>0.05$.

Tablo 3.16. ÇÇTA (Fiziksel İhmal) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Testi Tablosu

Kaynak	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	822,030	4	205,508	2,079	.083	Yok
Gruplar içi	36177,970	366	98,847			
Toplam	37000,000	370				

Katılımcıların duygusal istismar yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için Kruskal-Wallis H Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.17’de verilmiştir.

Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre katılımcıların duygusal istismar alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. $H(4, 371)=12,04$, $p<0.05$. Başka bir deyişle katılımcıların kilolarına göre duygusal istismar yaşama durumu anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Kilo değerlendirmeleri arasındaki farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan testin sonuçlarına göre: kilosunu normal olarak değerlendiren kişiler, şişman olarak değerlendiren kişilere göre duygusal istismar skorları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3.17. ÇÇRTÖ (Duygusal İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu

	sd	Kruskal-Wallis H	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	4	12,04	.017	Normal - Şişman

Toplam	371
---------------	-----

Katılımcıların fiziksel istismar yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için Kruskal-Wallis H Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.18’de verilmiştir.

Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre katılımcıların fiziksel istismar alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $H(4, 366) = 7,97, p > 0.05$.

Tablo 3.18. ÇÇRTÖ (Fiziksel İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu

	sd	Kruskal- Wallis H	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	4	7,97	.092	Yok
Toplam	371			

Katılımcıların cinsel istismar yaşama skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için Kruskal-Wallis H Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.19’da verilmiştir.

Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre katılımcıların cinsel istismar alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $H(4, 366) = 2,20, p > 0.05$.

Tablo 3.19. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Kruskal Wallis H Tablosu

	sd	Kruskal- Wallis H	P	Anlamlı fark
--	-----------	------------------------------	----------	---------------------

Gruplar arası	4	2,20	.699	Yok
Toplam	371			

3.2.1.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Diyet Yapma Geçmiş Arasındaki İlişki

Katılımcıların, diyet yapma geçmişi ile çocukluk çağı travmalarının (aşırı koruma- aşırı kontrol, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.20’de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 11,21, SS: 4,83) aşırı koruma- aşırı kontrol alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 10,20, SS: 4,44) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=2,001$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 11,80, SS: 5,27) duygusal ihmal alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 11,15, SS: 4,91) göre anlamlı bir fark bulunamamıştır, $t(369)=1,167$, $p>0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 13,89 SS: 3,69) fiziksel ihmal alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 13,11, SS: 3,68) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=1,975$, $p<0.05$.

Tablo 3.20. ÇÇRTÖ (Aşırı Koruma- Aşırı Kontrol, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmiş Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Diyet yapmış		Diyet yapmamış		t	p.
	N=232		N=139			
	x	ss	x	ss		

Aşırı koruma-aşırı kontrol	11,21	4,83	10,20	4,44	2,001	.046
Duygusal ihmal	11,80	5,27	11,15	4,91	1,167	.244
Fiziksel ihmal	13,89	3,69	13,11	3,68	1,975	.049

Katılımcıların, diyet yapma geçmişi ile çocukluk çağı travmalarının (cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar) karşılaştırıldığı Mann-Whitney U Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.21.'de verilmiştir.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte diyet yapan kişilerin cinsel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte diyet yapmayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=14042,50$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte diyet yapan kişilerin duygusal istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte diyet yapmayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bir fark olduğu bulunmuştur, $U=-14182,00$, $p<0.05$.

Mann-Whitney U Testi sonucunda puan ortalamaları dikkate alındığında geçmişte diyet yapan kişilerin fiziksel istismar alt boyutundan aldıkları puanların geçmişte diyet yapmayan kişilerin puanlarına göre anlamlı olarak bir fark bulunmamıştır, $U=-15049,00$, $p>0.05$.

Tablo 3.21. ÇÇRTÖ (Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Mann-Whitney U Testi Tablosu

Değişken	Diyet yapmış		Diyet yapmamış		u	p.
	x	ss	x	ss		
	N=232		N=139			
Cinsel istismar	6,64	3,36	6,10	3,09	14042,50	.008
Duygusal istismar	8,75	4,53	7,73	3,57	14182,00	.047
Fiziksel istismar	6,04	2,48	5,64	1,80	15049,00	.154

3.2.2. Katılımcıların Yeme Davranışları Puanları Özellikleri

Katılımcıların yeme davranışları ölçeğine ait betimsel istatistikler Tablo 3.22.'de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda katılımcıların Hollanda Yeme Davranışları Anketinin dışsal yeme alt boyutundan 33, duygusal yeme alt boyutundan 34, kısıtlayıcı yeme alt boyutundan 24, puan ortalamalarına sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 3.22. Katılımcıların Yeme Davranışları Anketinden Aldıkları Puanlara Ait Betimsel Bulgular

	N	Ort.	Min	Max	Ölçek Referans Aralığı
Dışsal yeme	371	33	11	50	10-50

Duygusal yeme	371	34	13	65	13-65
Kısıtlayıcı yeme	371	24	10	48	10-50

3.2.2.1. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlık-tedavi geçmişi ile yeme davranışlarının (dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme) karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.23'te verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte psikiyatrik rahatsızlık-tedavi geçmişi olan kişilerin (Ort.: 33,77, SS: 7,48) dışsal yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 32,57, SS: 6,99) göre anlamlı fark bulunamamıştır, $t(369)=1,454$, $p>0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte psikiyatrik rahatsızlık-tedavi geçmişi olan kişilerin (Ort.: 36,33, SS: 17,63) duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 32,58, SS: 14,31) göre anlamlı bir fark bulunamamıştır, $t(369)=1,941$, $p>0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte psikiyatrik rahatsızlık-tedavi geçmişi olan kişilerin (Ort.: 24,90, SS: 9,35) kısıtlayıcı yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 23,29, SS: 8,42) göre anlamlı bir fark bulunamamıştır, $t(369)=1,604$, $p>0.05$.

Tablo 3.23. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Psikiyatrik hastalık-tedavi var		Psikiyatrik hastalık-tedavi yok		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=105		N=266			
Dışsal yeme	33,77	7,48	32,57	6,99	1,454	.147
Duygusal yeme	36,33	17,63	32,58	14,31	1,941	.054
Kısıtlayıcı yeme	24,90	9,35	23,29	8,42	1,604	.110

3.2.2.2. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, olumsuz yaşam olayı yaşama geçmişi ile yeme davranışlarının (dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme) karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.24.'de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 33,40, SS: 6,98) duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin puanlarına (Ort.: 32,08, SS: 7,36) göre anlamlı fark bulunamamıştır, $t(369)=1,730$, $p>0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 34,95, SS: 16,11) duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin puanlarına (Ort.:

31,45, SS: 13,91) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=2,211, p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşamış kişilerin (Ort.: 24,09, SS: 8,42) kısıtlayıcı yeme alt boyutundan aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamamış kişilerin puanlarına (Ort.: 23,17, SS: 9,17) göre anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(369)=0,979, p<0.05$.

