

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE
ALGILANAN EBEVEYNLİK STİLLERİNİN
YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Emine Fulya KANDEMİR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Dr. Özlem MESTÇİOĞLU**

İSTANBUL, Mayıs 2021

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE
ALGILANAN EBEVEYNLİK STİLLERİNİN
YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Emine Fulya KANDEMİR
(182005014)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Dr. Özlem MESTÇİOĞLU**

İSTANBUL, Mayıs 2021

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE
ALGILANAN EBEVEYNLİK STİLLERİNİN
YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Emine Fulya KANDEMİR
(182005014)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih : 04.06.2021

Tez Danışmanı : Uzm. Dr. Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU _____
İstanbul Okan Üniversitesi

Diğer Jüri Üyeleri : Uzm. Dr. İbrahim Fuat AKGÜL _____
İstanbul Okan Üniversitesi
Prof. Dr. Özgür ÖZTÜRK _____
Nişantaşı Üniversitesi

İSTANBUL, Mayıs 2021

TEŞEKKÜR

İlk olarak yüksek lisans dönemimde süpervizörlüğümü yapmış olan, akademik hayata ilişkin disiplinini ve tutumunu en fazla örnek aldığım, fikirlerini ve önerilerini hiçbir zaman esirgemeyerek bu süreçte en büyük destekçim olan tez danışmanım Dr. Özlem MESTÇİOĞLU'na kıymetli katkılarından ve gösterdiği sabırdan dolayı yürekten teşekkür ederim.

Bana konu ne olursa olsun her zaman ve her koşulda başaracağımı hissettiren, pandemi gibi zorlu bir süreçte veri toplamada benden daha çok çaba sarf eden nişanlım Diyetisyen Hüseyin KÜÇÜKER'e teşekkür ederim.

Her zaman hedefim olan bu meslekte uzmanlığımı da almam için maddi ve manevi her türlü desteğini benden esirgemeyen, pes ettiğim her anda daha da iyisini yapabileceğime beni inandıran, güvenlerini her zaman hissettiğim annem Gülcan KANDEMİR, babam Turhan KANDEMİR ve abim Furkan KANDEMİR'e teşekkür ederim.

Son olarak her şeyden çok sevdiğim canım dedeme, teşekkürü borç bilirim...

Emine Fulya KANDEMİR

Mayıs, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
SUMMARY	vii
SEMBOL LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ	xi
EKLER	xiii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. KURAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1.1. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları	3
1.1.2. Neden Yeriz?	3
1.1.2.1. Yemenin Fizyolojik Anlamı	4
1.1.2.2. Yemenin Sosyal Anlamı	5
1.1.2.3 Yemenin Kültürel Anlamı	6
1.1.2.4 Yemenin Duygusal Anlamı	6
1.1.3. DSM-V ve Yeme Bozuklukları	7
1.1.3.1. AN ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri	7
1.1.3.2. BN ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri	8
1.1.3.3. TYB ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri	9
1.1.3.4. Pika	10
1.1.3.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	10
1.1.3.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	10
1.1.3.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	11
1.1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi	11
1.1.5.1. Kalıtsal Risk Faktörleri	13
1.1.5.2. Bireysel Risk Faktörleri	15
1.1.5.3. Psikososyal Risk Faktörleri	16
1.1.5.4. Ailesel Risk Faktörleri	16
1.1.5.5. Sosyal ve Kültürel Risk Faktörleri	17
1.1.6. Yeme Bozukluklarının Sürmesinde Bilişsel Davranışçı Teori	18

1.2. Şema Kavramı	20
1.2.1. Şema Kuramı	21
1.2.1.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Kazanılması	22
1.2.1.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	24
1.2.1.2.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yeme Tutumu	32
1.3. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri	35
1.3.1. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri , Yeme Tutumları ve Yeme Bozuklukları	37
1.4. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yeme Tutumu İle İlgili Yapılan Yurt İçi ve Yurt Dışı Çalışmalar	39
1.5 Çalışmanın Amacı ve Hipotezler	40
BÖLÜM 2	42
YÖNTEM	42
2.1. Araştırmanın Modeli	42
2.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem	42
2.3. Veri Toplama Araçları	49
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	50
2.3.2. Yeme Tutum Testi - YTT (The Eating Attitude Test)	50
2.3.3. Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3 -YŞÖ-KF3 (Young Schema Questionnaire-Short Form 3)	51
2.3.4. Young Ebeveynlik Ölçeği- YEBÖ (Young Parenting Inventory)	52
2.3. İşlem	53
2.4. İstatiksel Analiz	54
BÖLÜM 3	55
BULGULAR	55
BÖLÜM 4	103
TARTIŞMA	103
4.1. Yeme Tutumu veya Yeme Bozukluğu Geliştirme Riskinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Tartışılması	103
4.2. Bedensel Görünüş Memnuniyeti, Güncel Kilo Değerlendirmesi ve Beden Ağırlığını Değiştirme Çabası Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	104
4.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Değişkenlerinin Katılımcıların BKİ Değişkenine Göre Tartışılması	106
4.4. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Değişkenlerinin Diyetisyene Başvurma Değişkenine Göre Tartışılması	108
4.5. Yeme Tutumu Değişkeninin Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Algılanan Ebeveynlik Stilleri Değişkenleri İle İlişkisinin Tartışılması	109

SONUÇ	118
ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER	120
KAYNAKLAR	121
EKLER	134
EK A	134
EK B	135
EK C	136
EK D	138
EK E	141



ÖZET

ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE ALGILANAN EBEVEYNLIK STİLLERİNİN YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada amaçlanan, yeme bozukluğu geliştirme riski olan ve yeme bozukluğu geliştirme riski olmayan bireylerin erken dönem uyumsuz şemaları ve algılanan ebeveynlik biçimleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını ve bu iki değişkenin yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkisini incelemektir. Örneklem İstanbul şehrinde ikamet eden, 18-40 yaşları arasında 374 kadın ve erkekten oluşmaktadır. Araştırmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ulaşılması için Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların yeme bozukluğu belirtilerini tespit etmek için Yeme Tutum Testi (YTT), erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirmek amacıyla Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3), algılanan ebeveynlik biçimlerini değerlendirmek amacıyla ise Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ) kullanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T-Testi analizleri sonucunda yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin Young şema alt boyutlarından ‘duygusal yoksunluk’, ‘başarısızlık’, ‘sosyal izolasyon’, ‘duyguları bastırma’, ‘onay arayıcılık’, ‘bağımlılık’, ‘kendini feda’, ‘terk edilme’, ‘hastalık karşısında dayanıksızlık’ ve ‘yüksek standartlar’ ortalama puanlarının, yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanlarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin Young ebeveynlik alt boyutlarında hem anneden hem de babadan algıladıkları ‘kuralcı/kalıplayıcı’, ‘koşullu/başarı odaklı’, ‘küçümseyici/kusur bulucu’, ‘aşırı koruyucu/evhamlı’ ebeveynlik stillerinin ortalama puanlarının yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanlarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak yalnızca anneden ‘sömürücü/istismar edici’ ebeveynlik algıladıkları bulunmuştur. Bunun yanı sıra yeme bozukluklarının gelişmesinde risk

olarak görülen erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stillerinin yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmak için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Young şema alt boyutlarının yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiş; ‘başarısızlık’, ‘onay arayıcılık’ ve ‘yüksek standartlar’ alt boyutlarının yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Young şema alt boyutlarıyla birlikte algılanan ebeveyn stillerinin yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı da değerlendirilmiş; Young şema alt boyutlarından ‘başarısızlık’, ‘onay arayıcılık’ ve ‘yüksek standartlar’ın, algılanan anne stillerinden ‘kuralcı/kalıplayıcı’, ‘sömürücü/istismar edici’ ve algılanan baba stillerinden ‘aşırı koruyucu’ biçimin yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı gözlenmiştir. ‘Cezalandırıcı’ ve ‘aşırı koruyucu/evhamlı’ ebeveynlik stillerinin ise yeme tutumunu negatif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveyn stillerinin, yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

Elde edilen bulgular ilgili literatür kapsamında tartışılmış, araştırmanın sınırlılıkları ve daha sonra yapılacak araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: 1. Yeme Tutumu; 2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar; 3. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri

SUMMARY

STUDY OF THE IMPACT OF EARLY INCOMPATIBLE SCHEMES AND PERCEIVED PARENTING STYLES ON EATING ATTITUDES

The aim of this study is to examine whether individuals at risk of developing an eating disorder and not at risk of developing an eating disorder differ in terms of early incompatible schemes and perceived forms of parenting, and the predictive effect of these two variables on eating attitude. The sample consists of 374 men and women between the ages of 18-40 who reside in the city of Istanbul. For the attainment of personal information of respondents Sociodemographic Information Form, Participants Eating Attitudes Test to detect signs of an eating disorder (SDD), Early Maladaptive Schemas in order to assess the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (ysq-SF3), perceived parenting formats in order to assess Young Parenting Scale (YPI) was used. In fact, independent sample t-test analyses of people who are at risk of developing an eating disorder as a result of the Young schema from the lower dimensions of emotional withdrawal, failure, social isolation, suppression of emotions, approval groups, addiction, self-sacrifice, abandonment, illness, minor resistance and high standards in the face of average scores are significantly higher than the average score of the risk of an eating disorder and finding that non is reached. Also people who are at risk of developing an eating disorder parenting of both parents of the child if it is the size of Young 'lawful/good is not', 'conditional/success-oriented', 'condescending', 'over-protective/neurotic' average scores are significantly higher than the average score of the risk of an eating disorder and finding that non is reached. They were also found to perceive 'exploitative/abusive' parenting only from the mother. In addition, hierarchical regression analysis was conducted to investigate the predictive effect of early incompatible schemes and perceived parenting styles on eating attitudes that are considered a risk in the development of eating disorders. The predictability of the Young

schema sub-dimensions on eating attitude was evaluated; it was found that the failure, approval-seeking and high standards sub-dimensions positively and significantly predict eating attitude. Young schema together with the dimensions of the sub was also evaluated on attitude and perceived parental style of eating assistant; Young schema sub-dimensions of failure, and high standards for approval groups, perceived maternal style lawful/good, not overly protective dad and perceived exploitative, it was observed that positive and style variables contributed in a meaningful way. It has been found that punitive and overly protective parenting variables negatively and meaningfully predict eating behavior. As a result, it would be possible to say that early-stage incompatible schemes and perceived parental styles have a meaningful impact on eating attitudes.

The findings were discussed in the relevant literature, and recommendations were presented for the limitations of the research and subsequent research.

Keywords: 1. Eating Attitude; 2. Early Maladaptive Schemas; 3. Perceived Parenting Styles

SEMBOL LİSTESİ

- $\bar{x}$: Ortalama
- S.S. : Standart sapma
- n : Toplam Sayı
- p : Anlamlılık Düzeyi
- r : Korelasyon Katsayısı
- χ^2 : Ki-kare Değeri

KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
BKİ	: Beden Kitle İndeksleri
YB	: Yeme Bozukluğu
YT	: Yeme Tutumu
YTT	: Yeme Tutum Testi
YŞÖ-KF3	: Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3
YEBÖ	: Young Ebeveynlik Ölçeği
YEBÖ-A	: Young Ebeveynlik Ölçeği-Anne
YEBÖ-B	: Young Ebeveynlik Ölçeği-Baba

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 2 Antropometrik Ölçümlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 3 Yeme Tutumuyla İlgili Olduğu Düşünülen Bazı Değişkenlerin Değerleri

Tablo 4 Yeme Tutum Testi ve Young Şema Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 5 Young Ebeveyn Ölçek Alt Boyut Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 6 Yeme Tutumu Testi, Young Şema ve Young Ebeveyn Ölçek Alt Boyutlarına Ait Normallik Dağılımı Analizi

Tablo 7 Yeme Tutum Testi Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 8 Yeme Tutum Testi Puanlarının Yaş Faktörüne Göre Karşılaştırılması

Tablo 9 Yeme Tutum Testi Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 10 Yeme Tutum Testi Puanlarının Bedensel Görünüş Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması

Tablo 11 Katılımcıların Şu Anki Kilo Değerlendirmesi ile Beden Ağırlığını Değiştirme Çabası Arasındaki İlişki Analizi Karşılaştırması

Tablo 12 Katılımcıların Beden Görünüş Memnuniyeti ile Beden Ağırlığını Değiştirme Çabası Arasındaki İlişki Analizi Karşılaştırması

Tablo 13 Katılımcıların BKİ dağılımı

Tablo 14 Yeme Tutumuyla İlgili Olduğu Düşünülen Bazı Değişkenlerin BKİ'ye Göre Değerleri

Tablo 15 Yeme Tutumu Geliştirme Riski ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların BKİ Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 16 Algılanan Ebeveynlik Stillerinin BKİ Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 17 Diyetisyene Başvurma ile Yeme Tutumu Geliştirme Riski Arasındaki İlişki Analizi

Tablo 18 Katılımcıların Diyetisyene Başvurma Durumuna Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Tablo 19 Katılımcıların Diyetisyene Başvurma Durumuna Göre Algılanan Ebeveyn Stillerinin Karşılaştırılması

Tablo 20 Yeme Tutum Testi Risk Dağılımı

Tablo 21 Katılımcıların Yeme Tutumları Risk Durumuna Göre Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 22 Katılımcıların Yeme Tutumları Risk Durumuna Göre Algılanan Ebeveynlik Stillerinin Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 23 Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Ebeveyn Stillerinin Yeme Tutumu Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Değerlendirilmesine Yönelik Regresyon Analizi

Tablo 24 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Arasındaki Korelasyon Analizi

Tablo 25 Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

EKLER

EK A. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK B. Kişisel Bilgi Formu

EK C. Yeme Tutum Testi - YTT (The Eating Attitude Test)

EK D. Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3 - YŞÖ-KF3 (Young Schema Questionnaire - Short Form 3)

EK E. Young Ebeveynlik Ölçeği - YEBÖ (Young Parenting Inventory)

BÖLÜM 1

GİRİŞ ve AMAÇ

Yeme bozuklukları ile ilgili literatüre bakıldığında yapılan araştırmaların çoğunda bilişsel bakış açısı ile çalışılmıştır. Bilişsel açıklamalar, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde bazı gerçek dışı inançların etkili olduğunu (Fairburn, 2008), bu bilişsel açıklamalardan ilkinin vücudun ağırlığı ve biçiminden kaynaklanan abartılı düşünceler olduğu, sonraki açıklamaların ise biçim ve ağırlığa yönelik anksiyetelerin yanında bazı kişilerarası güçlükler, mükemmeliyetçilik, duygu toleranssızlığı, özgüvende düşüklük şeklinde etkenlerin de yeme bozukluğunun sürdürülmesinde dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Fairburn ve ark., 2003).

Son zamanlarda, bozulmuş yeme örüntüsünde Young'ın erken dönem uyumsuz şemalarının varlığı araştırılmaktadır (Batur ve ark., 2006; Leung ve ark.,1999; Sines ve ark.,2008). Young (1999), Şema Model'ini, tedavisi zor olan Eksen II kişilik bozuklukları hastaları için geliştirmiştir. Kuram, erken dönem yaşantılar sonucu ortaya çıkan, tekrarlanan deneyimler sonucu giderek sabitleşen erken dönem uyumsuz şemalar kavramına dayanmaktadır. Kişilik bozukluğu bilişlerinin sıklıkla yeme bozukluğunu da içeren Eksen I bozukluklarının tedavisini zedelediği ve kişilik bozukluklarının yaygın olarak yeme bozukluklarına eşlik ettiği düşünülmektedir (Park, Waller ve Gannon, 2014). Bu bilgiler ışığında, yeme bozukluklarında da, Eksen II bozukluklarında olduğu gibi, çocukluk döneminde gelişmiş olan şema-düzeyindeki inançların var olduğu düşünülmektedir. Kişi şemalarıyla başa çıkabilmek için bir telafi davranışına başvurmaktadır ve bozulmuş yeme örüntüsü de bu telafi etme davranışlarından biri olabilmektedir. Böylece, bozulmuş yeme örüntüsü, kişiye şemanın aktifleştirdiği kaçınması güç olan duygularından kaçması için yardım sağlamaktadır (Sheffield ve ark., 2009).

Araştırmalar sonucu, yeme bozukluklarının nedenlerinin ve altında yatan sebeplerinin belirsizliğinin sürdüğü görülmektedir bu da hastalığa pek çok etkenin sebep

olabileceği bu etkenlerden birinin de algılanan ebeveynlik biçimi olduğu öne sürülmektedir. Ebeveynlerin, hem kendi yaşadıkları psikolojik problemler (Connell ve Goodman, 2002; Moore ve ark., 2004; Patel ve ark., 2002), hem de bebeğe verdiği bakım sırasındaki tutumları bebeğin dünyaya, kendisine ve insanlara ilişkin oluşturduğu temel algıları etkilemekte ve, (Bowlby, 1969; Ainsworth ve Bowlby, 1991; Berne, 1961; Bandura 1977; Young 1999) bu da risk olarak kendini gösterebilmektedir. YB çalışanlar, sık sık çocukluk döneminde ebeveynler tarafından kötüye kullanımın söz konusu olduğunu vurgulamaktadırlar (Schneer, 2002).

Tüm bunların ışığında amaçlanan, yapılacak çalışmada erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stilleri ile yeme tutumu arasındaki ilişkilere bakılmasıdır. Aynı zamanda bu değişkenlerin yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmak da amaçlanmıştır. Yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan ve taşımayan kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları ve algılanan ebeveynlik stilleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir ve her iki değişkenin de hem kadınlarda hem de erkeklerde yeme bozukluğu tanısı olmaksızın yeme tutumlarını etkilediği düşünülmektedir. Literatürde konuyla ilgili araştırmaların çoğunun sadece kadınlarla yapılmış olması, çalışmayı her iki cinsle yapma konusunda teşvik edici olmuştur ve bu alanda yapılan çalışmaların sınırlılığına bu araştırmanın katkı sağlaması amaçlanmıştır. Ayrıca yeme davranışıyla daha çok ilgili oldukları ve bunun da sonucu etkileyeceği düşünüldüğü için çalışmanın yarısı diyetisyene başvurmuş kişilerden oluşturulmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada, klinik tanısı olmayan kişilerde, yeme davranışının, anne babadan algılanan olumsuz davranışlar ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.1. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Phillips tutum kavramı için, bir etkinlik için hazır bulunuşluk koşulu olduğu tanımını yapmaktadır. Bireyin zihninde bulunan tutumlar, birçok düşünce ve davranışa zemin olmaktadır (Phillips, 2003). Tutum kavramından yola çıkarak yeme tutumu tanımlanacak olursa, bireyin yeme ve beslenmeye yönelik hisleri, düşünceleri ve davranışlarını ortaya çıkaran eğilimi olarak belirtilebilir (Arkonaç, 2008). Birçok şekilde görülen yeme tutumları, beslenmenin bilinçsizce yapılması, dengesiz beslenme davranışları, yeme anında değişik biçimlerde oluşabilecek dikkat dağılması ve yemeği hızlı yeme şeklinde sayılabilir. Anormal sayılabilecek bu davranışlar, oldukça karmaşık bir hastalık sayılan yeme bozukluklarına neden olabilmektedir. (Yılmaz, 2014).

Yeme tutumları (yiyeceklerle ilgili inançlar, duygular, düşünceler) ve yeme davranışları (yiyeceklerle ilgili eylemler ve ilişkiler), insanların yiyecek seçimlerini, tercihlerini ve bunun yanında sağlık ve refahlarını etkileyebilecek geniş yapılardır (NeumarkSztainer, ve ark., 1999).

Son zamanlarda bozulmuş yeme davranışlarına bakıldığında, klinik görünümeleri açısından artış hızının yükseldiğini söylemek mümkündür ve yordayıcı etkenler hakkında herhangi bir netlikten bahsedilememektedir ve bu yüzden uygun tedavi uygulanmadığında dramatik sonuçları beraberinde getiren olası yeme bozukluğu tanısının belirtileri olarak düşünülmektedir (Toker ve Hocaoglu, 2009).

1.1.2. Neden Yeriz?

İnsanlar, yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek için beslenmeye ihtiyaç duymaktadır ve bu ihtiyacın giderilmesi için farklı yeme davranışları sergilemektedirler. Genetik, çevre, hormonlar, o anki duygusal durum, yaş, cinsiyet, medeni hal, daha önceki yaşantılar, dini inançlar, kültürel inanışlar, medya, beden algısı, zayıf olmama gibi birçok faktörün yeme davranışları üzerinde etkisi bulunmaktadır (Karakuş ve ark., 2016). Fakat yeme davranışının, her zaman ihtiyaç giderici bir eylem olarak yapılmadığını söylemek gerekir. Yemek, şölen ve buluşma gibi mutluluk verici bir etkinlikte ya da cenaze gibi

üzücü bir ortamda insanlara sunulması gerektiği düşünülen bir unsurdur. Yemek yeme, kişilerin bir araya geldikten sonra yaptığı ve kendiliğinden gelen bir araç gibi gözükürken, aslında kişilerin bir araya gelmesi için bir amaç haline getirilmiştir. Günümüzde sadece yakın çevreyle ya da dostlarla değil, sevgiliyle yemek yapma davranışı da kişilerin hayatında bir yer edinmeye başlamıştır. Birlikte yemek yapmanın ya da yemenin, ilişkinin güçlenmesini sağladığı ve mutluluk düzeyini artırdığı düşünülmektedir.

Son zamanlarda sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasıyla, gidilen yerlerin ve yenen yemeklerin paylaşımı, kişilerce itibar sahibi olduğunun bir göstergesi olarak algılanmaktadır. Daha iyi yemek yemek, diğerlerinden daha iyi bir hayat yaşadığının sembolü olmaktadır; bu da kişiyi ötekilerden daha havalı ve üstün kılmaktadır.

Toplumda cenaze evlerinde yemek dağıtılması gerektiği yönünde bir algı olsa da; müslümanlık dinini ele aldığımızda cenaze sahiplerinin taziyeye gelen misafirlere yemek vermesi, kendi üzüntüsü ve sıkıntısı ile birlikte telaşı da beraberinde getireceğinden uygun görülmediği yönünde bilgiler (İbn Âbidîn, Reddû'l-Muhtâr, III, 148) bulunmaktadır. Toplumun kendi kendine yüklediği elzem davranışlarda yemek yemenin rolü rahatlıkla gözlenmektedir.

Yemek yemek, hayatın sürdürülmesi dışında pek çok nedenle gerçekleştirilebilen bir eylem haline gelmiştir. Yeme tutumunun nedenleri, bu bölümde fizyolojik, sosyal, kültürel ve duygusal boyutlarda ele alınacaktır.

1.1.2.1. Yemenin Fizyolojik Anlamı

Gıda alımının fizyolojik regülasyonunun anlaşılması, yeni ve daha rafine ölçüm tekniklerinin geliştirilmesi yoluyla hızla ilerlemiştir. Bu ilerleme, enerji dengesinin düzenlenmesinin altında yatan genetik, moleküler, hormonal, nöral ve davranışsal mekanizmaların daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Bu faktörlerin tüm yönleri dikkate alınarak mevcut alanlarda birçok inceleme yapılmıştır (örn: Beck, 2000; de Castro, 2000; Moran, 2000; Plata-Salaman, 2000). Hipotalamus, beslenmenin önemli bir kontrol alanı olarak belirtilmiştir (Anand ve Brobeck, 1951).

Daha önce, obez bireylerde mide kapasitesinin normal kilodaki bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Granstrom ve Backman, 1985). Bir çalışmada, normal,

obez ve bulimik bireylerde mide kapasitesinin ölçülmesi sonucunda, bulimik olgularda en fazla mide kapasitesi, obez olgularda ara kapasite ve normal olgularda en küçük mide kapasitesinin var olduğu bildirilmiştir (Geliebter ve Hashim, 2001). Araştırmalar; obez grubu aşırı yemek yiyen ve aşırı yemek yemeyen bireyler olarak alt gruplara ayırdıklarında, aşırı yemek yiyen bireylerin bulimik bireylerinkine benzer bir kapasiteye sahip olduklarını, aşırı yemek yemeyen bireylerin ise normal deneklerinkine benzer bir kapasiteye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle, tüketilen gıda hacmi mide kapasitesinin tahmin edilmesinde kendi başına obeziteden daha anlamlı görünmektedir ve bu midenin biyolojik kapasitesinin gıda alımını kontrol edebileceğini ve sınırlayabileceğini düşündürmektedir (Ogden, 2003).

1.1.2.2. Yemenin Sosyal Anlamı

Sosyal öğrenme, diğer insanların davranışlarını gözlemlemenin kendi davranışı üzerindeki etkisini tanımlar ve bazen modelleme veya gözlemsel öğrenme olarak adlandırılmaktadır. Yeme davranışı akranların, ebeveynlerin ve medyanın rolleri açısından araştırılmıştır. Yapılan bir çalışmada, akran modelleme, çocukların sebze tercihini değiştirmek için kullanılmıştır (Birch, 1980). Hedef çocuklar, farklı bir sebzeyi (bezelyeye karşı bezelye) tercih eden diğer çocukların yanına arka arkaya 4 gün öğle yemeğine yerleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda çocuklar sebze tercihlerinde birkaç hafta sonra yapılan takip değerlendirmesinde devam eden bir değişim göstermiştir.

Ebeveyn davranışı sosyal öğrenmenin merkezi olarak ele alınmaktadır. Bazı kanıtlar, ebeveynlerin çocuklarının yeme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Ebeveyn davranışı ve tutumları bu nedenle sosyal öğrenme sürecinin merkezindedir ve araştırmalar ebeveynlerin ve çocukların diyetleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır.

Medyanın rolüne bakıldığında ise, sosyal öğrenmenin rolü televizyon ve gıda reklamcılığının da etkisi ile gösterildiği görülmektedir. **Radnitz ve ark. (2009)**, 5 yaşın altındaki çocuklara yönelik televizyon programlarında gıdanın besin içeriğini analiz etmiş ve sağlıksız gıdalara neredeyse iki kat daha fazla zaman verildiğini ve sağlıklı gıdalardan önemli ölçüde daha değerli olduğunu göstermişlerdir. Örneğin, Eyton'un yüksek lifli bir diyet öneren F Planı Diyeti, 1982'de büyük bir medya ilgisi ile

başlatıldıktan sonra, kepek bazlı tahıl satışları yüzde 30, kepekli ekmek satışları yüzde 10, tam buğdaylı makarna yüzde 70 ve kuru fasulye yüzde 8 oranında arttığı belirtilmiştir . Birleşik Krallık'taki genç sağlık bakanı, 1988'de televizyonda ülkedeki yumurta üretiminin çoğuna ne yazık ki salmonella bulaştığını söyledikten sonra ve yumurta satışları yüzde 50 azalmış ve 1989'da hala yüzde 75'inde kaldığı bildirilmiştir. (Ogden, 2010).

1.1.2.3 Yemenin Kültürel Anlamı

Bireysel ve toplumsal yönleri olan yemek; diğer pek çok etkileyicisi olan bir kültürel unsur olarak ele alınmaktadır. İnsan fizyolojik olarak yemekle doğrudan ilgisi olan bir varlıktır ve sosyal olarak da yaşadığı kültüre özgü bir yemek algısı ve davranışına sahip olmaktadır. Bu nedenle yaşam tarzındaki değişiklikler yemek kültüründeki değişiklikleri de beraberinde getirecektir. Buna örnek olarak göçebe ve yerleşik biçimde yeme içmede farklılıkların görüldüğünü söylemek mümkündür, bu farklılığın yeme kültürüne önemli ölçüde etki ettiğini söylenebilmektedir (Çetin, 2006). Yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğunda muhaceretin, yeme davranışında tıknımlara temel hazırladığı öne sürülmektedir (Swanson ve ark. 2011). Tezcan (2000) kültür ve yemek etkileşimini değerlendirdiğinde; Kültürün ne yiyeceğimizin temel belirtisi olduğunu, kültürün öğrenildiğini ve yiyecek alışkanlıklarının da küçük yaşta öğrenilmekte olup öğrenildikten sonra uzun süre değişmediğini bununla birlikte yiyeceklerin kültürün bütünleyici parçaları olduğunu aktarmaktadır.

1.1.2.4 Yemenin Duygusal Anlamı

Yeme davranışının duygusal anlamı ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Buna örnek olarak, yüksek besin alımı ve negatif duygu durumları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada üzgün hissin belirgin olması durumunda besin alımının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Evers ve ark, 2013). Vücut ağırlığı normal olan sağlıklı bireylerde pozitif duyguların besin alımında etkili olduğu yürütülen diğer bir çalışmada saptanmıştır (Racine ve ark, 2013). Pozitif duygu durumları ele alınacak olursa; çevreyle olan uyumu, kişilerin güvenlik, sevgi, toplumsal aidiyet gibi temel ihtiyaçları, yeniliğe açıklık, eğlenceli aktivitelere katılımı gibi etkili duygusal yönetim olarak sınıflandırılmaktadır.

Bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaması, yoluna çıkan engeller ve tüm bunlar sonucunda yaşanan hayal kırıklıkları, işlevi olmayan kötü düşüncelerin akla gelmesi, olayları tehditkar algılayan bilişsel çarpıtmalar, yaşanan travmalar, cezalar vs. ise negatif duygular ile ilişkilendirilmektedir (Andries, 2011).

1.1.3. DSM-V ve Yeme Bozuklukları

DSM-IV ile DSM-V arasındaki fark (APB, 2013), yeme bozukluklarına ilişkin tanı grubunun başlığının "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak yenilenmesi ve alanının daha geniş tutulması olmuştur. Yeme bozukluklarının ele alındığı sekiz farklı grup aşağıda sırasıyla verilmektedir.

1.1.3.1. AN ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri

Anoreksiya kavramı iştah kaybı anlamına gelmektedir ve nervoza, kaybın duygusal sebeplerden kaynaklandığını belirtmektedir (Kring ve ark., 2015). Anoreksik bireyler, beden ölçülerini olduğundan çok daha fazla görmüşler ve zayıf bedene sahip şekilleri kendi ideal ölçüleri olarak kabul etmişlerdir. Fakat beden ölçülerindeki bozulmuş algıya karşın, AN'li bireyler, vücud ağırlıklarını söylerken oldukça hatasızdır (McCabe ve ark, 2001); bunun sebebi sık sık tartılıyor olmaları olabilir.

Anoreksiya nervozanın seyri oldukça değişkendir ve prognozuna ilişkin yeteri kadar geçerli bir kanıt bulunmamaktadır (Treasure & Schmidt, 2002). AN hastalarında hekimler tarafından tanı koymak, çocuklarda ve ergenlerde daha sorunlu olmaktadır (Lask & Bryant-Waugh, 2000). AN vakalarında ölüm oranları diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha yüksektir ve bu ölümlerin sebebi intihar ya da tıbbi komplikasyonlar görülmektedir. (Steinhausen, 2002).

DSM-5'e göre AN Tanı ltleri aşağıdaki gibidir;

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

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

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

Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar.

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

1.1.3.2. BN ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri

Yunanca'da 'öküz eti açlığı' anlamına gelen Bulimiya, çok miktarda yiyeceğin birden tüketilmesinin ardından kilo alımının engellenmesi için kusma, aç kalma, aşırı egzersiz gibi telafi davranışlarının takip ettiği dönemlerden oluşmaktadır (anormal psk). Bulimiada, gizlice yapılan tıknmalar, stres ve olumsuz duygular ile tetiklenebilmekte ve kişiyi rahatsız edecek kadar doyma hissi gerçekleşene kadar devam etmektedir (Grilo, Shiffman ve Carter-Campbell,1994).

Düşünce ve davranışları ele alan bilişsel davranışçı terapinin, bulimia nervozanın tedavisinde en etkili tedavi yol olduğu bilinmektedir ve 1/3 oranında iyileşme görüldüğü belirtilmektedir (Fairburn, 1981; Fairburn ve ark., 1993).

DSM-5'e göre BN tanı kriterleri şöyledir:

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

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

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

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

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

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

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

1.1.3.3. TYB ve DSM-V'teki Tanı Kriterleri

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, tekrar eden tıknıma dönemlerini (üç ay içerisinde en az haftada bir defa), bu dönemlerde kontrolün kaybedilmesini ve tıknıma nedenli stres bununla birlikte çabuk vetek başına yeme gibi özellikleri de kapsar (Kn ve ark. 2015). TYB'si olan bireylerin çoğunluğu, obezdir (VKİ'si 30 üzerinde olanlar).

DSM-5'e göre Tıknırcasına YB tanı kriterleri aşağıda verilmektedir;

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

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

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

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

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

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

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

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

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

1.1.3.4. Pika

Küçük çocuklarda ve hamile kadınlarda fazlasıyla rastlanan “Pika” yiyecek olmayan maddeleri yeme davranışdır. Sebebi kesin olarak belirlenememekle birlikte çeşitli mineraller özellikle de demir eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (Morrison, 2016).

1.1.3.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Kişinin yediği yemekleri midesinden ağzına geri çıkararak tekrar çiğnemesi durumudur. Bu işlem “ruminasyon” olarak da tanımlanmaktadır. Zürafa, geyik gibi hayvanların sindirim sistemlerinin normal bir parçasıdır. Çoğunlukla bebeklik döneminde katı gıda ile beslenmeye geçiş sürecinde meydana çıkmaktadır (Morrison, 2016).

1.1.3.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kişinin yeteri kadar yemek yiyememesi ve buna bağlı olarak kilo alamaması ve kilo kaybetmesi olarak bilinir.

Bebeklik veya erken çocukluk döneminde yeme ile ilgili gelişen zorlantılı davranışların söndürülememesi; ebeveyn ile ilgili deneyimlerde ihmal ve istismara maruz

kalınması, ebeveynin depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi psikopatolojileri sebep olarak gösterilmektedir. (Morrison,2016)

1.1.3.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken ‘tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu’ diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. ‘düşük sıklıkta bulimiya nervoza’).

1.1.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işle

vsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

1.1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar, yeme bozukluklarının popülasyon arasında rastgele dağılmadığını, en büyük grubun genç kadınlardan oluştuğunu göstermektedir. Yapılan

Çalışmalarda yeme bozukluğunu geliştirenlerin sadece %5-10'luk bir kısmını erkeklerin oluşturduğu ortaya konulmuştur (Fairburn ve ark., 2003).

Yeme bozuklukları Batılı hastalıklar gibi görülmektedir ve çoğunlukla sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde kendini göstermektedir (Fairburn ve ark., 2003). Yeme bozukluklarının yaygınlığı, kırsal alanlarda ve gelişmekte olan ülkelerde daha düşük görülmektedir (Mumford & Whitehouse, 1988). Anoreksiya ve bulimianın son elli yılda belirgin bir şekilde artmakta olduğu söylenmektedir (Wakeling, 1996).

Yeme bozukları, belirli bir yıl içinde kadınların yaklaşık olarak %1.6'sına, erkeklerin ise yaklaşık %0.8'ine etki etmektedir. Genç kadınlara belirli bir yılda yaklaşık olarak %0.4'öne anoreksiya nervoza, yaklaşık %1.3'ne bulimiya nervoza etki etmektedir. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık on kat daha fazla görülür (APA, 2013). Bu konuya benzer olarak 12 çalışmadan hesaplanan AN'nin insidansının, kadınlarda yılda 100.000'de 19, erkeklerde ise 100.000'de 2 olarak bulunduğu görülmektedir (Pawluck & Gorey, 1998). BN'nin ise eşit bir sosyal sınıf dağılımına sahip genç kadınlarda görülme sıklığının %0.5-1.0 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Hay & Bacaltchuk, 2001). BN geliştirme riski olarak Britanya'da, genç müslüman Asyalı kadınların yüksek risk altında olduğunu söylemek mümkündür (Mumford & Whitehouse, 1988).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu hakkında, AN'den BN'den daha az bilgi olduğu bilinmektedir (Fairburn ve ark., 1993). Bilgi eksikliğine neden olan etmenlerden biri 'aşırı yeme' kavramının normal ve klinik yorumlanmasındaki değişkenlik ve tutarsızlıklar olmaktadır. Bu tanımlama ve değerlendirme sorunları sebebiyle Fairburn ve Beglin (1990), tıkınırcasına yemeye ilişkin çalışmalarda büyük farklar olduğundan söz etmektedirler. On altı çalışma ele alınarak, 'aşırı yeme' davranışı için %7-79, on bir çalışmanın ise en az haftalık aşırı yeme raporunu %5-39 arasında olduğu gözlenmiştir ve çalışmalardaki aralığın çok fazla olduğu görülmektedir.

Yeme bozukluklarında kesin insidans ve prevalans tahminleri büyük ölçüde farklılık gösterdiğini söylemek mümkün olacaktır çünkü bu hastalığa sahip olan kişiler durumlarını açıklamaktan rahatsızlık duymaktadırlar.

1.1.5. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Gwirtsman ve Erbert (kitapta yıl yazmıyordu), 20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra yeme bozukluklarının insidansının ve prevalansının arttığını ve bu artışın neredeyse ergenlik öncesi biçime yakın olan zayıf kadın figürüne olan aşırı vurgulamayı içeren endüstrileşmiş toplumlardaki kültürel baskılara bağlı olduğunu öne sürmüştür. Bu vurgulama magazinler, eğlence endüstrisi, dans, oyunculuk ve güzellik yarışmalarında yapılmaktadır. Sadece kültürel kökenli değildir çünkü yaklaşık olarak kültürel baskıların farklı olduğu 300 yıl önce tanımlanmıştır. Sonuç olarak fenotipik görünümünün derecesinin kültürel etkenler tarafından belirlendiği yeme bozukluklarının etiyolojisinin bir kısmı biyolojik olmalıdır. Cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım gibi önceden var olan travmalar da yeme bozukluğu için risk faktörü olabilir.

YB ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu bozukluğun oluşumunda birden fazla değişkenin rol oynayabileceği, tek bir nedene bağlı olmadığı görülmüştür ve görülen faktörleri birbirinden ayrı alanlar olarak ele almamak gerekmektedir; her bir değişken birbiriyle bağlantılı olabilmektedir (Butcher ve ark., 2013). Birçok faktörün bu bozukluk üzerinde etkili olması nedeniyle, bu çalışmadaki sınıflandırılma; biyolojik, gelişimsel, bireysel, psiko-sosyal, ailesel ve sosyo-kültürel risk faktörleri olarak yapılmıştır.

Yeme bozukluklarının etiyolojisi hakkında çalışmaların sayısı fazla olmasına rağmen belirsizliği hala süregelmekte olup (Kuruoğlu, 2000), temelinden net ve anlaşılır bir şekilde bahsedilememektedir (Bakalar ve ark., 2015).

1.1.5.1. Kalıtsal Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarından AN ve BN'nin aile kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. AN'li genç kadınların akrabalarından aynı bozukluğa sahip olma riskinin birinci dereceden olanlarda ortalama on kat fazla olduğu görülmüştür (Strober ve ark., 2000). BN'li kadınlarda da 1. dereceden akrabalarının aynı bozukluğa sahip olma riski ortalamaya göre 4 kat fazla olduğu saptanmıştır ve her iki tanı için de benzer sonuçların gözlemlendiğinden söz etmek mümkün olmuştur (Strober ve ark., 2000). Erkeklerde de bu benzerlik devam etmekte olup; bir çalışmada AN'li erkeklerin 1. derece akrabalarının aynı bozukluk için risklerinin, AN'li olmayan erkeklerin akrabalarına göre fazlalığının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Strober ve ark., 2001). Dolayısıyla YB geliştiren bireylerin akrabalarının ortalamaya göre tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde

olmasa da YB belirtilerini gösterme olasılığı daha fazla olduğu söylenebilmektedir (Lilenfelt ve ark., 1998; Strober ve ark., 2000).

Yeme bozukluğunda kalıtsal etkinin önemine dair ikiz çalışmaları da öne çıkmaktadır. AN ve BN ile ilgili çalışmaların birçoğunda, tek ve çift yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranının yüksek görüldüğü saptanmıştır (Bulik, Wade ve Kendler, 2000). Yeme bozukluğu geliştiren ikizlerdeki çeşitliliğin bir kısmında genlerin etkisinin olduğu da belirtilmektedir (Wade ve ark., 2000). Bir yandan da araştırmalar, anne baba ile farklı etkileşimler ya da çeşitli akran grupları gibi özgün çevresel etmenlerin, YB gelişmesinde etkin olduğu bulunmuştur (Klump, McGue ve Iacono, 2002). Araştırmalar ayrıca kalıtsal olan diğer faktörlerin; beden memnuniyetsizliği, zayıf olmak için duyulan güçlü arzu, tıknımalar ve kiloyla aşırı uğraş gibi temel özellikler olduğunu öne sürmektedir (Klump, McGue ve Iacono, 2000). Diğer bulgular, ortak genetik etmenlerin, olumsuz duygulanım ve kendini zorlama gibi belirli kişilik özellikleri ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin sebebi olabileceğini öne sürmüştür (Klump, McGue ve Iacono, 2002). Bu çalışmaların sonuçları kalıtımın yeme bozukluğunda payı olması ihtimali ile uyumludur ancak genetik etmenlerin çevre ile nasıl etkileşime geçtiğini gösteren çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır (Kring ve ark. 2015).

Araştırmalarda AN'li ve BN'li bireylerdeki serotonin metabolitlerinin seviyeleri gözlemlenmiştir ve değerlendirmelerin sonucunda anoreksik ve bulimik kişilerde düşük seviyelerde serotonin bulunduğu rapor edilmiştir (Kring ve ark. 2015). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda, AN'li bireylerden sağlıklı kilosuna geri dönemeyenler, sağlıklı kilosuna geri dönenlere göre serotonin alıcılarını uyaran ilaçlara daha az cevap vermişlerdir; bu sonuç yine serotonin sisteminin olması gerekenden daha az çalıştığını göstermektedir (Attia ve ark., 1998; Ferguson ve ark., 1999). BN'li bireylerde serotonin agonistlerine daha az cevap vermektedirler (Jimerson ve ark., 1997).

Çalışmalarda serotonin dışında dopamin sinir ileticisinin de yeme davranışındaki rolü incelenmiştir. Bunlardan; 14 Anoreksiya Nervoza tanısı almış kadın ve 14 yeme bozukluğu geliştirmeyen kadın ile yapılan küçük bir fMRI çalışmasında, Anoreksik kadınlar zayıf kadınların fotoğraflarına baktığında, normal kadınların ya da kilolu kadınların fotoğraflarına bakarken hissettiklerinden daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir (Fladung ve ark., 2010). Anoreksik olmayan kadınlar ise normal kilolu olan kadınların fotoğraflarına bakarken, zayıf olan kadınların fotoğraflarına baktıklarından daha iyi

hissettiklerini belirtmişlerdir. Beyin aktivasyonu bu duyguların değerlendirmelerini eşleştirmiştir ve bulgularda; Anoreksik kadınların, anoreksik olmayan kadınlara göre zayıf kadın fotoğraflarına bakarken daha çok ödül ve dopamin ile ilişkili olan beyin bölgesi olan ventral stratumda aktivasyon göstermekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kring ve ark. 2015).

Yeme bozukluklarında risk faktörlerinden genetik ve çevresel olanların etkisinin olduğu bilinmektedir ancak bu faktörlerin hastalığın oluşumunda ve sürdürülmesindeki bireysel sürece dahil olma durumları ve birbirlerini nasıl etkiledikleriyle ilgili herhangi bir bulgu bulunmamaktadır (Rutter ve ark., 2011). Bununla ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.1.5.2. Bireysel Risk Faktörleri

Bazı araştırmacılar yeme bozukluğu gelişmeden önceki kişilikler hakkında geriye dönük bilgiler toplamışlardır. Bu çalışmaya göre AN'li bireyler YB öncesinde mükemmeliyetçi, uyumlu ve utangaç olarak tarif edilmiştir. BN'li insanlarda ise ek olarak histriyonik özellikler, duygulanımsal dengesizlik ve dışadönük eğilimler bulunmaktadır (Vitousek ve Manke, 1994). Aynı zamanda BN hastalarında kişilik bozukluğu tanısı %21-77 arasında değişmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu sık sık tanımlanmaktadır (Braun ve ark., 1994). Yeme bozukluklarını yordayan etmenler arasında mükemmeliyetçilik, güven duymada problemler vb. olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Holland ve ark., 2013).

AN ve mükemmeliyetçik arasındaki ilişkiyi yakından inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Birçok çalışmayı değerlendiren bir gözden geçirme çalışmasında, mükemmeliyetçiliğin, nasıl ölçülürse ölçülsün, AN'li kadınlarda AN'li olmayan kadınlardan daha fazla olduğu ve mükemmeliyetçiliğin AN tedavisinden sonra da yüksek kaldığı sonucuna varılmıştır (Bordone-Cone ve ark., 2007). Anoreksik kadınların anneleri de anoreksik olmayan kadınların annelerine göre mükemmeliyetçilikten yüksek skorlar almıştır (Woodside ve ark., 2002).

AN ve dürtüselliliğin de ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Dürtü kontrolü alanındaki bozulmalar ve problemler kişinin yeme davranışında aşırıya kaçmasına sebep olabilmektedir (Hawkins ve Clement, 1984). AN ve dürtüselliliğin ilişkisi için destek zayıf

olsa da (Stice, 2002), madde kullanımı ve BN arasındaki ilişkiden söz etmek mümkün olmuştur (Stice & Agras, 1998).

Obsesif düşünceler, yanlış yargılar ve kalıplaşmış düşünceler gibi birçok bilişsel sapmalar yeme bozukluklarına yatkınlık sağlamaktadır. İnce olma saplantısı ve kendi bedeninin gerçekte olduğundan daha büyük görmesi gibi yanlış yargıları yeme bozuklukları hastalarında görmek mümkündür (Polivy ve Herman,2002).

1.1.5.3. Psikososyal Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarından hem AN'nin hem de BN'nin etiyolojisinde, hastaların çoğunluğunda olumsuz yaşam olayları ve güçlüklerden, kişilerin bu stresli durumlarının da aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerinde yaşandığından söz edilmektedir (Schmidt ve ark., 1997, Welch ve ark., 1997). Çocuklukta yaşanan cinsel istismarın yeme bozukluğuna sebep olan potansiyel bir yatkınlık faktörü olduğunu söylemek mümkün olacaktır. İstismara uğrayan çocuklarda ilerleyen dönemde hayatlarının en azından bir alanını kontrol edebilme isteği, beraberinde yeme bozukluğu geliştirme riskini de getirebilmektedir (Fairburn ve ark., 1999). Bununla birlikte, yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, çocukluk döneminde cinsel istismara uğramak tek bir faktör olarak yeme bozukluklarının gelişmesinde yeterli değildir. Bununla birlikte aile geçmişinin de iyi olmaması önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır (Kinzl ve ark. 1994).