Tablo 3.24. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutları) ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Olumsuz yaşam olayı yaşamış		Olumsuz yaşam olayı yaşamamış		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=232		N=139			
Dışsal yeme	33,40	6,98	32,08	7,36	1,730	.084
Duygusal yeme	34,95	16,11	31,45	13,91	2,211	.028
Kısıtlayıcı yeme	24,09	8,42	23,17	9,17	0,979	.328

3.2.2.3. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Katılımcıların dışsal yeme skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.25’de verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların dışsal yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $F(4, 366) = 0,371, p > 0,05$.

Tablo 3.25. HYDA (Dışsal Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Kaynak	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	149,584	4	37,396	0,371	.829	Yok
Gruplar içi	36850,416	366	100,684			
Toplam	37000,000	370				

Katılımcıların duygusal yeme skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.26'da verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların duygusal yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. $F(4, 366) = 12,920, p < 0,05$. Başka bir deyişle katılımcıların kilolarına göre duygusal yeme alışkanlıkları anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Kilo değerlendirmeleri arasındaki farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Games-Howell testinin sonuçlarına göre: kilosunu çok zayıf ($\bar{x} = 42,43$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x} = 54,97$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal yeme skorları daha düşük; kilosunu çok zayıf ($\bar{x} = 42,43$) olarak değerlendiren kişiler, çok şişman ($\bar{x} = 57,82$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal yeme skorları daha düşük; kilosunu zayıf ($\bar{x} = 45,46$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x} = 54,97$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal yeme skorları daha düşük; kilosunu zayıf ($\bar{x} = 45,46$) olarak değerlendiren kişiler, çok şişman ($\bar{x} = 57,28$) olarak değerlendiren kişilere

göre duygusal yeme skorları daha düşük; kilosunu normal ($\bar{x}= 48,61$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x}= 54,97$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal yeme skorları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3.26. HYDA (Duygusal Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	4578,070	4	1144,518	12,920	.000	Çok zayıf -Şişman Çok zayıf - Çok şişman Zayıf - Şişman Zayıf - Çok şişman Normal - Şişman
Gruplar içi	32421,930	366	88,585			
Toplam	37000,000	370				

Katılımcıların kısıtlayıcı yeme skorları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.27’de verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. $F(4, 366) = 20,229$, $p < 0.05$. Başka bir deyişle katılımcıların kilolarına göre kısıtlayıcı yeme alışkanlıkları anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Kilo değerlendirmeleri arasındaki farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Games-Howell testinin sonuçlarına göre: kilosunu çok zayıf ($\bar{x} = 38,09$) olarak değerlendiren kişiler, normal ($\bar{x} = 49,92$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu çok zayıf ($\bar{x} = 38,09$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x} = 54,52$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu çok zayıf ($\bar{x} = 38,09$) olarak değerlendiren kişiler, çok şişman ($\bar{x} = 54,98$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu zayıf ($\bar{x} = 40,53$) olarak değerlendiren kişiler, normal ($\bar{x} = 49,92$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu zayıf ($\bar{x} = 40,53$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x} = 54,52$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu zayıf ($\bar{x} = 40,53$) olarak değerlendiren kişiler, çok şişman ($\bar{x} = 54,98$) olarak değerlendiren kişilere göre kısıtlayıcı yeme skorları daha düşük; kilosunu normal ($\bar{x} = 49,92$) olarak değerlendiren kişiler, şişman ($\bar{x} = 54,52$) olarak değerlendiren kişilere göre duygusal yeme skorları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3.27. HYDA (Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutu) ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
-------------------	-----------------	----	--------------------	---	---	--------------

Gruplar arası	6698,939	4	1674,735	20,229	.000	Çok zayıf - Normal Çok zayıf -Şişman Çok zayıf – Çok şişman Zayıf - Normal Zayıf – Şişman Zayıf – Çok şişman Normal – Şişman
Gruplar içi	30301,06	366	82,790			
	1					
Toplam	37000,00	370				
	0					

3.2.2.4. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, diyet yapma geçmişi ile yeme davranışlarının (dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme) karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.28.'de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 32,93, SS: 7,31) dışsal yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 32,88, SS: 6,89) göre anlamlı fark bulunamamıştır, $t(369)=0,06$, $p>0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 37,18, SS: 15,47) duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 27,72, SS: 13,36) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=6,21$, $p<0.05$.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 27,60, SS: 7,66) kısıtlayıcı yeme alt boyutundan aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 17,31, SS: 6,21) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(369)=13,408$, $p<0.05$.

Tablo 3.28. HYDA (Dışsal Yeme, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyutları) ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Diyet yapmış		Diyet yapmamış		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=232		N=139			
Dışsal yeme	32,93	7,31	32,88	6,89	0,060	.952
Duygusal yeme	37,18	15,47	27,72	13,36	6,216	.000
Kısıtlayıcı yeme	27,60	7,66	17,31	6,21	13,408	.000

3.2.3. Katılımcıların Psikolojik Sağlık Puanları Özellikleri

Katılımcıların psikolojik sağlık ölçeğine ait betimsel istatistikler Tablo 3.29.'da verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğinin tek alt boyutu olan psikolojik sağlamlıkta 18 puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 3.29. Katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Anketinden Aldıkları Puanlara Ait Betimsel Bulgular

	N	Ortalama	Min	Max	Ölçek Referans Aralığı
Psikolojik Sağlık	371	18	6	30	6-30

3.2.3.1. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, geçmişte tedavi gerektirecek bir psikiyatrik rahatsızlık yaşama durumu ile psikolojik sağlamlıklarının karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.30'da verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerin (Ort.: 16,20, SS: 5,50) psikolojik sağlamlık ölçeğinden aldıkları puanların tedavi gerektirecek psikiyatrik rahatsızlık yaşamayan kişilerin puanlarına (Ort.: 18,27, SS: 4,86) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(369)=-3,559$, $p<0.05$.

Tablo 3.30. KPSÖ ile Psikiyatrik Rahatsızlık-Tedavi Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Psikiyatrik hastalık-tedavi var		Psikiyatrik hastalık-tedavi yok		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=105		N=266			
Psikolojik sağlamlık	16,20	5,50	18,27	4,86	3,559	.000

3.2.3.2. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, geçmişte olumsuz yaşam olayı yaşama durumu ile psikolojik sağlamlıklarının karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.31’de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre olumsuz yaşam olayı yaşayan kişilerin (Ort.: 17,16, SS: 5,12) psikolojik sağlamlık ölçeğinden aldıkları puanların olumsuz yaşam olayı yaşamayan kişilerin puanlarına (Ort.: 18,55, SS: 5,05) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(369)=-2,534$, $p<0.05$.

Tablo 3.31. KPSÖ ile Olumsuz Yaşam Olayı Yaşama Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Olumsuz yaşam olayı yaşamış		Olumsuz yaşam olayı yaşamamış	
	x	ss	x	ss
	N=232		N=139	

	x	ss	x	ss	t	p.
Psikolojik sağlamlık	17,16	5,12	18,55	5,05	2,534	.012

3.2.3.3. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Katılımcıların psikolojik sağlamlıkları ile kilo değerlendirmelerinin ilişkisine bakmak için ANOVA Testi yapılmıştır ve testin çıktıları Tablo 3.32’de verilmiştir.