1.1.5.4. Ailesel Risk Faktörleri

Yeme bozukluğunun oluşumunda ve ilerlemesinde aile faktörü büyük bir etki göstermektedir. Aile çalışmalarından elde edilen bulgular, hem AN hem de BN hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında artan duygusal bozukluk oranlarından bahsedilmektedir ve bu oran kontrol grubunun akrabalarından üç kat daha fazla bulunmuştur (Cooper, 1995). Özellikle BN hastalarının akrabalarında alkol kötüye kullanım oranının bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Cooper, 1995).

Yeme bozukluğu olan annelerin çocuklarında da bu hastalığın görülmesine dair artan kanıtlar bulunmaktadır (Stein, 1995). Bunun yanında, beden ağırlığı ve biçimi ile

ilgili aile tarafından eleştirilmenin de bozulmuş yeme örüntüsüyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Levine ve ark 1994).

Yeme bozukluklarının oluşumunda ailenin özellikleri ve tutumunun etkisi bulunabilir. Ancak bu durumun tersini görmek de mümkündür ve yeme bozukluklarının da aile işlevselliği üzerinde olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Bir çalışmada hem YB geliştiren bireylere hem de ailelerine, sertlik, yakınlık ve aşırı duygusal ilgilenme, eleştirel yorumlar ve düşmanlık değişkenlerinin ölçülmesi için testler yapılmıştır (Dare ve ark., 1994). Aileler, ebeveynin çocukla aşırı ilgili olması konusundaki cevaplarında belirgin bir şekilde değişkenlik göstermiştir ve çocukla çekişmelerinin (eleştiri ve düşmanlığın) az olduğunu belirtmiştir. Başka bir aile çalışmasında hastanın tedavisinden önce ve tedavisinden sonra ölçümler alınmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, aile işlevselliğinin derecelendirilmesinin tedavi sonrasında geliştiği gözlenmiştir (Woodside ve ark., 1995). Diğer bir çalışma ise eş olarak BN olmayan tek yumurta ikizleriyle (ikizlerden biri BN diğeri değil) gerçekleştirilmiştir. BN olan ikiz BN olmayan ikize göre ailede daha fazla geçimsizliğin olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmaların geriye dönük öz bildirimlere dayalı olması sebebi ile ailedeki geçimsizliğin yeme bozukluğu nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu belirsizdir (Kring ve ark. 2015).

1.1.5.5. Sosyal ve Kültürel Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarının başlangıcının çoğunlukla diyet yapma ya da kiloyla ilgili endişelerden önce gelmesi, zayıflığın önemini vurgulayan sosyal standartların yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynadığı bilgisini desteklemektedir (Killen ve ark., 1994; Rubinstein ve ark., 2010; Stice, 2001). Zayıflıkla ilgili sosyokültürel idealler, insanların şişman olma hatta şişman hissetme korkusunu geliştirmesini sağlayan bir araç görevindedir. Şişman olmanın olumsuz çağrışımlarından söz edilebilir. Obez insanlar, başkaları tarafından daha az zeki olarak görülür ve onlara; yalnız, utangaç ve başkalarının duygusal yakınlığına aç olduğuna dair basmakalıp bir düşünce yüklenir (DeJong ve Kleck, 1986). Obezite konusunda uzmanlaşan sağlık çalışanları da obez insanların tembel, aptal ya da değersiz olduklarına dair inançlara sahip olabileceklerini vurgulamışlardır (Schwartz ve ark., 2003). Gerçekten kilolu olan veya şişmanlamaktan korkan kadınların bedenlerinden memnuniyetsiz olma durumu yüksek bir ihtimal olarak

görülmektedir. Araştırmalar da yüksek beden kitle indeksi ve beden memnuniyetsizliği olan bireylerin yeme bozukluğu geliştirme risklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Fairburn ve ark., 1996).

Yeme bozukluklarının etiolojisini açıklamaya yönelik bir dizi sosyokültürel teoriler, farklı kültürlerdeki kadınların vücut şekli ve ağırlık algısının medyadan etkilendiğini belirtmektedir. Zayıf ve ideal bedene sahip olunması için, vücut memnuniyetsizliğinin içselleştirilmesinde toplumsal baskının etkisinden söz etmek mümkündür. Medyanın ön planda olduğu bu toplumsal baskı, beraberinde diyet davranışını getirebilmekte ve kişiyi yeme patolojisine maruz bırakabilmektedir (Striegel-Moore ve ark., 1986). Ayrıca ileriki zamanlarda, kişi tarafından algılanan bu baskı tikinircasına yeme davranışını, bulimik semptomları vs. yordamaktadır (Stice, 2002).

Kültürler arası YB araştırmalarının, bozukluğa göre değişiklik gösterdiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Anoreksiya; ABD, Hong Kong, Güney Afrika, Tayvan, İngiltere, Kore, Japonya, Danimarka, İran, Malezya, Hindistan, Pakistan, Avustralya, Hollanda, Mısır gibi birçok kültür çeşitliliğine sahip ülkelerde görülmektedir (Keel ve Klump, 2003). Fakat dikkate alınması gereken bir konu; adı geçen ülkelerde görülen anoreksiya vakalarının hepsinde DSM ölçütlerinde yer alan kilo almaktan ve şişmanlamaktan aşırı korku belirtisi en azından başlangıç safhasında görülmemektedir. Buna göre şişmanlamaktan duyulan yoğun korkunun Batı kültürlerinin desteklediği bir fikrin yansıması olduğunu söylemek mümkün olacaktır. Hong Kong'da YB ile ilgili yapılan 20 yıllık bir çalışmada ise yeme bozukluklarının temsili ve yaygınlığının ikisinde de Batı kültürünün etkisinin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark., 2010). Kültür ve YB ile ilgili yapılan detaylı bir değerlendirme makalesi ise, bulimiyanın Batılı kültürlerin dışında görülmediğini tespit etmiştir (Keel ve Klump, 2013). Batıdan farklı olarak; bazı kültürlerde kadınların kilolu olması özellikle değerlidir ve üretkenliğin, sağlıklı olmanın göstergesi olarak düşünülür (Nasser, 1998). Etnik köken faktörü açısından yeme bozukluklarına bakıldığında ise; Amerika'da yapılan araştırmalarda, AN vakalarının beyaz kadınlarda beyaz olmayan kadınlara göre sekiz kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Dolan, 1991). Daha güncel çalışmalar bu görüşü desteklememektedir.

1.1.6. Yeme Bozukluklarının Sürmesinde Bilişsel Davranışçı Teori

Farklı yaklaşımlar ele alındığında, yeme davranışının ve yeme psikopatolojisinin açıklanmasında ve etkili tedavilerin uygulanmasında ilk olarak bilişsel ve davranışçı yaklaşımların, önemli bilgiler sağladığı düşünülmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar, yeme davranışının telafi edici bir davranış olduğu ifade edilmiştir bu da kişilerin çarpıtılmış bilişsel süreçlerinden ve temel inançlarından kaynaklanmaktadır (Polivy ve Herman, 2002) Yeme tutum bozukluklarını tanımlarken bilişsel davranışçı kuramda düşünce hataları içeren bilişsel çarpıtmalardan söz edilmektedir (Köroğlu, 2009). Kişilerin beden imajı ve kilo gibi değişkenlere aşırı derecede anlam yüklemesi ve kendi değerini bu iki kişisel faktör üzerinden belirliyor olmasının uyumsuz yeme davranışlarını tetikleyebileceği varsayılmaktadır (Polivy ve Herman, 2002). Bilişsel davranışçı teoriler, yeme bozukluklarında gerçekçi olmayan beden algısını, kilo alma korkusunu ve yemek yeme sırasında kontrolü kaybetmeye neden olan düşünce, duygu ve davranışları anlamaya çalışmaktadır. Yeme bozukluğu geliştiren kişiler; kilo, beden görüntüsü ve yemekle ilgili düşüncelere dikkatlerini yöneltmelerine sebep olan uyumsuz erken dönem şemalara sahip olabilir (Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999). Maner (2013), bireyin erken yaşlarda yaşadığı olumsuz ya da travmatik deneyimlerin, kendisi hakkında olumsuz düşünceler üretmesine yol açtığını belirtmektedir.

Anoreksiya nervoza hakkında bilişsel davranışçı teoriler, gerçekçi olmayan beden algısının ve şişmanlamaya yönelik korkuların zayıflamayı pekiştirdiğini belirtmektedirler. AN belirtileri geliştiren bireylerin büyük bir kısmı, bozukluğun başlangıcının kilo kaybı ve diyet sürecinden sonra gerçekleştiğini öne sürmektedir. Şişmanlama kaygısının azalması için zayıflığı sağlayan ya da devam ettiren davranışlar olumsuz olarak pekiştirilmektedir. Yarattıkları öz kontrol algısı ile diyet yapma davranışı ve beraberinde gelen kilo kaybı olumlu olarak pekiştirilmektedir (Fairburn ve ark., 1999; Garner ve ark., 1997). Mükemmelliyetçilik ve kişisel yetersizlik algısı, bir kişinin görüntüsüne kafayı takmasına sebep olabilmekte ve böylece kişi, diyet yapmayı potansiyel bir pekiştireç haline getirebilmektedir (Kring ve ark. 2015). AN'nin bilişsel davranışçı tedavisinde;; kişi ile bilişsel aşamada kilosunun sağlıklı bir düzeyde olması gerektiğine yönelik çalışılmaktadır. En önemli aşamalar; tedavi sırasındaki eğitim, kilo almayı sağlama ve yeme alışkanlıklarının normale dönmesi şeklinde sıralanmaktadır. Tedavinin ilerleyen sürecinde belli bir kilo artışı sağlandıktan sonra bilişsel yeniden yapılandırma aşamasına geçilmektedir. Düşünceler, tutumlar ve mantık hataları, bilişsel

yeniden yapılandırmanın ilkeleri kullanılarak tanımlanmaktadır. Olgular kendilerine daha az değer verme ve önemseme eğilimindedir ve yine kendi değerlerini ölçecekleri tek yol vücut biçimleri ve ağırlıkları olmaktadır. Eğilimi kendini bu şekilde değerlendirme olan bireylerde bilişsel teknikler kullanılabilmektedir (Francis ve Allan, 2014). Bilişsel ve davranışçı yaklaşımın etkisini değerlendiren bir çalışmada; AN tanılı gençlerle gerçekleştirilmekte olan 20 seanslık BDT uygulamasının kilo alımı, psikopatoloji, yeme bozukluğu belirtileri üzerine olumlu etkileri gösterilmektedir (Grave ve ark., 2013).

Bilişsel Davranışçı Terapi, BN'de en çok geçerli olduğu gösterilen tedavi olmuştur. Bilişsel davranışçı model, yeme bozukluklarında öncelikli olarak bulimiya nervosa üzerinden geliştirilmiş ve diğer yeme bozukluklarına uyarlanmıştır (Fairburn ve Harrison, 2003). BDT'de bulimik bireyler toplumun fiziksel çekicilik standartlarını sorgulamaları için teşvik edilmektedirler. BN'li bireyler kilolu olmaktan kaçınmalarına sebep olan ve kendilerini aç bırakmalarına yol açan inançlarını ortaya çıkartmakta ve değiştirmektedirler (Kring ve ark. 2015).

Bilişsel Davranışçı Teori, erişkin TYB'sinin tedavisinde etkinliğini en iyi ortaya koyan tedavi olmaktadır (NICE 2004, Ricca ve ark. 2010, Vocks ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2010). BDT yapılırken bireylerle işbirliği kurma, işlevsel olmayan otomatik düşünceleri ve inançları ele alma amaçlanmaktadır ve sonrasında düşüncelerin değişmesi, çevreyle yeni ilişkiler kurma ve davranış değişiklikleri beklenmektedir. TYB tanılı bireylerde bilişsel ve davranışçı yöntemler izlenirken; tıknırcasına yeme, dış görünüşü üzerinde değiştirilemeyen düşünceler ve özgüven düşüklüğüne yönelmektedirler (Devlin ve ark. 2007).

Bilişsel Davranışçı Terapilerin sonuçları, kısa sürede ve uzun sürede ümit verici olmaktadır. Bir meta-analiz çalışması, tedavilerde bilişsel ve davranışçı terapinin antidepresan ilaçlara oranla daha iyi sonuçlar verdiğini göstermektedir (Whittal, Agras ve Gould, 1999).

1.2. Şema Kavramı

Şema teriminin tarihçesine göz attığımızda, şema olumlu ya da uyumlu, olumsuz ya da uyumsuz olabilen, çocukluk döneminde veya hayatın çocukluktan sonraki

aşamalarında şekil alabilen bir yapı olarak açıklanmaktadır (Beck, 1967). Şemalar bilişsel kuramın merkezidir; duygusal bozuklukların, özellikle de depresyonun oluşması ve ilerlemesinde, bunun devamında da kişinin kendisi, diğerleri ve dünyanın işlevi gibi olumsuz algıları ve bilişsel çarpıtmaları ile birlikte önemli bir rol oynar ve bunlar uyumsuz şemalar olarak belirtilmiştir. (Beck, 1967; Beck ve ark., 1979; Schmidt ve ark. 1999). Şemalardan, temel bakım veren bireylerle oluşan, olumsuz etkileşimler yoluyla gelişen ve değişime dirençli olan etmenler olarak bahsetmek mümkündür. Bu yüzden bireyleri psikolojik sorunlara bilişsel olarak elverişli hale getirmektedir (Beck ve ark., 1979; Riskind ve Alloy, 2006). Yani uyumsuz şemaların ileriki dönemlerde (yetişkinlik), kişilerarası ilişkiler ya da stres verici olayların yaşanmasıyla aktif hale geldiğini söylemek mümkün olacaktır. Sonrasında birey, deneyimlediği olay ve benliğiyle ilgili olumsuz düşünceler geliştirmekte, bu olumsuz düşünceler de olayla ilgili bilişsel çarpıtmalara sebep vermekte ve bunun sonucunda duygusal sorunların zemini hazırlanmış olmaktadır (Riskind ve Alloy, 2006).

1.2.1. Şema Kuramı

Şema Terapi son yıllarda popüleritesi artan psikolojik bir tedavidir (Van Vreeswijk, Broersen ve Nadort, 2012). Uzun zamandır süregelen kişilikle ilgili sorun yaşayan hastaları merkezine alarak geliştirilen şema terapi, geleneksel bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımında kullanılan tekniklerden farklı olarak, diğer terapi modellerinin teknikleriyle kısa-süreli yaklaşımın ötesine geçmektedir (McGim ve Young, 1996; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). İlk olarak Young (1990) kişilik bozuklukları gibi bilişsel terapiye yanıt vermeyen, uzun vadeli ve yaygın psikolojik bozuklukların tedavisine yardımcı olması için Şema Terapi'yi tanımlamıştır. Şema Terapide vaka çalışmaları ve tedavi bölümleri; madde kullanımı (Ball & Young, 2000), yeme bozuklukları (Waller ve ark., 2007), travma sonrası stres bozukluğu (Gray ve ark., 2007) ve obsesif kompulsif bozukluğu içermektedir (Sookman & Pinard, 1999, 2007).

Beck'in şema kavramsallaştırmasını ayrıntılandırmış, erken dönem uyumsuz şemalar kavramı kapsamında şema kuramını ortaya atmıştır (Young ve ark., 2003). Young (1999), "erken dönem uyumsuz şemalar" kavramını ortaya atarken, şemaların kökenlerinde yatan erken dönem yaşantılardan yola çıkmıştır. Hatıra, his, duygu, düşünce

ve bedensel duyuların oluşturduğu, bireyin kendisini ve diğerleriyle olan ilişkisini ele alan, çocukluk çağında ya da adölesan dönemde ilerleyen, bireyin hayatı süresince karmaşık bir hal alan ve önemli bir noktaya kadar işlevi olmayan, tema ya da örüntüler erken dönem uyumsuz şemalar olarak tanımlanmaktadır. İhmal ve istismar olaylarının ve yüksek duygu dışavurumunun var olduğu kötü aile ortamları erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde önemli bir etkindir (Young ve ark., 2009).

1.2.1.1. Erken Dönem Uyumsuz şemalar ve Kazanılması

Erken dönem uyumsuz şemalar, çocuklukta bakım sağlayan bireylerle veya akranlarla yaşanan olumsuz deneyimler sonrasında temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması durumunda oluşmaktadır. Bir başka deyişle, şemalar, “çocuklukta ve adölesan çağı süresince meydana gelen, hatıralardan, duyulardan, bilişlerden ve bedensel duyumlardan oluşan, işlevsel olmayan, kişinin kendilik algısını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen ve ileriki zamanlarda tekrar eden kalıp ya da örüntüler” olarak ele alınmaktadır (Young, 1999; Young ve ark., 2003; Young ve Klosko, 1993). Genellikle çocukluk ve adölesan dönemde tekrar eden zarar verici deneyimler sonucunda oluşan erken dönem uyumsuz şemalar, yetişkinlik döneminde benzer olaylarla karşı karşıya kalındığında aktifleşmekte ve sonrasında olumlu olmayan (utanç, korku, öfke) hisler geliştirilmesine sebep olmaktadır. Bireyin duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına etki eden önemli yapılar şema olarak bilinmektedir (Rafaeli ve ark., 2012).

Erken dönem uyumsuz şemalar, yaşanan olumsuz deneyimlerle ve psikopatolojilerle oluşmakta sağlıklı bir yaşam sürdürüldüğünde çoğunlukla sessiz halde kalmaktadırlar. Bir kez etkinleştikten sonra ise seçici dikkatle yeni yaşantıları işlemlendirilmekte, seçici hatırlamayla da geçmiş yaşantıları yeniden yapılandırılmakta ve sonrasında varlıklarını devam ettirmektedirler (Young, 1999).

Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde kişinin işlevselliğini temelden etkileyen 3 temel ilke rol oynamaktadır. Young ve arkadaşları (2006), bu ilkeleri; bireylerin temel duygusal ihtiyaçları, çocukluk çağındaki yaşantıları ve duygusal mizaç olarak sınıflandırılmıştır.

i. Temel Duygusal İhtiyaçlar

Bağlanma teorisinden (Bowlby, 1977) yola çıkarak Şema Terapi modeli bireylerin temel duygusal ihtiyaçlarla doğduğunu öne sürmektedir ve bu ihtiyaçlar başta güvenlik ihtiyacı, beslenme ve kabul görme ihtiyacı, özerklik, yeterlilik ve kimlik algısı ihtiyacı, ihtiyaçlarını ve duygularını ifade edebilmede özgürlük, spontanlık ve oyun, gerçekçi sınırlar ve öz denetim şeklinde sınıflandırılmaktadır (Young ve ark., 2003). Çocuğun ebeveynin ihmaline veya istismarına maruz kalması gibi yaşantıladığı olumsuz durumlar, bu temel ihtiyaçların karşılanmamasına sebep olmakta bu da yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek yüksek kırılganlık ve duygusal yoksunluğa zemin hazırlamaktadır (Flanagan, 2010; Young ve ark., 2003). Bu ihtiyaçlarını uygun şekilde karşılayabilenler, psikolojik olarak sağlıklı kişiler şeklinde tanımlanmaktadır (Young ve ark. 2003).

ii. Erken Dönem Yaşam Deneyimleri

Erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde bir diğer unsur ise zedeleyici çocukluk dönemi yaşantıları olarak belirtilmiştir. Çocukta en erken gelişen ve tipik olarak en güçlü şemaların kökeni çekirdek aile olmaktadır. 4 tip erken dönem yaşam deneyimi, şemaların kazanılmasında önemli rol oynamaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). İlk olarak ihtiyaçların karşılanmasının zorlayıcı biçimde engellenmesinden söz edilmektedir ve bu engellenme çocuğun olumlu yaşantılarının yok denecek kadar az olduğu anlamına gelmektedir. Bu tür ortamlarda yetişen çocukların etrafındaki kişilerin istikrar, anlayış, ya da sevgi gibi bazı önemli unsurlardan yoksun oldukları belirtilmiştir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). İkinci tip deneyim ise travmatik yaşantılardır. Travma deneyimleyen çocuk incinmiş, kötüye kullanılmış veya mağdur edilmiştir bu da çocukta utanç duymaya ya da tehditlere karşı savunmasız olduğunu hissetmesine neden olmuştur (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Üçüncü tip, çocuğun deneyimlediği olumlu olay ya da durumların sayısının çok fazla olmasıdır. Bu tip ailelerde anne ve babalar çocuklarıyla aşırı meşgul olmaktadırlar. Çocuk ya çok aşırı bir şekilde korumuş ya da çocuğa hiç sınır koymadan aşırı düzeyde otonomi ve özgürlük imkanı verilmiştir. Bu şartlarda yetiştirilen çocuğun temel ihtiyaçlarından biri olan otonomi ve gerçekçi sınırların varlığı ile ilgili ihtiyaçlarının karşılanmadığından söz etmek mümkün olacaktır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Son olarak dördüncü tip etken, önemli diğerleri ile özdeşim ya da seçici içselleştirmedir. Burada çocuğun seçici olarak anne baba ile

özdeşim kurduğundan ve içselleştirdiğinden bahsedilmektedir. Çocuğun içselleştirdiği ebeveyni aşırı derecede kaygılıysa çocuk da dünyanın tehlikeli bir yer olduğu inancına sahip olacaktır. Ancak şema yaklaşımı ebeveynlerin sergilediği bütün davranışlarının içselleştirilmediğini vurgulamakta olup önemli kişilerle seçici bir özdeşim gerçekleştiğinden bahsetmektedir (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

iii. Duygusal Mizaç

Erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda çevresel faktörlerin etkisinin olduğu gibi doğuştan gelen faktörlerin de etkisinden söz edilmektedir. Çocuğun duygusal mizacının doğuştan geldiği düşünülmektedir ve bu duygusal mizacın dış dünyadan gelen etkilerin değerlendirilmesinde ve bu etkilere doğrudan açık olma ya da etkilere karşı savunmada olma gibi durumların belirlenmesinde fazlasıyla önemli olduğu ileri sürülmektedir. Çoğunlukla doğuştan geldiğine ve değişmezliğine inanılan duygusal mizaç unsurunun; değişken-tepkisiz, distimik-iyimser, kaygılı-soğukkanlı, utangaç-sosyal vs. gibi boyutları olduğu varsayılmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

1.2.1.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Young (1990), Şema Terapi modelinde 18 şema tanımlamıştır. Bunlar sırasıyla;

- (1) Terk Edilme/İstikrarsızlık
- (2) Güvensizlik/Suistimal Edilme
- (3) Duygusal Yoksunluk
- (4) Kusurluluk/Utangaç
- (5) Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma
- (6) Bağımlılık/Yetersizlik
- (7) Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık
- (8) İç içe Geçme/Gelişmemiş Benlik
- (9) Kendini Feda
- (10) Hak Görme/Büyüklik
- (11) Başarısızlık
- (12) Boyun Eğicilik

- (13) Yetersiz Özdenetim
- (14) Onay Arayıcılık
- (15) Duyguları Bastırma
- (16) Karamsarlık
- (17) Yüksek Standartlar
- (18) Cezalandırılma

olmak üzere sınıflamıştır ve bu şemalar 5 şema alanı altında gruplamıştır;

- A. Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı
- B. Zedelenmiş Otonomi, ve Kendini Ortaya Koyma Alanı
- C. Zedelenmiş Sınırlar Alanı
- D. Başkalarına Yönelimlilik Alanı
- E. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık.

Bu şema alanlarına kısaca değinmek gerekirse;

A. Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı:

Güvenlik, emniyet, bakım, empati, kabul gibi temel ihtiyaçların karşılanmaması ile ilişkili şemaları içine almaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012). Kopukluk ve reddedilmiş şema alanına sahip olan bireylerin çoğunlukla aile ve çevresi kopuk, soğuk, dış dünyadan soyutlanmış, uzun süreli ayrılıkların yaşandığı, reddedici, istikrarsız ve kötüye kullanımın var olduğu bir izlenim oluşturmaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu alandaki şemalara erken dönemde sahip olmuş kişiler, yetişkinlik döneminde diğerlerine karşı güvenli bağlanmada problemler yaşamaktadırlar. (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Terk Edilme/İstikrarsızlık: Bu şemaya sahip olan bireyler, yakın ilişkilerinin çabuk sonlanacağına inanmaktadırlar ve yine küçükken anne babalarının vefatına maruz kalmış ya da boşanmalarını deneyimlemiş olabilecekleri ön görülmektedir. Çocuklarının ihtiyaçlarına karşı tutarsız davranışlarda bulunan anne babalar da, bu şema alanının gelişmesinde etkin olabilmektedir (Young, 1999). Terk edilme şemasına sahip olan kişiler devamlı tek kalacakları düşüncesiyle savaşılmaktadırlar. Bu inanç yüzünden

kendilerine yakın gördükleri insanlara fazla yapışabilmektedirler. Normal ayrılıklarda dahi çabuk dağılma davranışı ve aşırı öfke görülebilmektedir.

Güvensizlik/Suistimal Edilme: Bu şema alanı, anne babalarının çocuğunun alanına saygı duymadıkları, farklı türde istismarda bulundukları (Young, Klosko ve Weishaar, 2003) ya da sıklıkla çocuklarına doğruyu söylemedikleri zamanlarda gözlenmektedir (Young ve Klosko, 1993). Güvensizlik şemasına sahip olan kişiler, gerçekliği olmaksızın diğerleri tarafından kötüye kullanılma ya da istismar edilmeye yönelik düşüncelere inanmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011).

Duygusal Yoksunluk: Bu şema sevilme ihtiyacının yeteri kadar karşılanmamasına bağlı olarak gelişir. Özellikle bakım verenin (annenin) soğuk ve ilgisiz olduğu, bağ kurmada güçlük yaşadığı çocuklarda görülmektedir (Young ve Klosko, 1993). Bu şemaya sahip bireyler, duygusal ihtiyaçlarının asla karşılanamayacağı içsel bir boşluk hissine kapılmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Duygusal yoksunluklar kendi arasında 3 gruba ayrılmaktadır; bakım yoksunluğu, empati yoksunluğu ve korunma yoksunluğu (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bakım yoksunluğunda kişinin ihtiyaç duyduğu şey sevgi, ilgi ve şefkatken empati yoksunluğunda anlama, dinleme ve duygu paylaşımlarının yoksunluğundan söz edilmektedir. Korunma yoksunluğunda ise güç figürünün ve yol gösterici kimsenin eksikliğinden bahsedilmektedir (Young ve Klosko, 1993). Duygusal yoksunluk şemasına sahip olan genellikle dış dünyaya karşı öfke hissederler ve bu his onları diğer insanlardan uzaklaştırarak yoksunluğun devam etmesini sağlamaktadır.

Kusurluluk/Utanç: Bu şema, ebeveynlerin aşırı eleştirel ve reddedici davrandığı aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Birey, kendisinde bir kusur veya yetersizlik olduğuna inanmakta ve buna bağlı olarak kendini değersiz hissetmektedir. Ayrıca bu kusur dışarıdaki kişiler tarafından görülmemektedir. Fakat kişi iç dünyasının başkaları tarafından bilindiği taktirde kendisinin sevilmeyeceğine inanmaktadır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Diğerleriyle yakınlaşmak beraberinde gerçek beni tanırlarsa asla sevmezler düşüncesini de getirmektedir. Bu şemaya sahip kişiler genellikle çocukluklarında ailesi tarafından kendileri olduğu için saygı görmemiş kimseler olmaktadır. Yetişkinlik dönemine geldiklerinde kendilerine yakın olan insanların verdikleri değere inanmakta güçlük çekmektedirler. Çünkü kendilerinde gördükleri kusur

onları değersizlik yapmaktadır. Bu yüzden diğerlerinden hep reddedilmeyi beklemektedirler.

Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: Bu şema, genellikle bireyin geçmiş deneyimlerinden duyduğu utanç veya ailenin çocuğun sosyalleşme alanındaki desteğinin eksikliğinden dolayı gelişmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Toplumda bu şemanın azınlık gruplarda daha sık görüldüğünü söylemek mümkündür çünkü azınlık aileler toplumun geneline kıyasla duygusal düşünsel fiziksel ya da kültürel olarak farklı bir yapıya sahip olmaktadır. (Young ve Klosko, 1993). Ayrıca birey, çocukluk çağında dışlanmışsa ya da aşağılanmalara maruz kalmışsa (Roediger, 2009), kendisini hiçbir gruba ya da topluluğa ait hissetmemekte ve dış dünyadan izole olma gereği duymaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu şemaya sahip kişiler yetişkinlik döneminde çocukluktaki reddedilmeyi yeniden yaşayabilmektedirler, kendilerini sosyal ortamlarda aşağı hissedebilmektedirler. Bunlardan farklı olarak sosyal izolasyon şemasına sahip bir kişiyi her zaman dışarıdan ayırt etmek mümkün olmayacaktır. Bu şemaya sahip olan kişilerin bazıları samimi ortamlarda oldukça rahat ve sosyal olarak becerikli görülmektedirler. Bir toplantıda, partide veya işte kaygılı ve soğuk olduklarını fark etmek diğerlerini şaşırtmaktadır. Genellikle huzursuzlaşmakta ve bir yere ait olmayı arayan bir halleri olmaktadır.

B. Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı:

Bu şema alanına sahip olan bireylerin anne babaları ya çocuklarına aşırı koruyucu yaklaşan ya da bunun tersi olarak ilgi ve bakımdan yoksun bırakan ebeveynler olmaktadır. Bu alan bireyin yaşlıları gibi bağımsız hareket etme, bireysellik ve yarış gibi ihtiyaçların ihlal edilmesiyle ilişkili şemaları barındırmaktadır. Bireyin kendine olan güveni zedelenmiş olup, dış dünyada kendini gösterebilme becerisi çocuğa kazandırılmamıştır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu kişiler hayatlarının ilerleyen dönemlerinde kişisel amaç belirleyip hayata geçirmekte güçlük çekmektedirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Bağımlılık/Yetersizlik: Bu şema, çocuğun gündelik işlerinin ebeveyn tarafından karşılandığı, çocuğun sorumlu olduğu diğer durumlarda da ebeveynlerin fazla yönlendirici ya da eleştirel bir tutum sergilediği kısacası çocuğun bağımsızlaşmasına olanak tanımadığı aile türlerinde gelişmektedir (Rafaeli ve ark., 2011) ve bu ailelerde çocukla bağ kurma duygusundan bahsetmek mümkün olmamaktadır (Young ve Klosko,

1993). Bağımlılık/yetersizlik alanında şemaya sahip olan kişi, başkalarından yardım almaksızın gündelik olay ve işlerle baş edemeyeceği, sorumluluklarını yerine getiremeyeceği ve karar vermekte güçlük çekeceği inancına sahiptirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu kişilerin sürekli desteğe ihtiyaç duyduğundan söz etmek mümkündür. Çocuklukta ihtiyaçları devamlı karşılandığı için yetişkinlik döneminde de arkalarını yaslayacak kendilerini kontrol edecek güçlü bir kişiye ihtiyaç duymaktadırlar.

Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık: Bu şema, ebeveynlerin aşırı korumacı, evhamlı ve hastalık, tehlike gibi konularda devamlı tetikte olduğu ve çocuğu uyardığı ailelerde gelişmektedir (Young ve Klosko, 1993). Bu şemaya sahip olan birey, genellikle kaygılıdır ve kalp krizi geçirmek kanser olmak gibi tıbbi felaketlerin, aklını kaybetmek gibi duygusal problemlerin veya deprem, araba kazası gibi çevresel bir felaketin gerçekleşeceğine dair somut bir anlam taşımayan gerçek dışı inançlara sahip olmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Kişinin başına gelmesinden korktuğu felaketler doğal, tıbbi, hukuksal veya finansal alanlarda olabilmektedir. Dayanıksızlık şeması olan kişilere çocukken dünyanın güvenilmez ve tehlikeli bir yer olduğu hissettirilmiştir bu kişiler ilerleyen dönemlerde kendilerini güvende hissetmemektedirler. Aşırı ve gerçek dışı olan bu korkular kişinin hayatını ele geçirmektedir ve kişi tüm enerjisini güvende olduğuna emin olmak için harcamaktadır.

İç içe Geçme/Gelişmemiş Benlik: Bu şemada, bireylerin tam anlamıyla bağımsız bir karakter geliştiremediği ve sevdiği kişilerle aşırıya kaçan duygusal bir bağlanma gerçekleştirdikleri görülmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Ebeveynlerden biri ya da çocuk, bir diğeri olmadan başarılı ve mutlu olmayan ve eksik kimseler olacağına inanmaktadır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011).

Başarısızlık: Bu şeman, anne babanın çok yüksek standartlara sahip oldukları, çocuklarını devamlı eleştirdikleri ya da kardeşler arası karşılaştırmaların sıkça yapıldığı aile ortamlarında gelişmektedir (Young ve Klosko, 1993). Kişi kendini yetersiz ve eksik hissetmektedir ve ilerleyen zamanlarda da yaptığı işlerde başarısız olacağına inanmaktadır. Kişi kendini diğerleriyle kıyasladığında yaptığı işlerde yeterli olmadığını ve başarısızlıklarıyla diğerlerinden daha aşağı olduğunu hissetmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu inanç okul, iş ve spor gibi hayatın her alanına hakim olabilmektedir. Ebeveynlerin yüksek standartları, kardeş kıyaslamaları ve eleştirilerin yanı sıra bir öğrenme bozukluğu, okuma güçlüğü gibi çocukken kendini eksik

hissettirecek durumların yaşanması da bu şemanın gelişmesine neden olabilmektedir. Başarısızlık şemaları olan kişiler yetişkinlik döneminde de başarısızlıklarının derecesini abartarak ve yapılamayan davranışı devam ettirerek bu şemayı sürdürmektedirler.

C. Zedelenmiş Sınırlar Alanı:

Bu şema alanı, çocuğun her davranışına hoşgörüyü yaklaşan, çocuğun fazla serbest bırakıldığı ve çocuğa uygun yönlendirmenin yapılmadığı aile ortamlarında gelişmektedir. Bu tür aileler genellikle karşılıklı işbirliği halinde olmaktan yoksun ve hedef belirleme gibi davranışlar sergilemekten uzak davranmaktadırlar (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu kişiler ilerleyen dönemlerde dürtü kontrolü sağlayamama, hazzı erteleyememe, geçerliliği herkesi kapsayan kurallara uymama, diğerlerinin hakkına saygı duymama, verilen sözleri yerine getirmeme, uzun vadeli hedeflere ulaşmada güçlük çekme gibi olumsuz davranışlar sergileyebilmektedirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Hak Görme/Büyüklik: Bu şema, çocuğa kendini kontrol mekanizmalarının öğretilmediği ve çocuğun ebeveyn üzerinde baskı kurup kontrolün kendisinde olduğu aile türlerinde gelişmektedir (Young ve Klosko, 1993). Bu şemaya sahip olan bireyler kendilerinde toplumsal kurallara uyma zorunluluğu hissetmemektedirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Diğer kişilerden farklı oldukları düşüncesi hakimdir ve ayrıcalıklara sahip olduklarına inanmaktadırlar (Roediger, 2009) bu yüzden empati kurma yetileri gelişmemektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Bu kişiler genellikle çocukken şımartılan, kendilerini kontrol etme becerisi kazandırılmamış ve diğer çocuklara konulan sınırları tanımakta güçlük çekmiş kimselerdir. İstediklerini o anda yapabilme, söyleyebilme veya elde etme konusunda ısrarcı olmaktadır. Diğerlerinin mantıklı bulduğu durumlara, bir amaca ulaşmak için gereken zaman ve sabıra aldırılamamaktadırlar. Disiplin konusunda zorluk çekmektedirler.

Yetersiz Özdenetim: Bu şemaya sahip olan kimseler uzun vadeli hedefler koymakta ve bu hedeflere ulaşmakta zorlanmaktadırlar ve bunun temelinde özdenetimle ilişkili problemler yatmaktadır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Genellikle sorumluluk almaktan kaçınmaktadırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Rahatsız olacağı durumlardan kaçınma davranışı göstermektedirler (Roediger, 2009).

D. Başkalarına Yönelimlilik Alanı:

Başkalarına yönelimlilik şema alanı, bireyin kendi ihtiyaçlarından daha çok diğerlerinin ihtiyaçlarına cevap verme yönündeki aşırı özenini içermektedir. Kendine yönelimliliğin karşılanmasındaki eksikliklerle alakalı şemaları ele almaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012). Bu şema alanına sahip kişilerin aile türü çoğunlukla çocuğu koşullu kabul etme davranışında bulunmaktadırlar. Çocuğun sevgiyi ve saygıyı görebilmesinin şartı ebeveynlerin isteklerine uygun davranmak olacaktır bu yüzden kendi ihtiyaçlarını umursamayan çocuk, benliğini baskılayacaktır. Çocukluktaki onay ve kabul arayışları ilerleyen dönemlerde bireyin kendi duyguları, ihtiyaçları ve isteklerine yönelik bir bastırma, kendini ifade etme ve özerklik gibi davranışlarda zorluklara yol açmaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Boyun Eğicilik: Bu şema, ebeveynlerin çocuğun duygu ve düşüncelerini önemsemediği aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Boyun eğicilik şemasına sahip olan bireyler, diğerlerinden gelen sevgiyi kaybetmemek ve başkalarından tepki görmemek için, onların kontrolünde yaşamayı kabul etmektedir. Böylelikle kontrol kendinden başkasında olmakta ve kişi daha rahat hissettirmektedir (Young ve Klosko, 1993). Duygularını bastırma ve isteklerini bastırma olarak 2'ye ayrılan olan bu şemaya sahip olan kişilerde kendi isteklerinin ve duygularının önemsiz olduğu düşüncesi hakim olmaktadır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Kişi kendi isteğini öne sürerse başkalarını incitecek olmaktan korkmakta ve suçluluk hissedebilmektedir. Ayrıca bu kişiler, diğerlerinde itaat etmediğinde terk edilmekten veya cezalandırılmaktan da kaçınıyor olabilmektedir.

Kendini Feda: Bu şema, çocuğun kendi sorumlulukları ve sorunlarından çok, anne babalarının üstüne düşenlerini çocukların yaptığı aile türlerinde (Roediger, 2009) ve genellikle çevredekilerinin yaşadığı acı olaylara aşırı duyarlı olan bireylerde gelişmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Birey için öncelik kendi istekleri ve ihtiyaçları değil de başkalarının istek ve ihtiyaçlarını karşılanması olmuştur (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Kişi, kendi isteklerini gerçekleştirdiğinde suçluluk duygusu hissedeceğinden veya sadece başkalarının istek ve ihtiyaçlarını giderdiğinde sevebileceğini düşündüğünden kendinden ödün vermektedir ve böylece sevgiyi kaybetmeyeceğini zannetmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011).

Onay Arayıcılık: Bu şema, sosyal çevre tarafından onay gören davranışları çocuğunun da gerçekleştirmesi konusunda aşırı hassasiyet gösteren aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Onay arayıcılık şemasına sahip olan kişinin kendine dair fikirleri, başkalarının onayına bağlıdır ve bu kişiler paraya, dış görünümüne ve sosyal statüye aşırı önem vermektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011; Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

E. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı:

Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık alanı, kendiliğinden gelişen duygular, dürtüler ve oyun gibi temel evrensel ihtiyaçların karşılanmasında güçlük çekilmesiyle ilgili şemaları barındırmaktadır. Bu şema alanındaki kişiler dikkatlerini sürekli olarak içselleştirdiği katı kurallar ve beklentileri karşılamaya yöneltmektedir. Yetiştirildikleri ortamlar çoğunlukla kuralcı, sınırlayıcı, cezalandırıcı, talepkâr ve denetimin aşırı olduğu aile türleridir ve bu ortamda yetişen çocuklar temel ihtiyaçları olan oyun gibi neşeli ve keyifli eylemlerden yoksun bırakılmaktadırlar. Bu çocuklar kurallara uygun davranışları ve duygularını dışa vuramamaları için teşvik edilmiştir. Hata yapmalarına müsaade edilmemiştir ve en iyisini yapmaları için uğraşmaları istenmiştir. Bu şema alanı, yetişkinlik döneminde sürekli tetikte olunması gerektiği ve dikkatli olunmadığında her şeyin bozulacağına yönelik kötümserlik, karamsarlık ve endişe duygusunun hakim olduğu bir yaşam biçimine yol açmaktadır. (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Karamsarlık: Bu şema, ebeveynlerin kaygılarının sürekli bir şeylerin kötüye gideceğine yönelik olduğu aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Bu kişiler, kendileri ve hayatları ile ilgili olumlu giden yönleri görmezden gelirken, olumsuzlukları aşırı derecede dikkate almaktadırlar (Rafaeli ve ark., 2011). İyiye giden durumların da kötüleşeceği sonrasında yine olumlu olmayan bir durumla karşı karşıya kalacaklarına inanmaktadırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Duyguları bastırma: Bu şema, anne babanın çocuğa ve çevreye karşı çoğunlukla soğuk ve mesafeli olduğu, kendiliğinden gelen duyguların ayıp olarak nitelendirildiği aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Duygularını bastırma şemasına sahip olan kişiler eleştirilmemek ve kınanmamak için, mutluluk, kızgınlık, cinsel dürtüler gibi doğal hislerini baskılamaya yönelmektedirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).Tüm

hislerini belli etmekten kaçınan bu kimseler, bilhassa mantıklı durumlara odaklanmayı yeğlemektedirler (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011).

Yüksek Standartlar: Bu şema, anne babanın eleştirel bir tutum sergilediği ve sevginin koşullu verildiği aile türlerinde gelişmektedir (Young ve Klosko, 1993). Yüksek standart şemasına sahip olan kişiler oldukça mükemmeliyetçidirler, hata onlar için kabul edilemezdir ve hata yaptıklarında kendi kendilerine ağır eleştirilerde bulunmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Bu kişiler, kendi içlerinde belirledikleri standartlara ulaşmak için aşırı derecede çaba harcamaktadırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Genellikle kendileriyle ilgili olan katı standartları başkalarından da beklemektedirler. Sıklıkla bu kişilerden çocukken bulunduğu ortamlarda en iyi olmaları beklenmiştir ve en iyi olmak dışındakilerin bir başarısızlık olduğu öğretilmiştir.

Cezalandırılma: Bu şema, ebeveynlerin çocuğa karşı cezalandırıcı davrandığı aile türlerinde gelişmektedir (Roediger, 2009). Cezalandırıcılık şemasına sahip olan bireyler, kendinden ve diğerlerinden çok yüksek beklentiler içerisindedir ve kendisinin ya da diğerlerinin yaptığı herhangi bir hatanın ağır bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Kendinin ve kendisi dışındaki herkesin hata yapmasının normal olduğunu kabullenmekte güçlük çekmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011).

1.2.1.2.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yeme Tutumu

Kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarının birlikte görülme oranı değerlendirildiğinde, Şema Terapi’de kişilik örüntülerinin konu edilmesinin yeme bozukluklarının tedavisinde etkin olabileceği şeklinde görüşler ortaya atılmaktadır. Literatüre bakıldığında kısıtlayıcı tiplerdeki yeme bozukluklarında şema telafisini destekler nitelikte pek çok klinik gözlem ve çalışma bulgularına rastlanmıştır (Luck ve ark., 2005). Yeme bozukluklarının tedavisinde Şema Terapi’nin hastalığın tekrarlama ihtimalini düşüreceği hakkında fikirler ve araştırmalar yer almaktadır (George ve ark., 2004; Leung ve ark., 2000; Simpson ve ark., 2010).

Kişinin erken dönem şemaları ve yeme tutumu arasında bir ilişkinin varlığından söz etmek mümkündür. Şema kavramının öncüsü Piagettir ve ilk kez 1961 yılında bu

kavramı; kişilerin nesneleri, algıları, düşünce ve davranışları zihninde gruplar halinde organize etmesi şeklinde açıklamaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Piaget, bireylerin dünyaya basit şemalarla geldiğini, ilerleyen zamanlarda yaşantıladığı yeni olaylarla bu şemalarını geliştirdiğinden bahsetmektedir (Piaget ve Cook, 1952). Çocuklukta deneyimlenen olumsuz yaşantılar, daha sonraki süreçlerde kişinin uyumsuz erken dönem şemaları oluşturmaya yol açmaktadır. (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Duran (2016).

Şema modelinin yeme davranışıyla ilişkisine bakıldığında, bireylerde varlığını sürdüren erken dönem uyumsuz şemaların, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili olumlu olmayan algılara neden olduğu belirtilmiştir (Jones ve ark., 2006). Bu bilgilerden yola çıkarak erken dönem uyumsuz şemaların duygu ve düşünceleri olumsuz yöndeki etkisinin yeme davranışında bozukluklara yol açabileceğini söylemek mümkündür.

Yeme bozukluğu tanısı konmuş ve konmamış (sağlıklı) kişilerin şemalarının kıyaslandığı bir araştırmada, yeme bozukluğu geliştiren kişilerde kopukluk, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar ve aşırı kontrol alanındaki şemalarının, yeme bozukluğu geliştirmeyen (sağlıklı) kişilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Dingemans, Spinhoven ve Fruth, 2006).

AN ve BN teşhisli kadınlar ile yürütülen bir araştırmada hastalık tanısı almış olan kadınların, sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında, dünyaya dair olumsuz inançlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte yeme bozukluğu geliştiren kadınlarda saptanan olumsuz inançların yalnızca dünyayla ilgili olmadığı, kendileri ve beden algıları ile ilgili de olumsuz inançlarının fazla olduğu belirtilmiştir (Cooper, Todd ve Cohen-Tovee, 1996).

Fairburn ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı çalışmada yeme bozukluğunun geliştirilmesindeki bazı etkenlerin; affektif bozukluk, mükemmeli istemek, benlik algısında düşüklük ve kiloyla çok fazla uğraşma olduğu saptanmıştır.

Yürütülen diğer bir araştırmada AN ve BN tanısı konmuş kişiler ile kontrol grubunun (sağlıklı kişiler) uyumsuz şemaları kıyaslanmış, yeme bozukluğu geliştirenlerin kontrol grubuna kıyasla uyumsuz şemalara daha fazla sahip oldukları bilgisine ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra yeme bozukluğu tanısı almış kişilerde BN olanlar ve AN olanların haklılık şeması puanlarında farklılaşma olduğu belirtilmiştir (Leung ve ark., 1999).

Yapılan bir diğ er araştırmada BN tanısı almış bireylerin yüksek puanlı şemalarının; kusurluluk, başarışsızlık, duyguları bastırma ve öz denetimde yetersizlik alanları olduğu saptanmıştır (Waller ve ark., 2000). BN tanısı almış bireylerin başka bir çalışmada da kusurluluk şema puanlarının daha yüksek çıktığı bilgisine ulaşılmıştır (Meyer, Leung, Feary ve Mann, 2001).