ANOVA Testi sonucuna göre katılımcıların psikolojik sağlamlık ölçeğinden aldıkları puanlar ile kilo değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. $F(4, 366)=1,564, p>0.05$.

Tablo 3.32. KPSÖ ile Katılımcıların Kilo Değerlendirmeleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren ANOVA Tablosu

Kaynak	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Anlamlı fark
Gruplar arası	621,717	4	155,429	1,564	0,183	Yok
Gruplar içi	36378,283	366	99,394			
Toplam	37000,000	370				

3.2.3.4. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlıkları ve Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişki

Katılımcıların, geçmişte diyet yapma geçmişi ile psikolojik sağlamlıklarının karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarının özet çıktısı Tablo 3.33.’de verilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre geçmişte diyet yapan kişilerin (Ort.: 17,97, SS: 5,18) psikolojik sağlamlık ölçeğinden aldıkları puanların diyet yapmayan kişilerin puanlarına (Ort.: 17,20, SS: 5,04) göre anlamlı fark bulunamamıştır, $t(369)=1,391$, $p>0.05$.

Tablo 3.33. KPSÖ ile Diyet Yapma Geçmişi Arasındaki İlişkiyi Gösteren T-Testi Tablosu

Değişken	Diyet yapmış		Diyet yapmamış		t	p.
	x	ss	x	ss		
	N=232		N=139			
Psikolojik sağlamlık	17,97	5,18	17,20	5,04	1,391	.165

3.3 ÖLÇEKLER ARASI İLİŞKİLERE DAİR BULGULAR

Genç yetişkin kadınların çocukluk çağı travmaları, yeme davranışları ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ikili korelasyon hesaplamaları Tablo 3. 34.'de verilmiştir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan aşırı koruma-aşırı kontrol ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r=0,099$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan aşırı koruma-aşırı kontrol ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r=0,120$, $p<0.05$. Aşırı kontrolcü ve korumacı ebeveyn skoru yükseldikçe duygusal yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan aşırı koruma-aşırı kontrol ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= 0,110$, $p<0.05$. Aşırı kontrolcü ve korumacı ebeveyn skoru yükseldikçe kısıtlayıcı yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan aşırı koruma-aşırı kontrol ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= -0,202$, $p<0.01$. Aşırı kontrolcü ve korumacı ebeveyn skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan cinsel istismar ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= -0,025$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan cinsel istismar ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,071$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan cinsel istismar ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,037$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan cinsel istismar ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,007$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal ihmal ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,092$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal ihmal ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r=0,133$, $p<0.05$. Duygusal ihmal skoru yükseldikçe duygusal yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal ihmal ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,040$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal ihmal ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= -0,238$, $p<0.01$. Duygusal ihmal skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal istismar ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= 0,139$, $p<0.01$. Duygusal istismar skoru yükseldikçe dışsal yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal istismar ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= 0,168$, $p<0.01$. Duygusal istismar skoru yükseldikçe duygusal yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal istismar ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r = 0,079$, $p > 0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan duygusal istismar ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r = -0,182$, $p < 0.01$. Duygusal istismar skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel ihmal ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r = -0,279$, $p < 0.01$. Fiziksel ihmal skoru yükseldikçe dışsal yeme puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel ihmal ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r = -0,078$, $p > 0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel ihmal ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r = 0,006$, $p > 0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel ihmal ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r = 0,936$, $p < 0.01$. Fiziksel ihmal skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel istismar ile HYDA alt boyutu olan dışsal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,091$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel istismar ile HYDA alt boyutu olan duygusal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= 0,082$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel istismar ile HYDA alt boyutu olan kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= 0,129$, $p<0.05$. Fiziksel istismar skoru yükseldikçe kısıtlayıcı yeme puanları yükselmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların ÇÇRTÖ alt boyutu olan fiziksel istismar ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r= -0,136$, $p<0.01$. Fiziksel istismar skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların HYDA alt boyutu olan dışsal yeme ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r = -0,262$, $p<0.01$. Dışsal yeme skoru yükseldikçe psikolojik sağlamlık puanları düşmektedir.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların HYDA alt boyutu olan duygusal yeme ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r= -0,067$, $p>0.05$.

Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre genç yetişkin kadınların HYDA alt boyutu olan duygusal yeme ile KPSÖ alt boyutu olan psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r=0,022$, $p>0,05$.

Tablo 3.34. Çalışmadaki Değişkenlerin Korelasyon Tablosu

	1.A.K.A.K	2.C.İs.	3.D.İ.	4.D.İs.	5.F.İ.	6.F.İs.	7.D.Y.	8.Du.Y.	9.K.Y.	10.P.S.
1.Aşırı koruma aşırı kontrol	-	,159**	,582**	,584**	-,136**	,351**	0,099	,120*	,110*	-,202**
2.Cinsel istismar		-	,279**	,290**	0,073	,210**	-0,025	0,071	0,037	0,007
3.Duygusal ihmal			-	,729**	-0,101	,401**	0,092	,133*	0,040	-,238**
4.Duygusal istismar				-	-0,087	,453**	,139**	,168**	0,079	-,182**
5.Fiziksel ihmal					-	-0,058	-,279**	-0,078	0,006	,936**
6.Fiziksel istismar						-	0,091	0,082	,129*	-,136**
7.Dışsal yeme							-	,352**	-0,059	-,262**
8.Duygusal yeme								-	,312**	-0,067

9.Kısıtlayıcı yeme	-	-0,022
---------------------------	---	--------

10.Psikolojik sağlamlık	-	-
--------------------------------	---	---

* $p < .05$. ** $p < .01$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

18-25 yaş arasındaki genç yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bu araştırmada aşırı koruma-aşırı kontrol, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar gibi çocukluk çağı travmalarının; dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme gibi bozulmuş yeme davranışları ile psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Aynı zamanda olumsuz yaşam olayları yaşama, psikolojik destek alma geçmişi, kilo, diyet yapma geçmişi gibi değişkenlerin de ölçek puanları ile etkileşimine bakılmıştır. Çalışmaya 371 kişi gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ve bozulmuş yeme davranışları ilişkisi incelendiğinde bazı alt boyutlar arasında ilişkiler bulunmuştur. Bozulmuş yeme davranışları ve düzensiz yeme tutumları hem olumsuz psikososyal sonuçları olan hem de yeme bozukluğu geliştirmeye neden olabilecek önemli problemlerdir (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky-Kraff, & Wilfley, 2008). Bu nedenle çalışmamızın bulguları yalnızca yeme davranışlarını araştıran çalışmalar ile değil yeme tutumlarını araştıran çalışmalar ile de karşılaştırılacaktır. Aşağıda ölçeklerin alt boyutları, alanyazın bilgileri ışığında tek tek incelenecektir:

Aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutu bu ölçeğe yeni eklenmiş bir alt boyuttur ve bizim çalışmamızda duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca sosyodemografik bilgi formundan aldığımız verilerde diyet yapma geçmişi puanlarının aşırı koruma- aşırı kontrol alt boyutunda farklılaştığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre bozulmuş yeme davranışlarını gösteren kişilerin ebeveynlerinin çocukken aşırı korumacı ve kontrolcü davranma ihtimalleri bulunmaktadır ve bunlar travmatik etkilenimler yaratabileceğini göstermektedir. Bu alt boyut alanyazına yeni eklendiği için benzeri herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Buna karşın Tunç'un 2020 yılında

yazdığı makaledeki bulgular gelecek çalışmalara fikir vermesi açısından karşılaştırılabilir. Bu makalede başka bir ölçeğin (Ebeveyn Bağlanma Ölçeği) alt boyutu olan aşırı koruma ile bizim bulgularımız karşılaştırıldığında benzerlikler söz konusudur. Bahsi geçen çalışmada kişilerin yeme tutumu algılarındaki bozulma ile ölçeğin aşırı koruma alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tunç, 2020). Sonuca ulaşma yöntemleri farklı olsa da bir psikopatolojiyi yordayabilecek değişkenleri önceden tespit etmek için bu bulguların benzer olması önemlidir. Alanyazında aşırı koruma ve yeme bozukluğu ilişkisini araştıran başka çalışmalarda mevcuttur. 2006 yılında yapılmış bir çalışmada BN hastası olmakla babanın aşırı koruması ilişkili bulunmuş, aşırı koruyucu babaların kızlarına kilo ve fiziksel özellikler konusunda baskı yaptığı bildirilmiştir. Makalede küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle bu konunun daha fazla araştırılması önerilmiştir (Fosse & Holen, 2006). Aşırı kontrolcü babaların kız çocukları üzerinde oluşturdukları baskı, çocuklarında kendi kiloları ve fiziksel görünümü ile aşırı uğraşa yönlendirmelerine neden olabilir. Aşırı kontrolcü ebeveyni olan çocuklar akran zorbalığı, fiziksel ihmal gibi zorlayıcı yaşantılarla karşılaştığında benlik saygıları kolayca düşebilir ve bunun sonucunda yeme bozukluğu geliştirme ihtimali artabilir (Perry, Silvera, Neilands , Rosenvinge, & Hanssen, 2008).

Araştırmamızda cinsel istismar ile yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sosyodemografik bilgi formundan aldığımız verilerde ise diyet yapma geçmişi puanlarının cinsel istismar alt boyutunda farklılaştığı bilgisi dikkat çekicidir ve kilo ile uğraşa işaret eder. Alanyazına bakıldığında bu konuda farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Örneğin 2001 yılında çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan veya yetişkinliğinde tecavüze uğrayan kişilerin kısıtlayıcı yeme puanları kontrol grubuna göre anlamlı bir düzeyde yüksek çıkmıştır (Wonderlich, ve diğerleri, 2001). Türkiye’de üniversite okuyan kadın öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %10’unda anormal yeme tutumları bulunmuş, bu kişilerin %39’u cinsel istismara uğradığını belirtmiştir. Normal yeme tutumu olan kadınlardan daha yüksek bir cinsel

istismara uğrama oranı olsa da bu istatistiksel olarak yeterli bir farklılık sunmamaktadır. Yalnızca çocuklukta cinsel istismarın varlığı BN puanları ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur (Elal, Sabol, & Slade, 2004). Erken yaştaki cinsel deneyimler, kişide beden farkındalığının daha erken yaşta keşfedilmesine neden olmaktadır. Bundan dolayı cinsel istismar geçmişi olan çocuklukların erken yaşlardan itibaren kilo ile aşırı uğraşma yönelimi ve bozulmuş yeme davranışları geliştirme ihtimalleri artabilmektedir. Bizim sonucumuzun alanyazından farklı çıkmasının nedeni örneklemimiz içerisinde direkt olarak yeme bozukluğu geliştirmiş kişilere ulaşamamış olması olabilir.

Korelasyon analizine göre çocukluk çağında duygusal ihmal ve istismar yaşantısına dair ölçek puanları arttıkça duygusal yeme puanının da arttığı görülmüştür. Bu bulgular alanyazınla oldukça benzer özellikle taşımaktadır. Sosyodemografik bilgi formundan aldığımız verilerde diyet yapma geçmişi puanlarının duygusal istismar alt boyutunda farklılaştığını göstermektedir. Ayrıca her ne kadar öznel bir değerlendirme olsa da kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz sorusunda kilosunu normal ve şişman olarak değerlendiren kişilerin duygusal ihmal ve duygusal istismar puanları anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Korelasyon analizindeki bulgularla paralel olarak duygusal yemenin duygusal istismar ve ihmal ile olan ilişkisi bu bozulmuş yeme davranışının kilo almaya neden olan yeme bozuklukları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bozulmuş yeme davranışları ve tutumlarını inceleyen bir çalışmada duygusal istismarın bu yeme davranışları üzerinde doğrudan ve aracısız bir etkisi olduğu bulunmuştur. (Kennedy, Ip, Samra, & Gorzalka, 2007) Ayrıca Hund ve arkadaşlarının 2005 yılında kadın üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada duygusal istismar ile düzensiz yeme davranışları arasında ilişki bulunmuştur. (Hund & Espelage, 2006) Duygusal olarak ihmal ve istismara çocuk yaşta uğramak kendine güven problemine yol açmaktadır ve bu durum önemli bir sınır ihlalidir. Bu yüzden muhtemelen durumla başa çıkmakta zorlanıyor olmak yeme patolojisini beraberinde getirmektedir. Bizim bulgularımızda çocukluk çağında duygusal ihmal ve istismara uğramış olmanın

ileride bozulmuş yeme davranışları geliştirme açısından önemli bir risk faktörü olabileceği bulgularını veren alanyazın bulguları ile uyumludur.

Çalışmamızda çocukluk çağında yaşanan fiziksel ihmal ile dışsal yemenin arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismarda ise daha farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Fiziksel istismar yaşantıları ile kısıtlayıcı yeme puanlarının pozitif yönlü ilişkisi vardır. Ayrıca sosyodemografik bilgi formundan aldığımız verilerde diyet yapma geçmişi puanlarının fiziksel ihmal alt boyutunda farklılaştığını göstermektedir. Bu bilgiler alanyazın ile karşılaştırıldığında hem kadın hem erkek örneklemin dahil edildiği bir çalışmada yeme bozukluğu erkeklerde çocukluk çağında fiziksel ihmal yaşantıları ile ilişkili bulunurken kadınlarda duygusal ve cinsel istismar yaşantıları ile daha fazla ilişkili bulunmuştur. Fiziksel ihmalin TYB'nu AN'ya göre daha fazla yordadığı görülmüştür (Afifi, ve diğerleri, 2017). 2002 yılında genç yetişkin kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan fiziksel ihmalin ve istismarın doğrudan yeme tutumları ve davranışları üzerinde etkili olmadığı, aleksitimi ve depresyonun aracılığıyla dolaylı olarak yeme patolojisini etkilediği bulunmuştur (Mazzeo & Espelaga, 2002). Bu sonuçlar bizim çalışmamızda fiziksel ihmal ve istismarın yeme davranışları ile olan etkileşimi kısmen açıklamaktadır. Fiziksel ihmal ve istismarın yeme davranışları üzerinde etkisi aracı değişkenlerin rolü incelenerek başka çalışmalarda araştırılması gereken bir konudur.

Alanyazında bizim kullandığımız çocukluk çağı travmaları ve yeme davranışları ölçeklerini kullanan çalışmaların bulguları da incelenmiştir. 2015 yılında yapılan çocukluk çağı travmaları ve duygusal yeme davranışı arasında duygu düzenlemenin aracı rolünü araştıran bir çalışmanın bulguları bizimle bazı benzer sonuçlara sahiptir. Bu çalışmada duygusal yeme ile duygusal ihmal ve duygusal istismar alt boyutları arasındaki ilişki bizim araştırmamızda da bulunmuştur. Fakat bahsi geçen bu çalışmada aynı zamanda fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyutları ile duygusal yeme arasında

bulunan ilişki bizim araştırmamızda bulunamamıştır (Michopoulos, ve diğerleri, 2015). Türkiye’de obez bireyler üzerinde yapılan bir tez çalışmasında bizim bulgularımızdan farklı olarak tüm çocukluk çağı travmaları alt boyutları ile duygusal yeme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Akduman, 2018). Türkiye’de yetişkinler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada bizim bulgularımızla bazı benzerlikler gösteren başka bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada duygusal yeme ve dışsal yeme çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla ilişki gösterirken yalnızca kısıtlayıcı yeme cinsel istismar ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Soyumtürk, 2021). Yaptığımız alanyazın taramasında çocukluk çağı travmaları ve yeme davranışlarını araştıran çalışmalar incelenmiştir. Bizimle benzer ve farklı sonuçlara sahip çalışmalar yukarıda açıklanmıştır. Fakat bizim kullandığımız ölçeklere benzer ölçekleri kullanarak sonuçlarını kıyasladığımız çalışmalarda olduğu gibi bütün çocukluk çağı travmaları ile bozulmuş yeme davranışları arasında ilişki bulunamamasında özellikle duygusal yeme ile çocukluk travmaları arasındaki ilişkiyle ilgili bulgularımız alanyazına benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırmanın amaçlarından bir tanesi yaşanan çocukluk çağı travmalarının psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkileyebilecek bir risk faktörü olup olmama durumunun incelenmesidir. Araştırmamızın bulgularına göre cinsel istismar alt boyutu harici bütün boyutlarda çocukluk çağı travması ile psikolojik sağlamlık arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca sosyodemografik bilgi formundan aldığımız verilerde olumsuz yaşam olayı (şiddet, ekonomik yoksunluk, doğal afet, trafik kazası, akran baskısı, aile içi çatışma vs.) yaşamış kişilerin psikolojik sağlamlık puanları yaşamamış kişilere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağında aşırı koruma-aşırı kontrolcü ebeveynlerin olması, duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar gibi yaşantıların olması psikolojik sağlamlık ile ters orantılıdır. Yani bu örseleyici yaşantılar psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Alanyazındaki bulgulara bakıldığında üniversite öğrencilerinde çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantılarının psikolojik sağlamlık üzerinde negatif yönde bir etkisi

olduğu bulunmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulgulara kısmen benzer bulgulardır (Gamzeli & Kahraman, 2018). Bu değerlendirmelerin sonucunda araştırmamızın alanyazın sonuçlarını kısmen desteklediği görülmektedir. Kötü muamele görmüş çocuklara psikolojik destek vermek ve daha sağlıklı bir yaşam ortamı sağlamak her daim söz konusu olamamaktadır. Bu yüzden çocukluk çağında yaşanan travmalar yetişkinlik yaşamında psikolojik sağlamlık gibi pek çok dinamiği olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırmalar stabil olan ve destekleyici ilişkilerin geliştiği bir aile ortamının çocuklukta travma sonrasında psikolojik sağlamlığı koruyucu faktörler arasında olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Afifi & Mac Millan, 2011). Bizim çalışmamız daha çok ilişkiyi incelese de aslında psikolojik sağlamlığı etkileyen risk ve koruyucu faktörler de araştırılmalıdır.

Alanyazında bizim kullandığımız çocukluk çağı travmaları ve psikolojik sağlamlık ölçeklerini kullanan çalışmaların bulguları da incelenmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir tez çalışmasında psikolojik sağlamlık ile çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan puan arttıkça çocukluk çağı travmaları ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar azalmaktadır (Bakan, 2020). Bizim çalışmamızda buna benzer sonuç cinsel istismar ve fiziksel ihmal harici tüm alt boyutlarda bulunmuştur. 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada psikolojik sağlamlık ile çocukluk travmaları alt boyutlarının hiçbirisinin arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çetinkaya, Alpar, & Arıca, 2017). Bu bulgu bizim cinsel istismar ve psikolojik sağlamlık arasında ilişki bulamamızla benzer bir sonuçtur. 2046 deneğin katıldığı bir çalışmada majör depresyon hastalarında düşük psikolojik sağlamlık hem çocukluk çağı travması olan kişilerde hem de olmayan kişilerde görülmüştür. Bu sonuç bizi psikolojik sağlamlığı etkileyen çok sayıda faktör olduğu düşüncesine götürmektedir. Aynı zamanda kişinin onu iyileştirecek kaynaklara erişimi, yaşama azmi, sükuneti, iyilik hali, psikolojik uyumu, sosyal işlevselliği, kendine güveni gibi kavramlarda psikolojik sağlamlıkla ilişkili kişilik özellikleridir

(Schulz, ve diğeri, 2014). Dolayısıyla psikolojik sağamlık ile ilgili araştırmalar yaparken bu kavramlarında araştırılacağı ayırt edici çalışmalar yapmak psikolojik sağamlık ile travmatik deneyimler arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

Araştırmanın bir diğeri amacı da yeme davranışları ve psikolojik sağamlık arasındaki ilişkiyi incelemektir. Psikolojik sağamlık ve duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme ile arasında herhangi bir ilişki bulunmazken dışsal yeme ile arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamız çocukluk çağı travması yaşamış kadınların patolojik yeme davranışları olduğunu desteklese de bunun psikolojik sağamlık ile bir ilişkisi olabileceğini desteklememiştir. Alanyazın incelendiğinde ise psikolojik sağamlığın aracı rolünün üzerinde duran birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Bunlardan bir tanesinde cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile yeme bozukluğu davranışları arasında kısmen psikolojik sağamlığın aracı bir rolü olduğu görölmüştür. Fakat psikolojik sağamlık kavramı yine de yeme patolojisinin tüm boyutları ile ilgili bulunmamış yalnızca beden memnuniyetsizliği ile ilişkisi bulunmuştur (Ferguson & Brausch, 2020). Bazı çalışmalar psikolojik sağamlığın, psikopatoloji geliştirmemek için önemli bir koruyucu faktör olduğunu savunmaktadır (Waugh, Fredrickson, & Taylor , 2008). Yani psikolojik sağamlığı yüksek kişilerde travmatik deneyimler sonrasında yeme bozukluğu gelişme ihtimali daha düşük olabilir. Bunun nedeni psikolojik sağamlığı yüksek olan kişilerin duygu düzenleme becerileri daha yüksek olduğu için bozulmuş yeme davranışlarına yönelmemeleri olabilir. Bu yüzden gelecek çalışmalar duygu düzenlemenin etkisini de incelemelidir.