Yapılan bazı araştırmalarda şema alanlarından mükemmeliyetçiliğin AN ve BN’de hakim olabileceği bir alan olduğu düşünülmüştür. Bilhassa AN’li kişilerde kendini değerlendirme algısı gerçeklikle benzerliği olmayan bir boyuttur ve beslenme davranışı, vücut şekli ve kilo üzerinde yıkıcı bir kontrol meydana gelmektedir (Shafran, Cooper ve Fairburn, 2002).

AN’li kişilerin altta yatan yetersizlik ve başarışsızlık inançlarına rağmen çoğunlukla inatçı, üstün başarılı ve mükemmeliyetçi davranışlar sergiledikleri ortak klinik gözlemlerde saptanmıştır (Brewerton ve ark., 1993; Bruch, 1979).

Bir diğ er  alışma, 36 Anoreksiya Nervoza tanısı almış ve yaşları 13 ile 19 arasında olan adölesan kız grubu ile gerçeklemiştir. Çalışmanın sonucunda “sosyal izolasyon” ve “duyguları bastırma” şemalarının yüksekliği dikkat çekmektedir (Damiano ve ark., 2015). Sosyal izolasyon şemasına sahip olan kişiler herhangi bir gruba veya topluluğa ait hissetmemekte veya oraya uyum sağlayamadıklarını düşünmektedirler (Young ve ark., 2003). Yani, AN’li kişilerin yeme davranışı, kilo ve vücutları ile ilgili kaygılarının artmasının beraberinde, ailelerine ve arkadaşlarına olan yakınlığının azalmasını getirdiği görülmektedir (Bruch, 1978; Fairburn ve Harrison, 2003; Garner ve Garfinkel, 1979). Duyguları bastırma şemasına sahip olan kişiler ise fazlasıyla rasyonel olmakta, eleştiriden kaçınmakta ya da dürtü kontrolünü kaybetmemek adına duygularına izin vermekte zorlanmaktadırlar (Young ve ark., 2003). AN’li bireylerde duyguları bastırma şemasının geliştirilmiş olması, bu hastalığın çoğunlukla kontrol ve duygusal sınırlama ile ilişkisinin varlığını gösteren diğ er çalışmalarla da tutarlı olduğu bulunmuştur (Damiano ve ark., 2015; Pryor ve Wiedemann, 1996; Wonderlich ve ark., 2005).

Yapılan çalışmalarda kanıtların çoğu, AN ve BN vakalarındaki uyumsuz şemaların kontrol grubuna kıyasla daha g  cl  olduğu yönünde olmaktadır (Leung ve ark., 2000).

1.3. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri

Türkiye için yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, anne ve baba formları için 10 faktörlü ortak bir yapı meydana getirmiştir (Soygüt ve ark., 2008). 10 faktör aşağıda sıralanmıştır:

- 1.) Sömürücü/İstismar Edici
 - 2.) Aşırı Koruyucu/Evhamlı
 - 3.) Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı
 - 4.) Küçümseyici/Kusur Bulucu
 - 5.) Kuralcı/Kalıplayıcı
 - 6.) Aşırı İzin Verici/Sınırsız Ebeveynlik
 - 7.) Kötümser/Endişeli
 - 8.) Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran
 - 9.) Cezalandırıcı
 - 10.) Koşullu/Başarı Odaklı Ebeveynlik
1. Sömürücü/İstismar Edici

Bu ebeveynlik biçimi, güvenlik ihtiyacını tehdit etmektedir ve güvenlik en temel ihtiyaçlar arasında yer almaktadır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), sömürücü/istismar edici ebeveynlik biçiminin şema modelinde terk edilme ve güvensizlik şemalarıyla bağlantılı olduğu kanısına varmaktadırlar. Bu tipteki anne babalardan dengesiz, güvenilmez, duygusal desteğini esirgeyen, çocuğa uzak olan, onları kötüye kullanan, aşağılayan ya da aldatan ebeveynler olarak söz edilmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

2. Aşırı Koruyucu/Evhamlı

Bu ebeveynlik biçiminde, karşılanmayan ihtiyaç ise özerklik ihtiyacıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), aşırı koruyucu/evhamlı ebeveynlik biçimini şema modelinde dayanıksızlık, bağımlılık/yetersizlik ve iç içe geçme şemaları ile bütünleştirmektedirler. Bu anne babalar çocuğa fırsat tanımadan onlar adına her işi yapmakta, çocuğun tek başına bir şeyler yapma eğilimini küçümsemekte, dünyanın tehlikeli olduğu algısını sürdürmekte ve çocuğunA kendi kararlarına güvenmemeleri gerektiğini öğretmekte, böylece çocuğa ait bir kimliğin oluşmasını engellemektedirler (Young ve Klosko, 2011).

3. Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı

Bu ebeveynlik biçiminin tehdit ettiği ihtiyaç başkaları ile ilişki kurma ihtiyacıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), duygusal bakımdan yoksun bırakıcı ebeveynlik tipini şema modelinde duygusal yoksunluk, kendini feda, hak görme/büyükölük ve iç içe geçme/gelişmemiş benlik şemalarıyla ilişkili olduğu bilgisini vermektedir. Bu anne babalar çocuğa duygusal destek sağlamamaktadır böylece çocuk karşılıklılık kavramını öğrenememekte ve duygularını ifade etme bakımında sınır koymakta güçlük çekmektedir (Young ve Klosko, 2011; Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

4. Küçümseyici/Kusur Bulucu

Bu ebeveynlik biçiminin tehdit ettiği ihtiyaç, kendini ifade etme ve özgüven ihtiyaçlarıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), küçümseyici/kusur bulucu ebeveynlik biçimini şema modelinde başarısızlık, kusurluluk ve boyun eğicilik şemalarıyla ele almaktadırlar. Bu tip anne babalar eleştirmekte, reddetmekte, ihtiyaç veya hislerin dile getirilmesi sonucunda çocuğu cezalandırmakta ve bunun yanında mükemmeliyetçi davranmaktadırlar (Young ve Klosko, 2011).

5. Kuralcı/Kalıplayıcı

Bu ebeveynlik biçiminin tehdit ettiği ihtiyaç, kendiliğindenlik ihtiyacıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), kuralcı/kalıplayıcı ebeveynlik biçimini şema modelinde iç içe geçme/gelişmemiş benlik, yüksek standartlar, duyguları bastırma ve cezalandırıcılık şemaları ile ilgili olduğunu belirtmektedirler. Bu tip anne babalar çocuğun duygularını açığa çıkarmamasını, hata yapmamasını, mükemmel olmak için çaba sarf etmesini talep etmektedirler ve bu konularda çocuğa karşı acımasız ve cezalandırıcı davranmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

6. Aşırı İzin Verici/Sınırsız Ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminin tehdit ettiği ihtiyaç sınırlardır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), aşırı izin verici/sınırsız ebeveynlik biçimi ile şema modelinde yetersiz özdenetim şemasının ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu tip anne babalar çocuğu aşırı serbest bırakmakta, doğru yüzleştirme yapmamakta, çocuğa sorumluluk vermemekte, sınır koymamakta, disiplin sağlayamamaktadır ve çocuğu yönlendirmemektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

7. Kötümser/Endişeli

Bu anne babalık biçiminin tehdit ettiği ihtiyaç kendiliğindenlik ihtiyacıdır (Karaosmanoğlu ve ark., 2008). Kötümser/endişeli anne babalık biçimiyle şema modelindeki karamsarlık şemasını bütünleştirmişlerdir. Kötümser ya da endişeli tip anne Babalar sürekli tetiktedirler ve tetikte olunmadığı zaman her şeyin alt üstü olabileceği algısını çocuğa öğretmektedirler. Bu ebeveynlik biçimi için oyun gibi keyif ve rahatlama sağlayabilecek davranışlara yönelim mümkün olmamakta bunun yerine görevler, kurallar ve sorumluluklar varlığını sürdürmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

8. Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran

Bu ebeveynlik biçiminde tehdit edilen ihtiyaç yine kendiliğindenlik ihtiyacıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), değişime kapalı/duygularını bastıran ebeveynlik biçiminin şema modelindeki duyguları bastırma şemasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu tip anne babalar olumsuz olmayan dürtülerini, düşüncelerini, duygularını ve ihtiyaçlarını söyleyememekte ve olumlu davranışlarını da bastırmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

9. Cezalandırıcı

Bu ebeveynlik biçiminin de tehdit ettiği ihtiyaç diğerleri gibi kendiliğindenlik ihtiyacıdır. Cezalandırıcı anne babalık biçimini şema modelindeki cezalandırıcılık şemasıyla bağlantılı olduğunu belirtmektedirler (Karaosmanoğlu ve ark., 2008). Cezalandırıcı anne babalar empati becerisinden yoksundurlar çocuğu anlamaya çalışmamakta, öfkeli hoşgörüsüz ve tahammülsüz davranmakta, durumların üstü kapatılabilecekken dahi çocuğu cezalandırmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

10. Koşullu/Başarı Odaklı

Bu ebeveynlik biçiminde tehdit edilen ihtiyaç kendi-yönelimli olma ihtiyacıdır. Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008), koşullu/başarı odaklı ebeveynlik biçimini şema modelindeki onay arayıcılık şemasıyla ilişkilendirmektedirler. Bu tip anne babalar çocuğun hislerini ve ihtiyaçlarını koşullu saygı ya da koşullu kabul ile yanıtlamaktadır ve çocuk ebeveynlerinden onay almak için kendi benliklerinin önemli taraflarını baskılamak durumunda kalmaktadır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012).

1.3.1. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri , Yeme Tutumları ve Yeme Bozuklukları

Ebeveynle çocuk arasında kurulan ilişkiler ve erken dönem yaşantılar işlevsel olmayan yeme davranışlarının oluşumunda ve ilerlemesinde etkili bir unsur olabilmektedir (Tetley ve ark., 2014).

Yeme bozuklukları ile yürütülen bir çalışmada, bu hastalığın tanısını almış kadınlarda genel psikopatoloji ve algılanan ebeveynlik tarzlarının ilişkisi incelenmiştir. Yeme bozukluğu geliştiren kadınlarda baba figüründe cezalandırıcılık, kötümserlik ve kontrol edicilik anne figüründe ise kontrolcülük değişkenlerinin yordayıcı olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Sheffieldve ak., 2006).

Bir başka çalışmada ise; ebeveynin aşırı koruyucu, kayıtsız ve ilgisiz olduğu ve yine ebeveynin yüksek beklentili, aşırı eleştirici tavır sergilediği ailelerde yetişen çocuklarda yeme bozukluğu geliştirmenin etkisi saptanmıştır (Le Grange ve ark., 2009). Bu tip ailelerde yetişen çocuklar ebeveynlerinin kendilerinden aşırı seviyede ve birçok alanda başarı beklediğini, fazlasıyla eleştiriye maruz kaldıklarını ve aileleri tarafından anlayışla karşılanmadıklarını bildirmektedirler (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Yeme bozukluğu geliştiren bireyler sıklıkla ebeveynleri tarafından uygulanan aşırı baskı ve kontrol altına alınmanın onları özerklik duygusundan eksik bıraktığını belirtmektedirler (Köroğlu, 2009).

Viesel ve Allan'ın (2014), yaptıkları gözden geçirme araştırmasında 17 çalışma ele alınmıştır. YB tanılı kişilerin aile işlevlerinin, kontrol grubunun aile işlevlerine oranla daha kötü olduğunu saptamışlardır. Yeme bozukluğu tanısı alan hastalar tutarlı bir biçimde ebeveynlerinden ya bir tanesini ya da her ikisini de işlevsiz olarak değerlendirmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak YB'nin gelişiminde önleyici faktör olan olarak olumlu aile ilişkilerinin bildirildiği araştırmalar da mevcuttur (Cordero ve Israel, 2009; Graber ve ark., 1994).

Deas ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada AN tanılı kişiler, depresyon veya kaygı bozukluğuna sahip kişilerle ve sağlıklı kontrol grubu ile algılanan ebeveynlik biçimleri bakımından karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda her iki karşılaştırma grubuna göre AN tanılı kişilerin anne babalarını ilgi bakımından daha az kontrol bakımından ise daha fazla algıladıkları saptanmıştır.

Yapılan çalışmaların ışığında algılanan ebeveynlik biçimlerinin yeme bozukluğunun oluşumu ve ilerlemesinde etkisinin olduğundan söz edilebilir fakat literatüre bakıldığında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.4. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yeme Tutumu İle İlgili Yapılan Yurt İçi ve Yurt Dışı Çalışmalar

Yapılan literatür taramasında yeme bozukluklarının erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik biçimleri değişkenleri ile ilişkisini araştıran çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla iki değişkenden birinin yeme bozukluğuyla ilişkisini araştıran çalışmalara daha fazladır ve bu araştırmalara ‘Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yeme Tutumu - Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ve Yeme Tutumu’ bölümlerinde yer verilmiştir.

Turner, Rose ve Cooper (2005) yürüttükleri çalışmada, adölesanlara karşı anne babadan gelen abartılı ilgi ve anne tarafından gösterilen fazla korumacı davranışlarının yeme bozukluğu belirtilerini yordadığını ileri sürmektedir. Aynı zamanda yeme bozukluklarının gelişiminde kusurluluk şeması ve iç içe geçme/bağımlılık şemasının da etkisinin olduğunu ve bu iki şemanın ebeveyne bağlanma ve yeme davranışı arasındaki ilişkide de etkin bir rol oynadığını saptamaktadırlar. Kişi ebeveyn tarafından gelen ilginin azalmasına bağlı olarak, kusurlu olduğuna ve önemsemediği bireyler tarafından sevilmediğine inanmaya başlamaktadır. Yani anne baba tarafından gösterilen ilgi eksikliği ya da yine ebeveyn tarafından gelen aşırı koruyuculuk kişinin yeme tutumlarına etki etmekte ve olası bir yeme bozukluğunun gelişmesine de zemin hazırlamaktadır (Turner, Rose ve Cooper, 2005).

Başka bir çalışmada şemalar ile ebeveynlerin tutumlarına yönelik ilişkiler incelenmiş olup, fazla kilolu kadınların olumsuz benlik algısının ideal bedene sahip olan kadınlara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiş ve şema alanlarına bakıldığında duygusal yoksunluğun terk edilmenin ve boyun eğmenin puanlarının daha fazla olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Turner, Rose ve Cooper, 2005).

Olumsuz ebeveynlik deneyimlerinin, yeme bozukluğu ve kaçınma, telafi, teslim gibi uyumsuz şema işleyişinin varlığı ile ilişkili olduğu hipotezini ele almışlardır (Sheffield ve ark., 2009). Daha önce yeme bozukluğu tanısı almış ve iyileşmiş olan 124 kadınla ve 353 kız öğrenci ile çalışılmıştır. Çalışma sonucuna göre klinik olan ve klinik olmayan grupta belli şema işleyişleri belli ebeveynlik algıları ve belli formdaki yeme

patolojisi arasındaki ilişkide aracılık etmektedir. YB tanılı örneklemde bilişsel ve duygusal dışında tüm telafi ve kaçınma puanlarında klinik olmayan örnekleme oranları daha yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir. Yine YB tanılı örneklemde, klinik olmayan örneklem ile karşılaştırıldığında mükemmeliyetçi ebeveynlik haricindeki bütün ebeveynlik algılarında ve yeme bozukluğu skalalarında daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bozuklukların her biri için, ebeveynlik tutumunun tahminleyebildiği şemalar ele alındığında; AN'li bireylerde duygusal yoksunluk, kusurluluk, duygusal baskılama, yüksek standartlar şemalarının anne bakımı eksikliğinden kaynaklandığı; bağımlılık, terk edilme, yetersiz öz denetim şemalarının ise baba bakımı eksikliğinden kaynaklandığı ortaya konmaktadır. Her iki ebeveynin bakım eksikliğinin yordadığı şemanın ise kötüye kullanıma ve suistimal edilme inancı olduğu gözlenmiştir. Kendini feda, babanın bakım eksikliği ve aşırı koruyuculuğunun birlikte yordadığı şema olmaktadır. Bağımlılık, babanın hem bakım eksikliği hem de düşük koruyuculuğunu yordayan şema olmaktadır. Annedeki aşırı koruyuculuğun hiçbir şemayı yordamadığı saptanmıştır. BN'li kişiler ile karşılaştırma grubu için daha az bulgu elde edilmiştir. BN'li kadınlarda annenin bakım eksikliğinin yordadığı şema duygusal yoksunluk olmuştur. Babanın koruyuculuğunun yüksek olması çocukta tehditlere karşı dayanıksızlık şemasını yordamamaktadır. Babanın bakım eksikliğinin ise AN'li gruptaki gibi bağımlılık şemasını yordadığı bulunmuştur. Karşılaştırma grubu değerlendirildiğine ise annenin bakım eksikliğinin şema alanlarından duygusal yoksunluğu ve terk edilme şemasını yordadığı görülmüştür. Annenin yüksek bakımı anoreksiyalı ve bulimialı gruptaki babanın bakım eksikliğinin yordadığı şemanın aynısı olan bağımlılığı yordamaktadır. Anneden algılanan ilginin yoksunluğunda AN tanılı kadınların genetik olarak kusurlu oldukları yönünde inançlara sahip olduklarını ve kendileri için ulaşılması güç standartlar geliştirdiklerini gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Değinilen diğer bir konu ise AN tanılı kişilerin duygusal ihtiyaçlarının hiçbir zaman karşılanamayacak olduğuna inanmaları ve duygularını asla belli etmemeleri gerektiğine yönelik algıları olmuştur.

1.5 Çalışmanın Amacı ve Hipotezler

Bu araştırmada incelenen, yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan ve taşımayan kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları ve algılanan ebeveynlik stilleri açısından

farklılaşp farklılaşmadığıdır. Değişkenlerin yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmak çalışmanın bir diğer amacıdır. Erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stillerinin hem kadınlarda hem de erkeklerde yeme bozukluğu tanısı olmaksızın yeme tutumlarını etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir;

- 1.) Yeme tutumu veya yeme bozukluğu geliştirme riski, kadınlarda erkeklerden daha fazladır.
- 2.) Diyetisyene başvuran katılımcıların erken dönem uyumsuz şemaları ve algılanan ebeveynlik stilleri diyetisyene başvurmayan kişilere göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- 3.) Yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan kişiler yeme bozukluğu geliştirme riski taşımayan kişilere göre anlamlı bir şekilde daha şiddetli erken dönem uyumsuz şemalara sahiptir.
- 4.) Yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan kişiler yeme bozukluğu geliştirme riski taşımayan kişilere oranla hem annenin hem de babanın ebeveynlik biçimlerine ilişkin anlamlı bir şekilde daha fazla olumsuzluk algılamaktadırlar.
- 5.) Erken dönem uyumsuz şemalar yeme tutumunu anlamlı bir şekilde yordamaktadır.
- 6.) Algılanan ebeveynlik stilleri yeme tutumunu anlamlı bir şekilde yordamaktadır.
- 7.) Yeme tutumları ile erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stilleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın modeli, Gözlemsel (Tanımlayıcı) Araştırmalar'dan Korelasyon Çalışması'dır.

2.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem

Araştırma İstanbul ilinde 02.2020 - 02.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, yeme tutumunun erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stilleri ile ilişkisini incelemek amacıyla, diyetisyen başvuru olan ve olmayan 18-40 yaş arasında değişen kadın ve erkeklerden oluşmuştur. Araştırma hem yüz yüze anket tekniği ile hem de sanal ortamda anket tekniği ile yürütülmüştür. Araştırmanın doğruluğunu ve güvenilirliğini sağlamak için örneklem hesabı yapıldığında evren 384 kişi olarak bulunmuştur. Veri girişleri sırasında tespit edilen, anketi yarım bırakma vs. gibi sebeplerden dolayı toplamda 72 kişinin cevapları çalışmaya dahil edilmemiştir ve geriye kalan katılımcıların toplam sayısı 374'tür. Örneklem hesabı şu şekilde yapılmıştır:

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki X'in gözlenme oranı, q (1-p): X'in gözlenmeme oranı

t_{α} : $\alpha = 0.05$ iken 1.96, $\alpha = 0.01$ iken 2.58 ve $\alpha = 0.001$ iken 3.28 değeri

d= Örneklem hatası

Evrendeki birey sayısı bilinmiyorsa;

$p = 0,50$

$q = 0,50$

$d = 0,05$ ve

$t_{1-\alpha} = 1,96$ değerlerini yerine koyduğumuzda

$n \approx 384$ olarak hesaplanmaktadır.

Araştırmanın örneklemine ilişkin sosyo-demografik bilgiler kişi sayısı (n) ve yüzdelik (%) değerler olarak Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	225	60,2
	Erkek	149	39,8
Medeni durum	Evli	108	28,9
	Bekar	266	71,1
Eğitim	Lise	90	24,1
	Üniversite	246	65,8
	Yüksek Lisans/Doktora	38	10,2
Anne eğitimi	Okur-yazar	8	2,1
	İlk Öğretim	11	2,9

	Orta Öğretim	139	37,2
	Lise	160	42,8
	Üniversite	55	14,7
	Yüksek lisans /Doktora	1	0,3
Baba eğitimi	Okur-yazar	2	0,5
	İlk Öğretim	3	0,8
	Orta Öğretim	99	26,5
	Lise	180	48,1
	Üniversite	86	23,0
	Yüksek lisans/Doktora	4	1,1
Anne özlük	Öz	372	99,5
	Üvey	2	0,5
Anne yaşam	Hayatta	368	98,4
	Hayatta Değil	6	1,6

Baba özlük	Öz	373	99,7
	Üvey	1	0,3
Baba yaşam	Hayatta	338	90,4
	Hayatta Değil	36	9,6
Şu andaki ilişki durumu	Yok	154	41,2
	Var	220	58,8
İlişki var ise düzeyi	Flört	79	35,9
	Söz/Nişan	34	15,5
	Evli	107	48,6
Toplam		374	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin %60,2'sinin kadın, %39,8'inin erkek olduğu; %28,9'unun evli %71,1'inin bekar olduğu; %24,1'inin lise, %65,8'inin üniversite ve %10,2'sinin ise yüksek lisans/doktora düzeyinde mezun olduğu görülmektedir.

Anne eğitimi düzeyi değerlendirildiğinde %2,1'inin okur-yazar, %2,9'unun ilk öğretim, %37,2'sinin orta öğretim, %42,8'inin lise, %14,7'sinin üniversite ve %0,3'ünün ise yüksek lisans/doktora üzerinde eğitilmiş; babaların %0,5'inin okur-yazar, %0,8'inin ilk öğretim, %26,5'inin orta öğretim, %48,1'inin lise, %23'ünün üniversite ve %1,1'inin ise yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitilmiş olduğu görülmektedir.

Kişilerin %99,5'inin annesi öz ve %98,4'ünün hayatta olduğu; %99,7'sinin babası öz ve %90,4'ünün ise babasının hayatta olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin %41,2'sinin şu anda bir ilişkisinin olmadığı, %58,8'inin ise ilişkisi olduğu; ilişkisi olan kişilerin %35,9'unun flört, %15,5'inin söz/nişan ve %48,6'sının ise ilişki düzeylerinin evli olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Antropometrik Ölçümlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Cinsiyet					
	Kadın			Erkek		
	SS	Min.-Maks		SS	Min.-Maks.	
Yaş	26,79	5,20	19-43	28,48	5,04	19-42
Kilo (kg)	59,74	5,20	38-102	84,36	14,49	47-120
Boy (cm)	164,42	6,41	150-190	179,16	6,54	160-193
BKİ (kg/m ²)	22,07	3,54	15,6-38,4	26,23	4,05	16,3-39,2

Araştırmada kadın ve erkeklerin antropometrik ölçümlerin tanımlayıcı istatistikleri değerlendirildiğinde, kadınların ortalama yaşı 26.79 yıl, ortalama kilosu 59.74 kg, ortalama boyu 164.42 cm ve ortalama BKİ değeri ise 22.07 kg/m² olarak; erkeklerin ortalama yaşı 28.78 yıl, ortalama kilosu 84.36 kg, ortalama boyu 179.16 cm ve ortalama BKİ değeri ise 26.23 kg/m² olarak görülmektedir.