Araştırmamızda bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. En önemli sınırlılıklardan birisi direkt olarak çocukluk çağı travması yaşamış örneklem ile çalışılmamasıdır. Verilerimiz genel örneklemden alınması bazı karıştırıcı faktörlerin etkisinin olabileceğini ve sonuçların yanlılığa neden olabileceğine işaret etmektedir. Yalnızca çocukluk çağı travması yaşamış bir örneklem

üzerinde çalışılması karıştırıcı faktörlerin etkisinin minimize edilmesini sağlayabilirdi. Verilerimiz yalnızca araştırmanın kapsamında elde edilen bulgular, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır bu yüzden herhangi bir patolojik durum için genelleme yapılamamaktadır.

Pandemi nedeniyle yalnız çevrimiçi yöntemler ile veri toplanabilmiştir. Hem kâğıt-kalem yöntemiyle hem de çevrimiçi yolla veriler toplansaydı örneklem büyüklüğümüz daha geniş olabilirdi. Mevcut şartlar nedeniyle yaşanan bu sıkıntı bir sınırlılık olarak görülmektedir.

Verilen cevaplar kişilerin öz bildirimleri yoluyla toplandığı için bütün verilerin objektif olduğu var sayılamaz.

Yeme davranışları ve yeme tutumları her ne kadar yeme patolojisini yordayan değişkenler olsa da birbirinden farklı kavramlardır. Fakat ülkemizde yapılan çalışmalarda direkt olarak bizim kullandığımız ölçekler bir arada çok fazla kullanılmamıştır. Bu yüzden yaptığımız yeme davranışları araştırmasının Türkiye örneğinde karşılaştırılamama durumu bir sınırlılık olarak görülebilir. Yabancı alanyazına bakılarak yazılan hem yeme bozukluğu hem de yeme tutumları ile ilgili araştırmaları dahil edilerek yazılan tartışmada önemli sonuçlar vermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız çocukluk çağında kötü muamele görmüş genç yetişkin kadınların bozulmuş yeme davranışları geliştirme ihtimallerinin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu kişilerin yeme bozukluğu geliştirmek açısından da risk altında olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda psikolojik sağlamlık ve bozulmuş yeme davranışları arasında ilişki bulunamasa da alanyazındaki çalışmalar psikolojik sağlamlıkla ilgili olabilecek duygu düzenleme, öz duyarlılık gibi kavramların ilişkili olduğunu göstermektedir (Karaoğlu & Erzi, 2019). Bu yüzden yeme bozukluğu ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki gelecek çalışmalarda daha detaylı olarak incelenmelidir. Aşırı koruyucu ve aşırı kontrol edici ebeveynliğin duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışları ile ilişkili olması bize ebeveyn ile olan ilişkilerin yeme bozukluğu geliştirmeye etki edebileceğini göstermektedir. ÇÇRTÖ'ne eklenen bu yeni alt boyutun yetişkinlikte oluşturabileceği olumsuz psikolojik etkilenimlerden bazıları bu çalışmada gösterilmiştir. Gelecek çalışmaların ebeveynleri de dahil edilerek planlanması bu ilişkiyi daha iyi açıklayacaktır. Bizim araştırmamızda çocukluk çağında cinsel istismar ile ilgili anlamlı bir bulgu elde edilmemesinin nedeni ölçeklerin öz bildirimine dayalı olması nedeniyle katılımcıların kendilerini gizleme istekleri yanlı olarak cevap vermelerine neden olmuş olabilir. Bu yüzden ilerleyen çalışmalarda daha geniş örneklem büyüklüğünde bu çalışmalar yürütülerek yansız cevaplayabilecek kişilere ulaşılmaya çalışılabilir. Özellikle duygusal ihmal ve istismar ile duygusal yeme arasında bulduğumuz ilişki; yeme bozukluklarının gelişiminde erken dönemdeki travmatik yaşantıların etkisinin göz ardı edilmemesine işaret etmektedir. Ayrıca fiziksel istismarın kısıtlayıcı yeme davranışı ile ilişkili olabileceği de bu araştırmanın önemli çıktılarından. Yeme bozuklukları tedavi süreci uzun ve psikolojik etkilenimleri çok ağır olan hastalıklardan bir tanesidir. Bu yüzden erken yaşantıların yeme bozukluğu gelişimindeki etkisi, yeme bozukluğu tedavisi sırasında travmatik yaşantıların bulunup işlenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu şekilde planlanan tedavilerin etkililiğine yönelik çalışmalar alanyazına kazandırılmalıdır.

Çocukluk çağı travmaları önemli psikolojik problemlere sebep olabilecek esasen bir toplum ruh sağlığı sorunudur. Bu soruna yönelik tespit, tanı, müdahale ve iyileştirme çalışmaları ülke geneline yayılarak hem belediyeler hem toplum ruh sağlığı merkezleri hem de okullarda buna yönelik geniş tarama çalışmaları ve sosyal müdahaleler planlanmalıdır.

Çok faktörlü bir yapı olan bozulmuş yeme davranışları ve tutumları yeme patolojisini öngören ve onun belirtilerini gösteren önemli yapılardır ve ne yazık ki çocukluk çağından itibaren bu yanlış baş etme davranışları insan hayatının tümünü etkileyebilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Yeme bozukluklarının sonucundaki ölüm oranları ve iyileşmenin zorluğu göz önünde bulundurulduğunda daha çocukluktan itibaren bu davranışların tespiti ve sağaltımı için gerekli müdahaleler ilgili yetkililerce planlanmalıdır.

Psikolojik sağlık tanımında bir travma yaşamış olmayı gerekli kılmaktadır. Fakat psikolojik sağlamlığın doğasındaki iyileştirici ve olumlu başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirici faktörler olumsuz yaşantılar ile sekteye uğrayabilmektedir. Bu yüzden travma yaşandıktan sonraki süreç ve müdahaleler iyi planlanmalı, özellikle travma mağdurlarına yönelik psikolojik sağlamlığı arttırmak için yapılandırılmış psikoeğitim çalışmaları planlanmalıdır.

Bütün bu araştırma ve bulguları ülkemizde travma ve afet psikolojisine verilen önemin artması gerektiğine dair sinyaller vermektedir. Özellikle 1999 Marmara Depremi'nden sonra psikolojik travma kavramının, bu konudaki psikoeğitim ve sağaltım çalışmalarının yaygınlaşması çok önemli bir gelişme olmuştur. Bu tez özelinde yeme bozukluğunu yordayacak faktörleri psikolojik travma ile bağdaştırsak da bu kavramın ve psikolojik sağlamlığı arttıracak faktörlerin araştırılması ruh sağlığı çalışanları için önemlidir.