Tablo 3: Yeme Tutumuyla İlgili Olduğu Düşünülen Bazı Değişkenlerin Değerler

Şu anki kilo için değerlendirme	n	%
Zayıf	29	7,8
Normal	217	58
Şişman	128	34,2
Toplam	374	100,0
Bedensel memnuniyet	n	%
Evet	116	31,0
Kısmen	192	51,3
Hayır	66	17,6
Toplam	374	100,0
Kilo ile ilgili yapılanlar	n	%

Hiçbir şey yapmıyorum	170	45,5
Kilo vermeye çalışıyorum	178	47,6
Kilo almaya çalışıyorum	26	7,0
Toplam	374	100,0
Kilo için diyetisyene başvurma	n	%
Evet	187	50
Hayır	187	50
Toplam	374	100,0
Daha önce psikiyatrik tanı durumu	n	%
Evet	52	13,9
Anksiyete B.	13	25,0
OKB	12	23,1
DEHB	6	11,5
Depresyon	5	9,6

Panik Bozukluk	3	5,8
Diğer (Bipolar, Bulimia, FibromiyALJİ)	3	5,8
Belirtilmemiş	10	19,2
Hayır	322	86,1
Toplam	374	100,0

Kişilerin %7,8'inin şu anki kilolarının zayıf, %58'inin normal ve %34,2'sinin ise şişman olduğu; kişilerin %31,1'inin beden durumlarından memnun olduğu, %51,3'ünün kısmen memnun olduğu ve %17,6'sının ise bedensel durumlarından memnun olmadığı; kişilerin %47,6'sının kilo vermeye çalıştığı, %6,9'sunun kilo almaya çalıştığı bununla birlikte %45,5'inin ise kilolarıyla ilgili hiçbir şey yapmadığı görülmektedir.

Kişilerin %50'sinin kiloları için diyetisyene başvurduğu; %13,9'unun daha önce psikiyatrik tanı durumu olduğu ve tanısı olan kişilerin %25'inde anksiyete, %23,1'inde obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %11,5'inde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %9,6'sında depresyon, %5,8'inde panik bozukluk olduğu görülmektedir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada toplam 4 ölçme aracından yararlanılmıştır. Katılımcıların yeme tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla Yeme Tutum Testi (YTT), erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi amacıyla Young Şema Ölçeği - Kısa Form3 (YSÖ-KF3), algılanan ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi amacıyla ise Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ) kullanılmıştır. Bunların dışında katılımcılardan sosyo-

demografik bilgilere ve yeme tutumuyla ilgili olduğu düşünölen bazı bilgilere ulaşmak için Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılara ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, boy uzunluğu, beden ağırlığı, beden memnuniyeti, psikiyatrik bir tanı alıp almadığı ve buna benzer kişisel bilgiler içeren bazı soruları içermektedir. Ayrıca bu form, katılımcıların ebeveynlerine yönelik sosyodemografik bilgileri edinmeyi sağlayan soruları da içermektedir.

2.3.2. Yeme Tutum Testi - YTT (The Eating Attitude Test)

Kişilerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozulmaları değerlendirmek amacıyla Garner ve Garfinkel tarafından 1979'da geliştirilen Yeme Tutum Testi özellikle anoreksik yeme semptomlarını araştıran bir kendini bildirim ölçeğidir. Ölçek klinik değerlendirmede daha detaylı bilgi sağlamak, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri saptamak ve bununla birlikte tanı konulmamış ancak yeme bozukluğu riski taşıyan bireyleri belirlemek amacıyla tarama aracı olarak da sıklıkla kullanılmaktadır (Garner ve Garfinkel, 1980; akt., Savaşır ve Erol, 1989). Ölçeğin orijinal formunun anoreksiyalı bireyler için Cronbach alpha değeri .79, bu grup normal grupla birlikte alındığında ise güvenirlik alpha katsayısı .94 olarak bildirilmiştir. Bireylerin yeme tutumlarını 40 madde üzerinden değerlendirdikleri bu öz bildirim ölçeği iki ucu "daima" ve hiçbir zaman" olan 6'lı likert tipi ölçekte puanlanmaktadır. Ölçek maddesinden alınan en yüksek puan „3“, en düşük puan „0“ olmak üzere alınan puanlar 0-3 aralığındadır. Değerlendirme için patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre puanlama yapılmaktadır. Buna göre ölçekte yer alan 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 numaralı sorular için „bazen“ yanıtı 1, „nadiren“ yanıtı 2, „hiçbir zaman“ yanıtı ise 3 puan olarak değerlendirilirken diğer yanıtlar 0 puan almaktadır. Ölçekteki diğer tüm maddeler için ise daima, çok sık ve sık sık seçenekleri sırasıyla 3, 2 ve 1 puan olarak değerlendirilirken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Tüm sorulara verilen puanların toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmekte ve toplam puandaki artış yeme tutumlarındaki bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal

formunda bozulmuş yeme örüntüsü riskinin saptanması için kesme noktası 30 puan olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması ve standardizasyonu Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. Testin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı .70; test tekrar test güvenilirlik Pearson Momentler çarpımı korelasyon değeri .65 olarak bildirilmiştir. Yapı geçerliliğine ilişkin şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme olmak üzere 4 faktör elde edilmiştir. Bununla birlikte ölçeğin toplam puanı yeme tutumlarındaki genel bozulmanın olup olmadığını yansıtmaktadır. Türkiye örneklemini için ölçeğin orijinal formunda belirtildiği gibi (30 puan kesme noktası) bir kesme puanı belirlenmemiştir. Ölçek, bozulmuş yeme tutumu ve davranışlarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir test olarak araştırmacıların kullanımına sunulmuştur.

2.3.3. Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3 -YŞÖ-KF3 (Young Schema Questionnaire-Short Form 3)

Young'ın Şema Terapi modelinde sunduğu kısa formdaki şema alanları ise Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık olarak 5 başlık altında toplanmıştır. Bu alanların alt boyutları ise sırasıyla; Terk Edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklik, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık şeklinde isimlendirilmiştir. Bu ölçeğin ilk versiyonu 1990 yılında geliştirilmiştir. Young ve Brown tarafından geliştirilen bu ölçekte 205 madde ve 16 şema bulunmaktaydı ancak 1994 yılında bu 205 madde sayısı 75'e düşürülmüş ve şema sayısı da 15 olarak belirlenmiştir. 2003 yılında ise şu anda kullanımda olan 3. versiyonu geliştirilen ölçeğe karamsarlık, cezalandırıcılık ve onay arayıcılık şemaları eklenerek şema sayısı 18'e yükseltilmiş, madde sayısı ise 90 olarak belirlenmiştir (Young, 2005). 90 maddeden oluşmakta olan ölçeği katılımcılar, 6'lı Likert ile (1=Benim için tamamıyla

yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) puanlamaktadırlar. Her alt ölçek 5 maddeden oluştuğu için alt ölçeklerden alınan puan 5-30 arasında değişmektedir.

Karaosmanoğlu ve arkadaşları (2009) tarafından ülkemizde bu ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış olup toplamda 5 şema alanına ulaşılmış ve 14 şema boyutu tanımlanmıştır. Bu çalışma sonucunda şema alanları; Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğer Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar olarak tespit edilmiştir ve toplam madde sayısı 90 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonu için sürdürülen geçerlik-güvenirlik çalışmasında (Soygüt ve ark., 2009) ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin, şema boyutları için $r = .66 - .82$, şema alanları için, $r = .66 - .83$ arasında değiştiği bulgusuna ulaşılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının da şema boyutları için $\alpha = .63 - .80$, şema alanları için $\alpha = .53 - .81$ arasında değiştiği sonucunu elde etmişlerdir. Bu çalışmada, tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Young Ebeveynlik Ölçeği- YEBÖ (Young Parenting Inventory)

Young ebeveynlik ölçeği klinik deneyimler göz önünde bulundurularak tasarlanmış ve 17 olumsuz temel inancın potansiyel kökenlerini belirlemeyi hedeflemektedir. Ölçek toplamda 72 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler Likert ölçeğine göre derecelendirilmiştir. Ters puanlanan duygusal yoksunluk ölçeği haricinde 72 maddeden oluşmakta olan ölçeği katılımcılar, 6'lı Likert ile (1=Onun için tamamıyla yanlış, 6=Onu mükemmel şekilde tanımlıyor) şeklinde puanlamaktadırlar.

Her madde 17 olumsuz temel inançla ilgili ebeveyn davranışlarını yansıtır ve bu inançlar sırasıyla; duygusal yoksunluk (kişinin duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanmayacağı inancı), terk edilme (yakın ilişkiler her zaman sona erer inancı), güvensizlik (başkalarından yararlanılacak veya başkaları tarafından istismara uğrayacaktır), dayanıksızlık (kişinin hastalık veya felaket tehditleri üzerinde kontrolü yoktur), kusurluluk (kişi doğası gereği kusurludur), başarısızlık (kişi başarılı olmaktan acizdir), boyun eğicilik (kişinin görüşleri, arzuları ve hisleri diğerlerinininki kadar önemli değildir), fedakarlık (kişi her zaman başkalarına öncelik vermelidir), bağımlılık / yetersizlik (kişi bağımsız değildir ve günlük işleriyle baş edemez), yüksek standartlar (aşırı derecede yüksek standartlara ulaşmak gerektiğine dair inançlar), hak

görme/büyüklik (kişinin başkalarını dikkate almadan her şeye hakkı olduğuna dair inançları), yetersiz öz denetim (kişi dürtülerini veya duygularını kontrol edemez), iç içe geçme/gelişmemiş benlik, karamsarlık (hiçbir şey asla istediği gibi olmayacağı inancı), duyguları bastırma (kişi duyguları saklamalıdır), cezalandırma (kişi daima cezalandırılacaktır), sosyal izolasyon/yabancılaşma ve onay arayıcılık (başkalarından onay alma isteği).

Ölçeğin Türkçe formunun kabul edilebilirliği, Soygüt ve arkadaşları (2008) tarafından, 994 katılımcı ile yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ele alınmıştır. Türkçe uyarlamasında, hem anne (YEBÖ-A) hem de baba (YEBÖ- B) formları için 10 faktörlü ortak bir yapıya ulaşılmıştır. 10 farklı ebeveyn boyutu şu şekilde belirtilmektedir; Kuralcı/Kalıplayıcı, Küçümseyici/Kusur Bulucu, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Sömürücü/İstismar Edici, Aşırı Koruyucu/Evhamlı, Koşullu/Başarı Odaklı, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Kötümser/Endişeli, Cezalandırıcı ve Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran Ebeveynlik. Ölçeğin güvenirlik çalışması çerçevesinde yapılan test-tekrar test ve iç tutarlılık analizleri sonucu kabul edilebilir düzeylerde anlamlı katsayılara ulaşılmıştır. İç tutarlılık katsayıları hem anne hem baba formunda genel toplamda $\alpha=.90$ olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında iç tutarlılık katsayıları YEBÖ-A için $\alpha=.53-.86$, YEBÖ-B için $\alpha=.61-.89$ arasındadır. Bunların yanında Spearman-Brown yöntemiyle hesaplanan yarıya bölme güvenirliği YEBÖ-A için .82, YEBÖ-B için ise .83 olarak hesaplanmıştır (Sheffield ve ark., 2005).

2.3. İşlem

Okan Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından alınan onay sonrasında ölçekler katılımcılara Kasım 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında uygulanmaya başlanmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak, uygulamaya araştırmacının çabasıyla katılan katılımcılara, uygulamanın başında hem sözlü hem de yazılı (Bilgilendirilmiş Onam Formu) (bkz. Ek1) olarak bilgi verilmiştir. Diyet merkezlerinden ve spor salonlarından ulaşılan katılımcılar ise ölçekler dağıtıldıktan sonra, uygulamaya ilişkin bilgiye Bilgilendirilmiş Onam Formu'ndan yazılı olarak ulaşmıştır. Katılımcıların bir kısmına ise internet üzerinden online anket sistemi (survey) ile ulaşılmıştır. Katılımcılara

Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi, Young Şema Ölçeği ve Young Ebeveynlik Ölçeği uygulanmıştır. Hazırlanan ölçeklerin tamamlanması ortalama 30 dakikadır.

2.4. İstatiksel Analiz

Çalışmada istatistiksel programlardan olan SPSS v26.0 kullanılmıştır.

Kullanılan testler,

Normallik testi (Kolomogorov Smirnov)

Tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler)

Bağımsız grup karşılaştırması (Bağımsız örneklem t testi, One-Way ANOVA)

Pearson Korelasyon analizi

Güvenilirlik analizi (Cronbach's alpha)

Regresyon analizi

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda normallik varsayımları sağlandığından parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi sonucu kullanılmıştır. ANOVA testi için varyans homojenliği için Levene testi ve grup farklılıkları için ise varyans homojenliği sağlanıyorsa ($p \geq 0.05$) Tukey HSD, varyans homojenliği sağlanmıyor ise ($p < 0.05$) Tamhane çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler tarafından yordanmasına ilişkin çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha katsayısı kullanılmıştır. Tüm test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde, ölçme araçları aracılığı ile elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçları sunulmuştur.

Tablo 4: Yeme Tutum Testi ve Young Şema Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	N		SS	Minimum	Maksimum
Yeme Tutum Testi	374	22,18	13,18	5	90
Young Şema					
Duygusal Yoksunluk	374	9,26	5,06	5	27
Başarısızlık	374	12,80	6,31	5	32
Karamsarlık	374	12,46	5,69	4	29
Sosyal İzolasyon	374	17,09	6,87	7	42
Duyguları Bastırma	374	12,22	5,61	5	29

Onay Arayıcılık	374	21,95	6,68	6	36
Bağımlılık	374	16,88	7,25	7	44
Ayrıcalıklılık	374	24,59	6,99	7	40
Kendini Feda	374	15,63	5,71	4	30
Terk Edilme	374	9,33	4,47	5	27
Cezalandırıcılık	374	19,73	6,1	6	36
Kusurluluk	374	9,48	4,64	5	29
Hastalık Karşısında Dayanıksızlık	374	12,26	5,35	5	29
Yüksek Standartlar	374	9,93	4,33	3	18

Araştırmada kişilerin yeme tutumu testi ve young şema ölçeği alt boyut puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde; yeme tutumu testi ortalama puanı 22.18 olarak görülmektedir.

Young şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk ortalama puanı 9.26, başarısızlık ortalama puanı 12.8, karamsarlık ortalama puanı 12.46, sosyal izolasyon ortalama puanı 17.09, duyguları bastırma ortalama puanı 12.22, onay arayıcılık ortalama puanı 21.95, bağımlılık ortalama puanı 16.88, ayrıcalıklılık ortalama puanı 24.59, kendini feda ortalama puanı 15.63, terk edilme ortalama puanı 9.33, cezalandırıcılık ortalama

puanı 19.73, kusurluluk ortalama puanı 9.48, hastalık karşısında dayanıksızlık ortalama puanı 12.26 ve yüksek standartlar ortalama puanı ise 9.93 olarak görülmektedir.

Tablo 5: Young Ebeveyn Ölçek Alt Boyut Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		N		SS	Minimum	Maksimum
Anne	Kuralcı /Kalıplayıcı	374	32,07	13,26	12	72
	Koşullu /Başarı Odaklı	374	16,89	6,25	5	30
	Küçümseyici	374	14,46	7,40	9	43
	Aşırı İzin Verici	374	10,68	4,79	6	36
	Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	374	38,68	8,58	9	76
	Kötümser	374	7,66	3,98	3	18
	Sömürücü	374	8,00	2,95	6	36
	Cezalandırıcı	374	8,56	3,55	4	24
	Aşırı Korumacı	374	23,32	7,24	7	42
	Değişime Kapalı	374	8,74	3,81	3	18

Baba	Kuralcı /Kalıplayıcı	374	32,29	13,70	12	72
	Koşullu /Başarı Odaklı	374	16,39	6,42	5	30
	Küçümseyici	374	15,15	8,98	8	54
	Aşırı İzin Verici	374	10,71	5,40	6	36
	Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	374	34,84	10,60	8	48
	Kötümser	374	7,33	3,87	3	18
	Sömürücü	374	8,94	4,34	6	41
	Cezalandırıcı	374	9,11	4,03	3	24
	Aşırı Korumacı	374	19,96	6,43	7	42
	Değişime Kapalı	373	9,37	4,03	2	18

Araştırmada kişilerin young ebeveyn ölçeği alt boyut puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde;

Anne için kuralcı/kalıplayıcı ortalama puanı 32.07, koşullu/başarı odaklı ortalama puanı 16.89, küçümseyici ortalama puanı 14.46, sınırsız ortalama puanı 10.68, yoksun bırakıcı ortalama puanı 38.68, kötümser ortalama puanı 7.66, sömürücü ortalama puanı

8.0, cezalandırıcı ortalama puanı 8.56, aşırı koruyucu ortalama puanı 23.32 ve değişime kapalı ortalama puanı ise 8.74 olarak görülmektedir.

Baba için kuralcı/kalıplayıcı ortalama puanı 32.29, koşullu/başarı odaklı ortalama puanı 16.39, küçümseyici ortalama puanı 15.15, sınırsız ortalama puanı 10.71, yoksun bırakıcı ortalama puanı 34.84, kötümser ortalama puanı 7.33, sömürücü ortalama puanı 8.94, cezalandırıcı ortalama puanı 9.11, aşırı koruyucu ortalama puanı 19.96 ve değişime kapalı ortalama puanı ise 9.37 olarak görülmektedir.

Tablo 6: Yeme Tutumu Testi, Young Şema ve Young Ebeveyn Ölçek Alt Boyutlarına Ait Normallik Dağılımı Analizi

		Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çapıklık)	Kurtosis (Basıklık)
		Test İstatistiği	Sd.	p		
Yeme Tutum Testi		0,137	373	0,000	0,796	-0,116
Young Şema	Duygusal Yoksunluk	0,199	373	0,000	1,348	1,174
	Başarısızlık	0,157	373	0,000	1,053	0,324
	Karamsarlık	0,102	373	0,000	0,543	-0,399
	Sosyal İzolasyon	0,105	373	0,000	0,751	0,267
	Duyguları Bastırma	0,104	373	0,000	0,612	-0,399

	Onay Arayıcılık	0,057	373	0,006	0,009	-0,505
	Bağımlılık	0,130	373	0,000	1,075	0,735
	Ayrıcalıklılık	0,052	373	0,018	-0,088	-0,421
	Kendini Feda	0,065	373	0,001	0,273	-0,472
	Terk Edilme	0,166	373	0,000	1,065	0,560
	Cezalandırıcılık	0,057	373	0,005	-0,126	-0,275
	Kusurluluk	0,219	373	0,000	1,782	3,067
	Hastalık Karşısında Dayanıksızlık	0,088	373	0,000	0,655	0,092
	Yüksek Standartlar	0,093	373	0,000	0,148	-0,969
Young Ebeveyn (Anne)	Kuralcı Kalıplayıcı	0,076	373	0,000	0,681	0,005
	Koşullu Başarı Odaklı	0,053	373	0,014	0,188	-0,604
	Küçümseyici	0,230	373	0,000	1,703	1,330
	Aşırı İzin Verici	0,165	373	0,000	1,357	1,240

	Yoksun Bırakıcı	0,135	373	0,000	-1,010	1,047
	Kötümser	0,135	373	0,000	0,806	-0,058
	Sömürücü	0,437	373	0,000	1,715	1,599
	Cezalandırıcı	0,137	373	0,000	1,188	1,033
	Aşırı Koruyucu	0,061	373	0,002	0,309	-0,310
	Değişime Kapalı	0,131	373	0,000	0,540	-0,373
Young Ebeveyn (Baba)	Kuralcı Kalıplayıcı	0,078	373	0,000	0,650	-0,232
	Koşullu Başarı Odaklı	0,076	373	0,000	0,252	-0,683
	Küçümseyici	0,245	373	0,000	1,950	1,467
	Aşırı İzin Verici	0,191	373	0,000	1,596	2,707
	Yoksun Bırakıcı	0,125	373	0,000	-0,854	-0,107
	Kötümser	0,132	373	0,000	0,813	-0,023
	Sömürücü	0,375	373	0,000	1,427	1,243
	Cezalandırıcı	0,144	373	0,000	1,076	1,184

Aşırı Koruyucu	0,089	373	0,000	0,464	0,306
Değişime Kapalı	0,105	373	0,000	0,366	-0,687

Araştırmada kadınların yeme tutum testi, young şema ve young ebeveyn ölçek puanlarına ait normallik dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildiğinde; veriler normal dağılım göstermemiştir ($p<0.05$). Ancak puanların normal dağılım göstermemesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 arasında olmasından dolayı yeme tutum testi, young şema ve young ebeveyn ölçek puanlarına ait verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Tablo 7: Yeme Tutum Testi Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet				t	p
	Kadın (n=225)		Erkek (n=149)			
	SS	SS	SS	SS		
Yeme Tutum Testi	22,12	13,20	22,27	13,19	-0,103	0,918

Bağımsız örneklem t testi, * $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$, *** $p\leq 0.001$

Araştırmaya katılan kişilerin yeme tutum testi puanı cinsiyete göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde yeme tutum testi ortalama puanı kişilerin cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 8: Yeme Tutum Testi Puanlarının Yaş Faktörüne Göre Karşılaştırılması

Yeme Tutum Testi	Yaş				
	N		SS	t	p
Risk yok	275	27,32	5,34	-0,867	0,386
Risk Var	99	27,85	4,79		

Bağımsız örneklem t testi

Araştırmada kişilerin yaşları yeme tutumu geliştirme riskine göre değerlendirildiğinde, yeme tutumu geliştirme riski olan ve olmayan kişilerin yaşları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($t(372): -0.867, p>0.05$).