Yapılan alanyazın çalışmasında sıkça karşılaştığımız bir konu yaş faktörüdür. Bu çalışma hem ergen hem de yaşlı yaş gruplarına uygun örneklemeler oluşturularak da tekrarlanabilir. Çalışmayı yaparken genelde yabancı

alanyazının kullanılmasının nedeni özellikle yeme davranışları konusunda Türkçe alanyazının yetersiz olmasıdır. Bu yüzden özellikle erkek örneklerde oluşturularak yeni çalışmalar planlanması ve bu sayede psikolojik travma, yeme davranışları ve psikolojik sağlamlık üzerine Türkçe alanyazının zenginleşmesine destek olacaktır.

KAYNAKÇA

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S., & Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents:: Associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child abuse & neglect, 25*(6), 771-785.
- Affrunti, N. W., & Ginsburg, G. S. (2012). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(1), 102-112.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272.
- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International journal of eating disorders, 50*(11), 1281-1296.
- Akduman, İ. (2018). Obez Bireylerde Problemlı Yeme Davranışları ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisinin İncelenmesi. (*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Aker, A. T., Önen, P., & Karakılıç, H. (2007). Psychological Trauma: Research and Practice in Turkey. *International Journal of Mental Health, 36*(3), 38-57.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford. .
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği (HYB).

- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(7), 1057-1078.
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological trauma: theory, research, practice, and polic*, 5(3), 225-232.
- Bakan, N. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Sağlamlığa Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Kars: Kafkas Üniversitesi.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child development*, 67(6), 3296-3319.
- Behar, R., Arancibia, M., Sepúlveda, E., & Muga, A. (2016). Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. N. Morton içinde, *Eating Disorders: Prevalance, Risk Factors and Treatment Options* (s. 149). New York: Nova Science Publishers.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., . . . Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(2), 539-549.

- Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Ijntema, R. (2010). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British journal of health psychology*, 7(1), 1-10.
- Bozan, N. (2009). Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. (*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*). Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: BasicBooks.
- 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.
- Calderon, L. (2006). University students' risk for disordered eating. In K. Bose (Ed.), *Ecology, culture, nutrition, health, and disease. Human Ecology Special Issue, 14*, 135-137.
- Carter, J. C., Carmen, B., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269.
- Carver, C. S. (1998). Thriving and Resilience: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child abuse & neglect*, 34(6), 454-464.
- Çetinkaya, H. Z., Alpar, G., & Arıca, O. T. (2017). Moderating Effect of Resilience between Childhood Trauma and. *Yeni Symposium*, 55(4), 10-16.

- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1995). The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213-228.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well Being*, 3(1), 93-102.
- Dovey, T. M. (2010). *Eating behaviour*. Berkshire: Open University Press.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-358.
- Elal, G., Sabol, E., & Slade, P. (2004). Abnormal eating attitudes and sexual abuse experiences in Turkish university women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(3), 170-178.
- Fang, J., Wang, X., Yuan, K. H., & Wen, Z. (2020). Childhood psychological maltreatment and moral disengagement: A moderated mediation model of callous-unemotional traits and empathy. *Personality and individual differences*, 157, 1-7.
- Ferguson, A. K., & Brausch, A. M. (2020). Resilience mediates the relationship between PTSD symptoms and disordered eating in college women who have experienced sexual victimization. *Journal of interpersonal violence*, 1-18.
- Fosse, G. K., & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating behaviors*, 7(4), 404-409.

- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 365-376.
- Frost, R. O., Goolkasian, G. A., Ely, R. J., & Blanchard, F. A. (1982). Depression, restraint and eating behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 20(2), 113-121.
- Gahagan, S. (2012). Development of eating behavior: biology and context. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(3), 261-271.
- Gamzeli, A., & Kahraman, O. S. (2018). Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Belirtilerinin Psikolojik Sağlamlığa Etkisi. 882-892.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264.
- Heaven, P. C., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (2), 161-166.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1983). A boundary model for the regulation of eating. *Psychiatric Annals*, 13(12), 918-927.
- Honor, G. (2017). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 384-390.

- Howell, C. (2017). *Emotional Eating : Learn to be free! A guide to living well and soothing yourself in ways other than food.*. New Zeland: Exisle Publishing PTY Ltd.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: an etiological model of generalized anxiety disorder. R. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (s. 59). New York: Guilford Press.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child abuse & neglect*, 30(4), 393-407.
- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2012). Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology*, 45(1), 61-66.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *Lancet*, 364, 462-470.
- Karancı, A. N., Aker, A. T., Işıklı, S., Erkan, B. B., Gül , E., & Güzel, H. (2012). *Türkiye'de Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Etkileri*. Matus Basımevi.
- Karaoğlu, M., & Erzi, S. (2019). Yeme Tutumları ve Travmatik Yaşantılar: Öz Şefkat ve Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 145-151.
- Kennedy, M. A., Ip, K., Samra, J., & Gorzalka, B. B. (2007). The role of childhood emotional abuse in disordered eating. *Journal of emotional abuse*, 7(1), 17-36.

- 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.
- Las Hayas, C., Padierna, J. A., Muñoz, P., Aguirre, M., Gomez del Barrio, A., Beato-Fernández, L., & Calvete, E. (2016). Resilience in eating disorders: A qualitative study. *Women & health*, 56(5), 576-594.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Macht, M., & Müeller, J. (2007). Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states. *Appetite*, 49(3), 667-674.
- Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39(2), 147-158.
- Marsiglio, M. C., Chronister, K. M., Gibson, B., & Level, L. D. (2014). Examining the link between traumatic events and delinquency among juvenile delinquent girls: A longitudinal study. *Journal of child & adolescent trauma*, 7(4), 217-225.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444.
- Mazzeo, S. E., & Espelaga, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 86-100.

- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite, 91*, 129-136.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and Learned Helplessness in Man. *Journal of abnormal psychology, 84*(3), 228-238.
- Mirsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Tan, D., & Beyazyürek, M. (2004). Childhood Trauma in Alcoholics. *Alcohol & Alcoholism, 39*(2), 126-129.
- Mitchell, S. L., & Perkins, K. A. (1998). Interaction of stress, smoking, and dietary restraint in women. *Physiology & behavior, 64*(1), 103-109.
- Nakhoul, T. B., Mina, A., Soufia, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2021). Restrained eating in Lebanese adolescents: scale validation and correlates. *BMC pediatrics, 21*(1), 1-11.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression research and treatment, 1-11*.
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and Thriving in Response to Challenge: An Opportunity for a Paradigm Shift in Women's Health. *Women's Health, 121-142*.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(1), 11-31.
- Patrick, L. (2002). Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Alternative Medicine Review, 7*(3), 184-203.

- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors, 9*(1), 13-24.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *Int J Eat Disord, 26*(2), 153-164.
- Polivy, J., Heatherton, T. F., & Herman, C. P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 354-356.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2014). Emotion Dysregulation and Anorexia Nervosa: An Exploration of the Role of Childhood Abuse. *International Journal of Eating Disorders, 48*(1), 55-58.
- Rebekka, S., Georgii, C., Eichin, K., Arend, A.-K., Wilhelm, F., Vögele, C., . . . Blechert, J. (2020). Fight, Flight, – Or Grab a Bite! Trait Emotional and Restrained Eating Style Predicts Food Cue Responding Under Negative Emotions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 14*(91), 1-13.
- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity: what went wrong? *American Psychologist, 36*(4), 361-371.
- Rosenstein, D., & Oster, H. (1988). Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child development, 1555-1568*.
- Rörh, S., Dölemeyer, R., Klinitzke, G., Steinig, J., Wagner, B., & Kersting, A. (2014). Child maltreatment in binge eating disorder: a systematic literature review. *Psychiatrische Praxis, 42*(3), 125-132.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry, 147*(6), 598-611.

- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*, 10(2), 91-97.
- Schacter, S., & Rodin, J. (1974). *Obese Humans and Rats*. London: Routledge.
- Schulz, A., Becker, M., Van der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., . . . Grabe, H. J. (2014). The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 97-103.
- Seligman, M. (2006). *Learned optimism : how to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- SHÇEK & UNICEF. (2010). *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması*. UNICEF. <https://www.unicef.org/turkey/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%C4%B0YE'DE%20C3%87OCUK%20C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20C4%B0C3%87C4%B0%20C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20C3%96zet%20Raporu%202010.pdf> adresinden alındı
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Soyumtürk, İ. (2021). Yetişkin Bireylerde Algılanan Ebeveyn Tutumu ile Çocukluk Çağı Travmalarının Duygusal Yeme Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Şar , V., Mutluer, T., Mutluer, T., Parmis, F., Fatih, P., & Kurtça, T.-T. (2021). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma

- Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51.
- Şar, V. (1998). Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. E. Köroğlu içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı* (s. 823-834). Hekimler Yayın Birliği .
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32(4), 1054-1063.
- Şenkal, İ., & Işıklı, S. (2015). Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri ile İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 1-7.
- Şenkal, İ., & Palabıyıkoglu, R. (2015). Çocukluk Çağı Travmaları ve Aleksitimi. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 4(8), 7-24.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics. 5th ed.,*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Titchener, J. L. (1985). Post-Traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives. C. R. Figley içinde, *Trauma and Its Wake: Traumatic Stress Theory, Research and Intervention* (s. 45-46). New York: Brunner/Mazel.
- Tunç, P. (2020). Çocukluk Çağı Travması ile Bozulmuş Yeme Tutumları İlişkisinde Ebeveyne Bağlanmanın Düzenleyici Rolünün İncelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 27(2), 75-84.
- Tuschl, R. J. (1990). From Dietary Restraint to Binge Eating: Some Theoretical Considerations. *Appetite*, 14(2), 105-109.
- Van Strein, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current diabetes reports*, 18(6), 1-8.

- van Strein, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *international journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- van Strien, T., van der Zwaluw, C. S., & Engels, R. C. (2010). Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT)–Depressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1035-1042.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193.
- Wang, Y., Warmenhoven, H., Feng, Y., Wilson, A., Guo, D., & Chen, R. (2021). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation, the mediating role of identification of all humanity, indifference and loneliness. *Journal of Affective Disorder*, 299(2022), 658-665.
- Wardle, J., & Beales, S. (tarih yok). Restraint, body image and food attitudes in children from 12 to 18 years. *Appetite*, 7(3), 209-217.
- Wagh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*, 42(4), 1031-1046.
- Westenhofer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16(1), 45-55.
- Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (1996). Childhood Sexual Abuse and Bulimic Behavior in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Public Health*, 86(8), 1082-1086.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. E., Redlin, J., Demuth, G., . . . Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders, 30*(4), 401-412.

Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(1), 134-151.

World Health Organization & ISPCAN. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı

World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse*. Geneva: WHO.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf
adresinden alındı

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü Travma ve Afet Çalışmaları Bölümü kapsamında yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı genç yetişkin kadınların çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeme tutumu ve psikolojik sağlamlıkları ile ilişkisini incelemektir. Bu çalışma İstanbul Bilgi Üniversitesi Prof. Dr. Işık Karakaya danışmanlığında Psikolog Büşra Acar tarafından yürütülmektedir.

Araştırma yalnızca genç yetişkin kadınlara yöneliktir bu yüzden 18-25 yaş aralığında kadın değilseniz lütfen soruları cevaplandırmayınız.

Ölçeklerde verilen soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu yüzden lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, sizi en iyi anlattığını düşündüğünüz yanıtı işaretleyiniz. Verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel veri olarak kullanılacak sizden adınız soyadınız istenmeyecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz.

Soruları cevaplamanın yaklaşık olarak 7-10 dakika sürmesi öngörülmektedir. Soruların duygu durumunuzda herhangi bir değişikliğe neden olması beklenmemektedir ancak katılım sırasında herhangi bir nedenden dolayı devam etmek istemezseniz cevaplamayı bırakabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkürler.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/uzman tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimizi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: () Kadın
2. Yaşınız ()
3. Eğitim Durumunuz:
 - () İlkokul
 - () Ortaokul
 - () Lise
 - () Üniversite
4. Şu anda kim(lerle) yaşıyorsunuz:
 - () Anne-baba ya da akrabalarla
 - () Erkek/kız arkadaşla
 - () Yalnız
 - () Diğer
5. Şimdiki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - () Çok zayıf
 - () Zayıf
 - () Normal
 - () Biraz şişman
 - () Çok şişman
6. Daha önceden hiç kilo vermeye/almaya çalıştınız mı?
 - () Kilo almaya çalıştım
 - () Kilo vermeye çalıştım
 - () Hem kilo almaya hem kilo vermeye çalıştım
7. Daha önceden hiç diyet yaptınız mı?
 - () Evet
 - () Hayır
8. Olumsuz olarak değerlendirebileceğiniz yaşam olayları (Şiddet, ekonomik yoksunluk, doğal afet, trafik kazası, akran baskısı, aile içi çatışma vs.) yaşadınız mı?
 - () Evet

Hayır

9. Bugüne kadar tedavi gerektirecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık yaşadınız mı?

Evet

Hayır

EK 3: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1	Yeterli yemeğim olur.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
2	Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
3	Anne ya da babam kendilerine layık olmadığını ifade ederdi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
4	Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
5	Ailemde sorunlarımı paylaşacağım biri vardı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
6	Üst baş açısından bakımsızdım.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
7	Sevildiğimi hissediyordum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
8	Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık

9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmıştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
10	Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
11	Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
13	Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
14	Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
15	Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık

16	Çocukluğum mükemmeldi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
19	Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
20	Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık

23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
24	Birisi bana cinsel istismarde bulundu.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
25	Ailemdelikiler bana karşı suçlayıcıydı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
27	Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
29	Ailemdelikiler yaşlıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
30	Ailemdelikiler her şeyime karıştırdı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
31	Anne ve babam bir işi kendi başıma	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık

	yapmama fırsat verirdi.					
32	Ailemdkiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
33	Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık

EK 4: Hollanda Yeme Davranışları Anketi (HYDA)

1	Eğer kilo aldıysanız her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

	aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığımızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

EK 5: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

1	Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
2	Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
3	Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
4	Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
5	Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	Hiç uygun değil zaman	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
6	Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun

EK 6: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

Etik Kurul Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.