Tablo 9: Yeme Tutum Testi Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Eğitim durumu	F	p
---------------	---	---

	Lise (n=90)		Üniversite (n=246)		Y.Lisans/Dr (n=38)			
	SS		SS		SS			
Yeme Tutum Testi	21,27	13,13	22,69	13,14	21,08	13,69	0,529	0,589

Yeme tutum testi puanları kişilerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10: Yeme Tutum Testi Puanlarının Bedensel Görünüş Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması

	Bedensel memnuniyet						F	p
	Evet (n=116)		Kısmen (n=192)		Hayır (n=66)			
	SS		SS		SS			
Yeme Tutum Testi	16,00	11,09	22,40	12,84	32,41	10,96	39,388	0,000***

Araştırmaya katılan kişilerin yeme tutum testi puanı bedensel memnuniyet düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde;

Yeme tutum testi ortalama puanı kişilerin bedensel memnuniyet düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(2,371): 39.388, p \leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi bedensel memnuniyet düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, bedensel görüşlerinden memnun olmayan olan kişilerin yeme tutumu ortalama puanı anlamlı olarak bedensel görüşlerinden memnun olan ve kısmen memnun olan olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo : Yeme Tutum Testi Puanının Kişilerin Vücut Algısı Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

	Vücut algısı						F	p
	Zayıf (n=29)		Normal (n=217)		Şişman (n=128)			
	<u>X</u>	SS	<u>X</u>	SS	<u>X</u>	SS		
Yeme Tutum Testi	17,00	8,83	18,77	12,56	29,14	12,23	31,894	0,000****

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmaya katılan kişilerin yeme tutum testi puanı vücut algısı düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde,

Yeme tutum testi ortalama puanı kişilerin vücut algısı düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(2,371): 31.894, p \leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi vücut algısı düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, vücut algısı şişman olan kişilerin yeme tutumu ortalama puanı ($\bar{X}: 29.14, SS: 12.23$) anlamlı olarak vücut algısı zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Şu Anki Kilo Değerlendirmesi ile Beden Ağırlığını Değiştirme Çabası Arasındaki İlişki Analizi Karşılaştırması

Şu anki kilo değerlendirme		Kilo ile ilgili yapılanlar			χ^2 (p)
		Hiçbir şey yapmıyorum	Kilo vermeye çalışıyorum	Kilo almaya çalışıyorum	
Zayıf	n	9	1	19	236,164 (0,000***)
	%	5.3	0.6	73.1	
Normal	n	135	75	7	
	%	79.4	42.1	26.9	
Şişman	n	26	102	0	
	%	15.3	57.3	0.0	

Ki-kare ilişki testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmada kişilerin şu anki kilo değerlendirmesi ile beden ağırlığını değiştirme çabası arasındaki ilişki durumu ki-kare ilişki testi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir

ilişki vardır (χ^2 : 236.164, $p \leq 0.001$). Kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayanların %79,4'ünün kilolarının normal, kilo vermeye çalışan kişilerin %57,3'ünün kilosunun şişman olduğu, kilo almaya çalışan kişilerin ise %73,1'inin kilolarının zayıf olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Beden Görünüş Memnuniyeti ile Beden Ağırlığını Değiştirme Çabası Arasındaki İlişki Analizi Karşılaştırması

Bedensel memnuniyet		Kilo ile ilgili yapılanlar			χ^2 (p)
		Hiçbir şey yapmıyorum	Kilo vermeye çalışıyorum	Kilo almaya çalışıyorum	
Evet	N	95	18	3	100,770 (0,000***)
	%	55.9	10.1	11.5	
Kısmen	N	64	108	20	
	%	37.6	60.7	76.9	
Hayır	N	11	52	3	
	%	6.5	29.2	11.5	

Ki-kare ilişki testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmada kişilerin şu anki kilo değerlendirmesi ile bedensel görünüş memnuniyeti arasındaki ilişki durumu ki-kare ilişki testi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki vardır (χ^2 : 100.770, $p \leq 0.001$). Kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayan kişilerin %55,9'unun bedensel görünüşlerinden memnun, %37,6'sının kısmen memnun olduğu; kilo vermeye çalışan kişilerin %60,7'sinin bedensel görünüşlerinden kısmen memnun olduğu ve kilo almaya çalışan kişilerin %76,9'unun bedensel görünüşlerinden kısmen memnun oldukları görülmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların BKİ dağılımı

BKİ	n	%
Zayıf	84	22,5
Normal	148	39,6
Hafif Şişman	114	30,5
Şişman (obez)	24	6,4
Morbid obez	4	1,1
Toplam	374	100,0

Araştırmada kişilerin beden kitle indeks (BKİ) dağılımı değerlendirildiğinde %22,5'inin zayıf, %39,6'sının normal, %30,5'inin hafif şişman, %6,4'ünün şişman (obez) ve %1,1'inin ise morbid obez olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Yeme Tutumuyla İlgili Olduğu Düşünülen Bazı Değişkenlerin BKİ'ye Göre Değerleri

		BKİ	n	%
Şu anki kilo için değerlendirme	Zayıf	Zayıf	19	65,5
		Normal	10	34,5
	Normal	Zayıf	59	27,2
		Normal	109	50,2
		Hafif Şişman	46	21,2
		Şişman (obez)	3	1,4
	Şişman	Zayıf	6	4,7
		Normal	29	22,7
		Hafif Şişman	68	53,1

		Şişman (obez)	25	19,5
Bedensel memnuniyet	Evet	Zayıf	39	33,6
		Normal	48	41,4
		Hafif Şişman	27	23,3
		Şişman (obez)	2	1,7
	Kısmen	Zayıf	38	19,8
		Normal	82	42,7
		Hafif Şişman	57	29,7
		Şişman (obez)	15	7,8
	Hayır	Zayıf	7	10,6
		Normal	18	27,3
		Hafif Şişman	30	45,5
		Şişman (obez)	11	16,7
	Hiçbir şey yapmıyorum	Zayıf	55	32,4

Kilo ile ilgili yapılanlar	Normal	72	42,4
	Hafif Şişman	35	20,6
	Şişman (obez)	8	4,7
Kilo vermeye çalışıyorum	Zayıf	14	7,9
	Normal	66	37,1
	Hafif Şişman	78	43,8
	Şişman (obez)	20	11,2
Kilo almaya çalışıyorum	Zayıf	15	57,7
	Normal	10	38,5
	Hafif Şişman	1	3,8

Araştırmada kişilerin kilo ile ilgili özelliklerin BKİ'ye göre dağılımı değerlendirildiğinde,

Şu anki kilosunun zayıf olduğunu belirtenlerin %65,5'inin BKİ'si zayıf olduğu; şu anki kilosunun normal olduğunu belirtenlerin %27,2'sinin BKİ'si zayıf, %50,2'sinin normal, %21,2'sinin hafif şişman olduğu; şu anki kilosunun şişman olduğunu

belirtenlerin %4,7'sinin BKİ'sinin zayıf, %22,7'sinin normal, %53,1'inin hafif şişman ve %19,5'inin şişman (obez) olduğu görülmektedir.

Bedenlerinden memnun olan kişilerin %33,6'sının BKİ'sinin zayıf, %41,4'ünün normal, %23,3'ünün hafif şişman olduğu; bedenlerinden kısmen memnun olan kişilerin %19,8'inin BKİ'sinin zayıf, %42,7'sinin normal, %29,7'sinin hafif şişman ve %7,8'inin ise şişman (obez) olduğu; bedenlerinden memnun olmayan kişilerin %10,6'sının BKİ'sinin zayıf, %27,3'ünün normal, %45,5'inin hafif şişman ve %16,7'sinin ise şişman (obez) olduğu görülmektedir.

Kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayan kişilerin %32,4'ünün BKİ'sinin zayıf, %42,4'ünün normal, %20,6'sının hafif şişman ve %4,7'sinin şişman (obez) olduğu; kilo vermeye çalışan kişilerin %7,9'unun BKİ'sinin zayıf, %37,1'inin normal, %43,8'inin hafif şişman ve %11,2'sinin ise şişman (obez) olduğu; kilo almaya çalışan kişilerin %57,7'sinin BKİ'sinin zayıf, %38,5'inin normal ve %3,8'inin ise şişman (obez) olduğu görülmektedir.

Tablo 15: Yeme Tutumu Geliştirme Riski ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların BKİ Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

	BKİ								F	p
	Zayıf (n=84)		Normal (n=148)		Hafif Şişman (n=114)		Şişman (obez) (n=28)			
	SS		SS		SS		SS			
Yeme Tutum Testi	17,42	10,70	20,77	13,16	26,54	13,54	26,21	12,60	9,910	0,000***

Young Şema

Duygusal Yoksunluk	8,36	4,18	9,08	4,79	10,22	5,84	9,04	5,10	2,360	0,071
Başarısızlık	11,83	5,59	12,89	6,26	13,57	6,87	12,04	6,08	1,375	0,250
Karamsarlık	13,05	5,78	12,65	5,52	12,04	6,00	11,43	5,01	0,870	0,457
Sosyal İzolasyon	16,42	7,13	17,02	7,24	17,20	6,11	19,07	6,86	1,062	0,365
Duyguları Bastırma	11,57	5,42	12,24	5,32	12,34	6,07	13,64	5,74	0,992	0,397
Onay Arayıcılık	19,98	6,33	21,57	6,18	23,63	7,17	22,96	6,74	5,404	0,001***
Bağımlılık	14,99	5,97	16,72	6,91	17,98	7,53	18,86	9,92	3,577	0,014*
Ayrıcalıklılık	23,98	6,99	25,26	6,96	23,96	7,22	25,43	6,03	1,112	0,344
Kendini Feda	13,27	4,98	15,84	5,12	16,71	5,85	17,25	8,00	7,286	0,000***
Terk Edilme	8,64	4,09	9,39	4,74	9,50	4,27	10,39	4,81	1,258	0,289

Cezalandırıcılık	19,40	6,61	19,52	5,87	19,71	6,24	21,86	4,89	1,276	0,282
Kusurluluk	8,70	4,17	9,68	5,12	9,72	4,37	9,71	4,36	1,005	0,391
Hastalık Karşısında Dayanıksızlık	12,65	5,86	11,89	5,40	12,29	4,83	12,89	5,73	0,515	0,672
Yüksek Standartlar	8,70	4,06	9,57	4,38	10,94	4,13	11,32	4,64	5,817	0,001***

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$



Araştırmaya katılan kişilerin yeme tutum testi ve young şema ölçek puanları BKİ düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde,

Yeme tutum testi ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 9.910, p \leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman olan kişilerin yeme tutumu ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından yüksek; beden kitle indeksi şişman (obez) olan kişilerin yeme tutumu ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Young şema alt boyutlarından onay arayıcılık ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 5.404, p \leq 0.001$). Grup

varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman olan kişilerin onay arayıcılık ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Young şema alt boyutlarından bağımlılık ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 5.404, p\leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman olan kişilerin bağımlılık ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Young şema alt boyutlarından kendini feda ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 7.286, p\leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi normal ve hafif şişman olan kişilerin kendini feda ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Young şema alt boyutlarından yüksek standartlar ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 5.817, p\leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman ve şişman (obez) olan kişilerin yüksek standartlar ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte young şema ölçeği diğer alt boyut ortalama puanları kişilerin BKİ düzeyleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 16: Algılanan Ebeveynlik Stillerinin BKİ Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Young Ebeveyn		BKİ								F	p
		Zayıf (n=84)		Normal (n=148)		Hafif Şişman (n=114)		Şişman (obez) (n=28)			
		SS		SS		SS		SS			
Anne	Kuralcı / Kalıplayıcı	30,14	13,88	30,95	12,68	34,09	12,82	35,57	14,99	2,508	0,059
	Koşullu / Başarı Odaklı	15,31	6,24	16,22	5,93	18,68	6,24	17,89	6,41	5,916	0,001***
	Küçümseyici	14,51	8,48	13,87	6,29	15,13	7,74	14,64	8,11	0,630	0,596
	Aşırı İzin Verici	9,69	3,93	10,73	4,68	11,31	5,21	10,82	5,71	1,870	0,134
	Yoksun Bırakıcı	38,25	10,66	38,71	7,60	38,56	8,30	40,25	7,87	0,389	0,761
	Kötümser	7,43	3,60	7,53	3,82	7,75	4,37	8,68	4,29	0,776	0,508
	Sömürücü	7,70	1,99	7,71	2,36	8,27	3,01	9,36	6,12	3,105	0,027*
	Cezalandırıcı	8,68	3,36	8,15	3,29	8,85	3,81	9,25	4,27	1,304	0,273

	Aşırı Koruyucu	21,95	6,71	23,41	6,81	23,93	7,63	24,50	8,96	1,530	0,206
	Değişime Kapalı	8,31	4,06	8,59	3,74	9,18	3,79	9,07	3,51	1,001	0,393
Baba	Kuralcı / Kalıplayıcı	29,80	13,84	31,99	12,91	33,71	13,89	35,50	15,83	1,884	0,132
	Koşullu / Başarı Odaklı	14,90	6,22	15,96	6,47	17,65	6,30	18,04	6,34	3,877	0,009**
	Küçümseyici	14,76	9,15	15,78	9,29	14,49	8,42	15,64	9,25	0,523	0,667
	Aşırı İzin Verici	9,79	4,62	10,88	5,31	11,10	5,84	11,04	6,08	1,099	0,349
	Yoksun Bırakıcı	34,24	10,58	34,35	10,49	35,89	10,92	35,00	10,20	0,565	0,639
	Kötümser	6,99	3,90	7,45	3,84	7,14	3,72	8,50	4,42	1,211	0,306
	Sömürücü	8,24	3,08	9,20	5,16	9,07	4,15	9,14	3,49	0,966	0,409
	Cezalandırıcı	9,01	3,88	9,20	4,12	9,00	4,00	9,36	4,33	0,105	0,957
	Aşırı Koruyucu	18,75	6,09	20,18	6,28	20,62	7,06	19,71	5,25	1,471	0,222
	Değişime Kapalı	8,65	3,97	9,42	4,11	9,89	4,07	9,14	3,48	1,569	0,197

Araştırmaya katılan kişilerin young ebeveyn ölçek puanları BKİ düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde; Young ebeveyn ölçeği algılanan anne stillerinden koşullu/ başarı odaklı ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 5.916, p \leq 0.001$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman olan kişilerin koşullu/başarı odaklı ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Young ebeveyn ölçeği algılanan anne stillerinden sömürücü ortalama puanı da kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 3.105, p \leq 0.05$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi şişman (obez) olan kişilerin sömürücü ortalama puanı anlamlı olarak beden kitle indeksi zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte diğer algılanan anne stilleri ortalama puanları kişilerin BKİ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Young ebeveyn ölçeği algılanan baba stillerinden koşullu/ başarı odaklı ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,370): 3.877, p \leq 0.01$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi BKİ düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, beden kitle indeksi hafif şişman olan kişilerin koşullu/başarı odaklı ortalama puanı

anlamli olarak beden kitle indeksi zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu gör÷lmektedir.

Bununla birlikte diğ er algılanan baba stilleri ortalama puanları kişilerin BKİ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 17: Diyetisyene Başvurma ile Yeme Tutumu Geliştirme Arasındaki İlişki Analizi

Yeme tutumu	Diyetisyene başvurma				$\chi(p)$
	Evet		Hayır		
	n	%	N	%	
Risk yok	96	51,3	179	95,7	94,637
					(0,000***)
Risk Var	91	48,7	8	4,3	

Ki-kare ilişki testi, * $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$, *** $p\leq 0.001$

Araştırmada diyetisyene başvurma durumu ile yeme tutumu geliştirme arasındaki ilişki durumu ki-kare ilişki testiyle değerlendirildiğinde anlamlı ilişki saptanmıştır (χ^2 : 94.637, $p\leq 0.001$). Diyetisyene başvuran kişilerin %51,3'ünde yeme tutumu geliştirme riski olmadığı, %48,7'sinde risk olduğu; diyetisyene başvurmayan kişilerin ise %95,7'sinde yeme tutumu geliştirme riski olmadığı gör÷lmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların Diyetisyene Başvurma Durumuna Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

	Diyetisyene başvurma				T	p
	Evet (n=187)		Hayır (n=187)			
	X	SS	X	SS		
Yeme Tutum Testi	30,12	12,88	14,25	7,47	14,579	0,000***
Duygusal Yoksunluk	9,93	5,55	8,59	4,45	2,572	0,010**
Başarısızlık	14,17	7,27	11,42	4,81	4,311	0,000***
Karamsarlık	12,97	5,98	11,95	5,35	1,749	0,810
Sosyal İzolasyon	18,41	6,49	15,78	6,99	3,763	0,000***
Duyguları Bastırma	12,96	5,80	11,49	5,34	2,542	0,011*
Onay Arayıcılık	24,39	6,35	19,51	6,11	7,570	0,000***
Bağımlılık	18,61	7,84	15,14	6,15	4,770	0,000***
Ayrıcalıklılık	25,65	7,00	23,52	6,83	2,982	0,003**

Kendini Feda	16,66	5,75	14,60	5,51	3,537	0,000***
Terk Edilme	10,26	4,74	8,41	3,98	4,088	0,000***
Cezalandırıcılık	20,44	5,97	19,01	6,16	2,285	0,023*
Kusurluluk	10,21	4,88	8,74	4,28	3,784	0,002**
Hastalık Karşısında Dayanısızlık	13,29	5,29	11,23	5,24	3,088	0,000***
Yüksek Standartlar	11,14	4,27	8,71	4,06	5,637	0,000***

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmada kişilerin yeme tutumu ve young şema boyutlarının diyetisyene başvurma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Diyetisyene başvuran kişilerin ortalama yeme tutum testi puanı (X:30.12, SS:12.88) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(298,42): 14.579, $p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından duygusal yoksunluk ortalama testi puanı (X:9.93, SS:5.55) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(355,17): 2.572, $p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından başarısızlık ortalama testi puanı (X:14.17, SS:7.27) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(322,46): 4.311, $p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından sosyal izolasyon ortalama testi puanı (X:18.41, SS:6.49) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 3.763, p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından duyguları bastırma ortalama testi puanı (X:12.96, SS:5.80) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 2.542, p \leq 0.05$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından onay arayıcılık ortalama testi puanı (X:24.39, SS:6.35) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 7.570, p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından bağımlılık ortalama testi puanı (X:18.61, SS:7.84) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(351,86): 4.770, p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından ayrıcalıklılık ortalama testi puanı (X:25.65, SS:7.00) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 2.982, p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından kendini feda ortalama testi puanı (X:16.66, SS:5.75) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 3.537, p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından terk edilme ortalama testi puanı (X:10.26, SS:4.74) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(361,60): 4.088, p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından cezalandırıcılık ortalama testi puanı (X:20.44, SS:5.97) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 2.285, p \leq 0.05$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından kusurluluk ortalama testi puanı (X:10.21, SS:4.88) anlamlı olarak diyetisyene başvurmeyan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): 3.784, p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından hastalık karşısında dayanıksızlık ortalama testi puanı (X:13.29, SS:5.29) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 3.088, $p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin young şema boyutlarından yüksek standartlar ortalama testi puanı (X:11.14, SS:4.27) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 5.637, $p \leq 0.001$).

Tablo 19: Katılımcıların Diyetisyene Başvurma Durumuna Göre Algılanan Ebeveyn Stillerinin Karşılaştırılması

	Diyetisyene Başvurma				t	p
	Evet (n=187)		Hayır (n=187)			
	X	SS	X	SS		
Kuralcı Kalıplayıcı ¹	34,64	12,77	29,50	13,27	3,820	0,000***
Koşullu Başarı Odaklı ¹	18,43	5,94	15,35	6,20	4,900	0,000***
Küçümseyici ¹	15,40	7,52	13,52	7,18	2,469	0,014*
Aşırı İzin Verici ¹	11,12	4,91	10,24	4,65	1,774	0,077
Yoksun Bırakıcı ¹	38,45	9,16	38,90	7,97	-0,500	0,618

Kötümser ¹	7,99	4,11	7,33	3,83	1,613	0,107
Sömürücü ¹	8,33	3,58	7,68	2,11	2,128	0,034*
Cezalandırıcı ¹	8,77	3,54	8,36	3,56	1,122	0,263
Aşırı Koruyucu ¹	24,28	7,97	22,36	6,30	2,576	0,010**
Değişime Kapalı ¹	9,08	3,89	8,40	3,72	1,726	0,085
Kuralcı Kalıplayıcı ²	34,43	13,45	30,14	13,65	3,056	0,002**
Koşullu Başarı Odaklı ²	17,74	6,18	15,05	6,40	4,135	0,000***
Küçümseyici ²	15,98	9,44	14,32	8,44	1,796	0,073
Aşırı İzin Verici ²	11,10	5,78	10,32	4,97	1,401	0,162
Yoksun Bırakıcı ²	34,45	11,45	35,23	9,70	-0,707	0,480
Kötümser ²	7,63	3,81	7,03	3,91	1,514	0,131
Sömürücü ²	9,25	4,83	8,63	3,79	1,382	0,168
Cezalandırıcı ²	9,26	4,08	8,96	3,99	0,704	0,482

Aşırı Koruyucu ²	20,55	6,97	19,36	5,79	1,791	0,074
Değişime Kapalı ²	9,41	4,06	9,33	4,02	0,197	0,844

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmada kişilerin young ebeveyn stillerinin diyetisyene başvurma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden kuralcı / kalıplayıcı ortalama puanı (X:36.64, SS:12.77) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 3.820, $p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden koşullu / başarı odaklı ortalama puanı (X:18.43, SS:5.94) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 4.900, $p \leq 0.001$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden küçümseyici ortalama puanı (X:15.40, SS:7.52) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 2.469, $p \leq 0.05$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden sömürücü ortalama puanı (X:8.33, SS:3.58) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(301,55): 2.128, $p \leq 0.05$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden aşırı koruyucu ortalama puanı (X:24.28, SS:7.97) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(353,03): 2.576, $p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan baba stillerinden kuralcı / kalıplayıcı ortalama puanı (X:34.43, SS:13.45) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 3.056, $p \leq 0.01$).

Diyetisyene başvuran kişilerin algılanan baba stillerinden koşullu / başarı odaklı ortalama puanı (X:17.74, SS:6.18) anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(372): 4.135, $p \leq 0.001$).

Bununla birlikte algılanan diğer anne ve baba stilleri ortalama puanları diyetisyene başvurma durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 20: Yeme Tutum Testi Risk Dağılımı

YTT	n	%
Risk yok	275	73,5
Risk Var	99	26,5
Toplam	374	100,0

Araştırmada kişilerin %73,5’inde yeme bozukluğu riski olmadığı, %26,5’inde ise yeme bozukluğu riski olduğu görülmektedir.

Tablo 21: Katılımcıların Yeme Tutumları Risk Durumuna Göre Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının Karşılaştırılması

	Yeme Bozukluğu Riski				t	p
	Risk yok (n=275)		Risk Var (n=99)			
	SS	SS	SS	SS		
Duygusal Yoksunluk	8,91	4,76	10,25	5,73	-2,092	0,038*
Başarısızlık	12,13	5,63	14,65	7,62	-3,011	0,003**
Karamsarlık	12,32	5,49	12,85	6,24	-0,746	0,457
Sosyal İzolasyon	16,41	6,86	19,00	6,54	-3,263	0,001***
Duyguları Bastırma	11,82	5,44	13,34	5,96	-2,326	0,021*
Onay Arayıcılık	20,61	6,23	25,66	6,54	-6,824	0,000***
Bağımlılık	16,10	6,81	19,04	7,99	-3,516	0,000***
Ayrıcalıklılık	24,22	6,90	25,61	7,18	-1,698	0,090
Kendini Feda	15,07	5,49	17,20	6,06	-3,225	0,001***

Terk Edilme	8,74	4,23	10,98	4,72	-4,162	0,000***
Cezalandırıcılık	19,56	6,14	20,18	6,00	-0,864	0,388
Kusurluluk	9,21	4,37	10,20	5,27	-1,669	0,097
Hastalık Karşısında Dayanıksızlık	11,73	5,30	13,74	5,25	-3,244	0,001***
Yüksek Standartlar	9,21	4,11	11,90	4,35	-5,488	0,000***

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmaya katılan kişilerin young şema ölçek puanları yeme bozukluğu riskine göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(149,35): -2.092, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından başarısızlık ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(138,38): -3.011, p \leq 0.01$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından sosyal izolasyon ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -3.263, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından duyguları bastırma ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -2.326, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından onay arayıcılık ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -6.824, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından bağımlılık ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -3.516, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından kendini feda ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -3.225, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından terk edilme ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(158,02): -4.162, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından hastalık karşısında dayanıksızlık ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -3.244, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young şema alt boyutlarından yüksek standartlar ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -5.488, p \leq 0.001$).

Bununla birlikte young şema alt boyutlarından karamsarlık, ayrıcalıklılık, cezalandırıcılık ve kusurluluk ortalama puanları kişilerin yeme bozukluğu risk durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 22: Katılımcıların Yeme Tutumları Risk Durumuna Göre Algılanan Ebeveynlik Stilllerinin Puanlarının Karşılaştırılması

Young Ebeveyn		Yeme Tutum Testi				t	p
		Risk yok (n=275)		Risk Var (n=99)			
		SS		SS			
Anne	Kuralcı /Kalıplayıcı	30,28	12,70	37,05	13,55	-4,469	0,000***
	Koşullu /Başarı Odaklı	15,86	5,98	19,75	6,12	-5,507	0,000***
	Küçümseyici	13,80	7,07	16,29	8,02	-2,738	0,007**
	Aşırı İzin Verici	10,59	4,83	10,92	4,70	-0,581	0,562
	Duygusal Açıdan Yoksun Bırakıcı	38,96	8,43	37,89	8,98	1,065	0,287
	Kötümser	7,41	3,71	8,35	4,61	-1,838	0,068
	Sömürücü	7,74	2,42	8,73	4,01	-2,297	0,023*
	Cezalandırıcı	8,57	3,63	8,55	3,34	0,061	0,951
	Aşırı Koruyucu	22,76	6,75	24,87	8,29	-2,270	0,025*

	Değişime Kapalı	8,45	3,64	9,54	4,19	-2,276	0,024*
Baba	Kuralcı Kalıplayıcı	31,08	13,32	35,65	14,25	-2,873	0,004**
	Koşullu Başarı Odaklı	15,43	6,16	19,06	6,43	-4,968	0,000***
	Küçümseyici	14,53	8,51	16,85	10,04	-2,045	0,043*
	Aşırı İzin Verici	10,58	5,38	11,08	5,44	-0,794	0,428
	Duygusal Açıdan Yoksun Bırakıcı	34,99	10,26	34,43	11,56	0,421	0,674
	Kötümser	7,12	3,80	7,90	4,00	-1,715	0,087
	Sömürücü	8,69	4,20	9,65	4,68	-1,796	0,074
	Cezalandırıcı	9,03	3,97	9,34	4,21	-0,672	0,502
	Aşırı Koruyucu	19,44	6,15	21,39	6,99	-2,460	0,009**
	Değişime Kapalı	9,29	4,00	9,60	4,13	-0,642	0,521

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmaya katılan kişilerin young ebeveyn ölçek puanları yeme bozukluğu riskine göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından kuralcı / kalıplayıcı ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -4.469, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından koşullu / başarı odaklı ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -5.507, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından küçümseyici ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(156,06): -2.738, p \leq 0.01$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından sömürücü ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(124,55): -2.297, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından aşırı koruyucu ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(147,42): -2.270, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn anne ölçeği alt boyutlarından sömürücü ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(154,27): -2.276, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn baba ölçeği alt boyutlarından kuralcı / kalıplayıcı ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -2.873, p \leq 0.01$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn baba ölçeği alt boyutlarından koşullu / başarı odaklı ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(372): -4.968, p \leq 0.001$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn baba ölçeği alt boyutlarından küçümseyici ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(151,63): -2.045, p \leq 0.05$).

Yeme bozukluğu riski olan kişilerin young ebeveyn baba ölçeği alt boyutlarından aşırı koruyucu ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(155,83): -2.460, p \leq 0.01$).

Tablo 23: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Ebeveyn Stillerinin Yeme Tutumu Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Değerlendirilmesine Yönelik Regresyon Analizi

	Model 1			Model 2		
	B	SH	β	B	SH	β
Sabit	2.651	3.271		-8.182	6.667	
Duygusal Yoksunluk	.073	.160	.028	.170	.176	.065
Başarısızlık	.368	.148	.176*	.312	.150	.149*
Karamsarlık	-.023	.132	-.010	-.041	.135	-.018
Sosyal İzolasyon	.007	.143	.004	.026	.145	.014
Duyguları Bastırma	.035	.145	.015	.056	.149	.024

Onay Arayıcılık		.315	.125	.160*	.262	.130	.133*
Bağımlılık		.055	.127	.030	.095	.137	.052
Ayrıcalıklılık		-.074	.104	-.039	-.099	.106	-.053
Kendini Feda		.157	.127	.068	.075	.130	.032
Terk Edilme		.104	.202	.035	-.009	.205	-.003
Cezalandırıcılık		-.011	.126	-.005	.019	.126	.009
Kusurluluk		-.167	.207	-.059	-.209	.214	-.074
Hastalık Karşısında Dayanıksızlık		.021	.162	.009	.154	.165	.062
Yüksek Standartlar		.604	.192	.199**	.508	.195	.167*
Kuralcı Kalıplayıcı ¹					.164	.080	.165*
Koşullu Başarı Odaklı ¹					.024	.192	.011
Küçümseyici ¹					-.125	.168	-.070

Aşırı İzin Verici ¹	-.283	.243	-.103
Yoksun Bırakıcı ¹	.063	.125	.041
Kötümser ¹	.126	.221	.038
Sömürücü ¹	.872	.283	.195*
Cezalandırıcı ¹	-.520	.263	-.140*
Aşırı Koruyucu ¹	-.290	.142	-.159*
Değişime Kapalı ¹	.370	.212	.107
Kuralcı Kalıplayıcı ²	-.048	.082	-.050
Koşullu Başarı Odaklı ²	.212	.192	.103
Küçümseyici ²	.087	.156	.059
Aşırı İzin Verici ²	.133	.226	.054
Yoksun Bırakıcı ²	.036	.116	.029
Kötümser ²	-.032	.232	-.009

Sömürücü ²																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹Algılanan Anne Stilleri, ²Algılanan Baba Stilleri, *p≤0.05, **p≤0.01

Araştırmada kişilerin young şema ve young ebeveyn stillerinin yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkisi regresyon analizi ile değerlendirildiğinde,

İlk modelde young şema alt boyutlarının yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir. Young şema alt boyutlarından başarısızlık (β : .18, $p \leq 0.05$), onay arayıcılık (β : .16, $p \leq 0.05$) ve yüksek standartlar (β : .20, $p \leq 0.01$) değişkenleri yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordamaktadır ve toplam varyansın %17,4'ünü açıklamaktadır ($F(14, 358)$: 5.379, $p \leq 0.001$, R^2 : .17).

İkinci modelde ise young şema alt boyutlarıyla birlikte young ebeveyn stillerinin yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir. Young şema alt boyutlarından başarısızlık (β : .15, $p \leq 0.05$), onay arayıcılık (β : .13, $p \leq 0.05$) ve yüksek standartlar (β : .17, $p \leq 0.01$), algılanan anne stillerinden kuralcı / kalıplayıcı (β : .17, $p \leq 0.05$), sömürücü (β : .20, $p \leq 0.05$) ve algılanan baba stillerinden aşırı koruyucu (β : .15, $p \leq 0.05$) değişkenleri

pozitif yönde ve anlamlı; cezalandırıcı (β : $-.14$, $p \leq 0.05$), ve aşırı koruyucu (β : $-.16$, $p \leq 0.05$) değişkenleri yeme tutumunu negatif yönde ve anlamlı bir şekilde yordamaktadır ve toplam varyansın %26'sını açıklamaktadır ($F(20, 338)$: 2.004 , $p \leq 0.01$, R^2 : $.26$). algılanan ebeveyn stilleri yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup toplam varyansın %9 oranında açıklanabilirliğini arttırmıştır.

Tablo 24: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Arasındaki Korelasyon Analizi

		Ye me Tu tu m Te sti	Duyg usal Yoks unluk	Başarı sızlık	Kara msarlı k	Sosy al İzola syon	Duy gular ı Bastı rma	Ona y Aray ıcılık	Bağı mlılı k	Ayrıca lıklılık	Ke ndi ni Fed a	Ter k Edi lm e	Cezalan dırıcılık	Kusur luluk	Hastalı k Karşısı nda Dayanı ksızlık	Yüks ek Stand artlar
A n n e	Kuralcı Kalıpla yıcı	r .2 66 **	.100	.204**	.064	.231 **	.183 **	.230 **	.259* *	.085	.20 4**	.26 2**	.138**	.190* *	.184**	.210* *
		p .0 00	.053	.000	.215	.000	.000	.000	.000	.100	.00 0	.00 0	.007	.000	.000	.000
	Koşullu / Başarı Odaklı	r .2 71 **	.124* *	.136**	.114* *	.178 **	.153 **	.351 **	.129* **	.104* *	.17 2**	.19 6**	.214**	.159* *	.219**	.352* *
		r .0 00	.016	.008	.027	.001	.003	.000	.012	.043	.00 1	.00 0	.000	.002	.000	.000
	Küçüms eyici	r .1 80 **	.400* *	.268**	.206**	.332 **	.246 **	.147 **	.306* *	.075	.11 5*	.34 4**	.069	.295* *	.236**	.159* *
		r .0 00	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.148	.02 6	.00 0	.181	.000	.000	.002

Aşırı İzin Verici	r	.0 27	.176*	.288**	.066	.272**	.121*	.122*	.314*	.077	.08 6	.205**	.023	.313*	.231**	.058
	r	.6 02	.001	.000	.202	.000	.019	.018	.000	.136	.09 8	.000	.653	.000	.000	.265
Yoksun B=ırakı cı	r	- .0 63	- .430*	- .255**	- .139**	- .342**	- .195**	- .036	- .178*	-.066	- .02 3	- .229**	-.043	- .290*	-.164**	-.043
	r	.2 23	.000	.000	.007	.000	.000	.490	.001	.206	.66 2	.000	.408	.000	.001	.407
Kötüm ser	r	.128*	.204*	.147**	.059	.227**	.206**	.117*	.157*	.119*	.213**	.213**	.127*	.172*	.178**	.104*
	r	.013	.000	.004	.255	.000	.000	.024	.002	.022	.000	.000	.014	.001	.001	.044
Sömürü cü	r	.183**	.188*	.175**	.105*	.177**	.055	.014	.182*	.045	.05 8	.204**	-.056	.220*	.070	-.013
	r	.000	.000	.001	.041	.001	.289	.793	.000	.386	.26 2	.000	.282	.000	.174	.796
Cezalan dırı	r	.0 45	.167*	.158**	.107*	.230**	.238**	.018	.121*	.135**	.140**	.141**	.149**	.184*	.229**	.100
	r	.3 89	.001	.002	.039	.000	.000	.732	.019	.009	.007	.006	.004	.000	.000	.054
Aşırı Koruyu cu	r	.106*	-.011	.223**	.123*	.191**	.117*	.190**	.431*	.067	.163**	.234**	.091	.197*	.228**	.089

		r	.040	.838	.000	.017	.000	.024	.000	.000	.196	.002	.000	.079	.000	.000	.087
	Değişim e Kapalı	r	.171**	.131*	.067	.080	.145**	.207**	.040	.018	.157**	.193**	.113*	.107*	.005	.086	.135*
		r	.001	.011	.195	.120	.005	.000	.438	.729	.002	.000	.029	.039	.928	.096	.009
B a b a	Kuralcı Kalıpla yıcı	r	.159**	.195*	.176**	.070	.152**	.237**	.172**	.179*	.231**	.114*	.128*	.182**	.173*	.190**	.173*
		r	.002	.000	.001	.177	.003	.000	.001	.001	.000	.027	.013	.000	.001	.000	.001
	Koşullu /Başarı Odaklı	r	.240**	.144*	.121*	.085	.103*	.188**	.314**	.076	.156**	.132*	.166**	.188**	.118*	.202**	.303*
		r	.000	.005	.019	.099	.046	.000	.000	.142	.002	.011	.001	.000	.023	.000	.000
	Küçümseyici	r	.122*	.412*	.271**	.207**	.354**	.272**	.138**	.245*	.194**	.082	.278**	.131*	.366*	.304**	.092
		r	.018	.000	.000	.000	.000	.000	.008	.000	.000	.115	.000	.011	.000	.000	.077
	Aşırı İzin Verici	r	.052	.164*	.314**	.064	.286**	.137**	.054	.263*	.105*	.082	.168**	.012	.351*	.215**	.004
		r	.314	.001	.000	.217	.000	.008	.296	.000	.042	.113	.001	.821	.000	.000	.940

Yoksun Bırakıcı	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-.101	-	-	-.069	-	-.218**	-.021
		.047	.412*	.271**	.168**	.344**	.247**	.090	.139*		.012	.202**		.304*		
	r	.369	.000	.000	.001	.000	.000	.083	.007	.052	.814	.000	.183	.000	.000	.690
Kötümser	r	.094	.168*	.148**	.162**	.191**	.144**	.143**	.174*	.155**	.155**	.207**	.174**	.220*	.203**	.100
	r	.068	.001	.004	.002	.000	.005	.006	.001	.003	.003	.000	.001	.000	.000	.053
Sömürücü	r	.070	.337*	.090	.086	.266**	.149**	.078	.070	.106*	.134**	.151**	.006	.184*	.184**	.076
	r	.179	.000	.082	.098	.000	.004	.131	.179	.040	.009	.003	.915	.000	.000	.145
Cezalandırıcı	r	.027	.291*	.140**	.089	.274**	.257**	.030	.152*	.144**	.074	.184**	.153**	.284*	.241**	.142*
	r	.606	.000	.007	.087	.000	.000	.568	.003	.005	.152	.000	.003	.000	.000	.006
Aşırı Koruyucu	r	.130*	-.082	.163**	.125*	.069	.016	.081	.339*	.050	.131*	.127*	.039	.145*	.090	.054
	r	.012	.114	.002	.016	.183	.751	.117	.000	.331	.011	.014	.455	.005	.084	.299
Değişime Kapalı	r	.062	.151*	.063	.120*	.096	.251**	.076	.100	.082	.087	.132*	.153**	.135*	.079	.132*

r	.2	.003	.224	.021	.065	.000	.144	.055	.116	.09	.01	.003	.009	.126	.011
	29									3	1				

Pearson korelasyon, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

Araştırmada kişilerin yeme tutumu ile young şema alt boyutları ve young ebeveynlik düzeyleri arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde,

Yeme tutumu ile young şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk ($r: 0.169$, $p \leq 0.01$), başarısızlık ($r: 0.232$, $p \leq 0.01$), karamsarlık ($r: 0.135$, $p \leq 0.01$), sosyal izolasyon ($r: 0.221$, $p \leq 0.01$), duyguları bastırma ($r: 0.152$, $p \leq 0.01$), onay arayıcılık ($r: 0.331$, $p \leq 0.01$), bağımlılık ($r: 0.232$, $p \leq 0.01$), kendini feda ($r: 0.208$, $p \leq 0.01$), terk edilme ($r: 0.243$, $p \leq 0.01$), cezalandırıcılık ($r: 0.129$, $p \leq 0.01$), kusurluluk ($r: 0.159$, $p \leq 0.01$), hastalık karşısında dayanıksızlık ($r: 0.227$, $p \leq 0.01$) ve yüksek standartlar ($r: 0.282$, $p \leq 0.01$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

Yeme tutumu ile algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı ($r: 0.266$, $p \leq 0.01$), koşullu / başarı odaklı ($r: 0.271$, $p \leq 0.01$), küçümseyici ($r: 0.180$, $p \leq 0.01$), kötümser ($r: 0.128$, $p \leq 0.01$), sömürücü ($r: 0.183$, $p \leq 0.01$), aşırı koruyucu ($r: 0.106$, $p \leq 0.05$) ve değişime kapalı ($r: 0.171$, $p \leq 0.01$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

Yeme tutumu ile algılanan baba stillerinden kuralcı/kalıplayıcı ($r: 0.159$, $p \leq 0.01$), koşullu/başarı odaklı ($r: 0.240$, $p \leq 0.01$), küçümseyici ($r: 0.122$, $p \leq 0.05$) ve aşırı koruyucu ($r: 0.130$, $p \leq 0.05$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

Tablo 25: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's alpha	Madde sayısı
Yeme Tutum Testi	0,872	40
Young Şema	0,934	90
YEBÖ-A	0,869	72
YEBÖ-B	0,867	72

YEBÖ: Young Ebeveynlik Ölçeği

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına ve faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Ölçekte yer alan soruların varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunur. 0 ile 1 arasında değer alır. 0.60- 0.80 arası oldukça güvenilir, 0.80–1.00 arası çok yüksek güvenirliliktir. Ayrıca ölçekte yer alan maddelerin korelasyonları 0.30'un altında olmamasına dikkat edilir. Bu değerin altında yer alan maddeler güvenilirlik analizinde yer almaz.

Bu şekilde yeme tutumu, young şema ve young ebeveyn ölçekleri için güvenilirlik analizi uyguladığımızda; minimum Cronbach's alfa katsayısı her bir ölçümde 0,80'den büyük olduğu görülmektedir. Özetle uyguladığımız ölçek, ölçmek istediğimiz olguyu çok iyi bir şekilde ölçmektedir ve bu ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1. Yeme Tutumu veya Yeme Bozukluğu Geliştirme Riskinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Tartışılması

Literatüre bakıldığında, yeme tutumlarındaki bozulmaların ve yeme bozukluklarının kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Abanoz, 2008; Büyükgöze- Kavas, 2007; Hoek ve Van Hoeken, 2003; Pehlivan, 2017). Yeme bozuklukları cinsiyet dağılımı açısından belirgin bir farklılık olduğu belirtilse de, günümüzde genç erkeklerde görülme sıklığı giderek artmaktadır. AN olgularında zayıf bir beden arzusunun yerini kaslı bir bedene sahip olma isteği almaktadır ve bu da beraberinde kısıtlı besin alımını getirebilmektedir (Herpertz, 2009). BN'ye bakıldığında erkek cinsiyette görülme sıklığının %1' ve vakaların sadece %10'luk bölümünü oluşturduğu yönünde bulgulara rastlanmaktadır (Steinhausen & Jensen, 2015). 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilen verilere göre dünya nüfusunun %39'unun fazla kilolu skalasında bulunduğu, %13'ünün ise obez skalasında bulunduğunu tahmin edilmektedir (TEMD 2018a). Ülkemizde de obezitenin ciddi ve yaygın bir sağlık sorunu haline geldiği yönünde veriler bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 yılında sunduğu rapora göre, ülke genelindeki yetişkinlerin %29.5'i (kadınlarda %35, erkeklerde %23,9) obezite sınıfında yer almaktadır (TEMD 2018a). Obezite problemi yaşayan kişilerde TYB görülme sıklığının ortalama olarak %1,9 olduğunu (Kessler ve ark. 2013), obezite tedavisi için başvuran kişilerde ise %15-50 arasında olduğunu göstermektedir (Yücel 2009).

Yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular cinsiyet faktörü ele alarak değerlendirildiğinde; kadınlarda ve erkeklerde yeme tutum testi puanlarında anlamlı bir farklılığın gözlenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu da çalışmaya katılan erkeklerin bir kısmının diyetisyen başvurusu olduğu ve obez sınıfında yer alabileceği, bu da beraberinde

TYB geliştirebileceği ve bu yüzden yeme tutum testinden yüksek puanlar alabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra sporla uğraşan erkeklerin de çalışmaya katıldığı göz önünde bulundurulursa, kaslı ve kusursuz bir v coda sahip olmak için çaba sarf ettikleri ve bu yüzden yüksek puanlar alabileceklerini düşündürmektedir. Son yıllarda halk tarafından erkek fiziğinin de ilgi çekmesi (Maier, Haeussinger, Hautzinger, Fallgatter, & Ehli, 2017), erkekleri vücut geliştirmeye yöneltmekte ve bedenleriyle ilgili olumsuz düşüncelere itmektedir (Robert, Munroe-Chanler, & Gammage, 2009).

Bu bulgular ışığında günümüzde genç yetişkin erkeklerde yeme tutumuna yönelik algıların değiştiğini ve kadınlar kadar yeme tutumu ya da yeme bozukluğu geliştirebileceğini söylemek mümkün olacaktır.

Yapılan çalışmaya lise,  niversite, yüksek lisans ve doktora mezunu düzeyinde kişiler katılmış olup, yeme tutum testi puanlarının kişilerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmaya katılan kişilerin yaşları yeme tutumu geliştirme riskine göre değerlendirildiğinde, yeme tutumu geliştirme riski olan ve olmayan kişilerin yaşları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir.

4.2. Bedensel Görünüş Memnuniyeti, Güncel Kilo Değerlendirmesi ve Beden Ağırlığını Değiştirme  abası Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Küresel olarak modernleşme artmasıyla birlikte sağlık ve beden hakkındaki ideolojiler ve algılar da değişmektedir. Beden şekli bozuklukları büyük ölçüde batı dünyasının sorunu olarak kabul edilirken son bulgular kültürel olarak sınırların ötesine geçtiğini göstermektedir (Le Grange D, 1998). Kişinin, vücut şekli ve kilosu ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri, kaygı ve endişeleri beden memnuniyetsizliğine yol açmaktadır (Goldschmidt AB ve ark., 2008). Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalar kilolu ve obez kişilerdeki vücut şekli ve kilo ile ilgili endişelerinin artmasının beden memnuniyetsizliğine yol açtığı ve zamanla kilo alımına sebep olabileceğini göstermektedir (Loth KA., ve ark., 2015). Kilolu ve obez olan kadınların yaklaşık %25'i şekil ve kiloya fazla önem vermekte olup yeme bozukluğu riski gelişimi için olası davranışlar sergilemektedir (Sonneville KR. Ve ark., 2015). Yapılan çalışmada dış

görünümünden memnun olmayan kişilerin yeme tutumlarındaki bozulmaların, dış görünümünden memnun olan ve kısmen memnun olan kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında yeme bozuklukları ile olumsuz beden algısı arasında anlamlı ilişki olduğundan söz edildiği görülmektedir (Ata, Vural ve Keskin, 2014; Cash ve Fleming, 2002; Polivy ve Herman 2002). Çalışmalar kilolu ve obez kişilerin bedenlerinden memnun olmadıkları aynı zamanda bedenlerine yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir (Chen, Fox, Haase ve Ku, 2010). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, erkeklerde de beden imajı bozukluğu ve beden memnuniyetsizliğinin arttığını ve bunun da yaşam kalitesini etkilediğini vurgulamaktadır (Griffiths ve ark., 2016; Mitchison & Mond, 2015; Tod, Edwards, & Cranswick, 2016).

Araştırmada kişilerin şu anki kilo değerlendirmesi ile bedensel görünüş memnuniyeti değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki gözlenmektedir. Kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayan kişilerin %55,9'unun bedensel görünüşlerinden memnun, %37,6'sının kısmen memnun olduğu; kilo vermeye çalışan kişilerin %60,7'sinin bedensel görünüşlerinden kısmen memnun olduğu ve kilo almaya çalışan kişilerin %76,9'unun bedensel görünüşlerinden kısmen memnun oldukları görülmektedir.

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar sağlıklı kilo kontrol davranışlarının obez kadınlarda %76, obez erkeklerde ise %55 şeklinde olduğu, aşırı kilo kontrol davranışının ise obez kadınlarda %18, obez erkeklerde ise %6'sı tarafından bildirildiği bulgusuna rastlanmaktadır (Neumark-Sztainer D, ve ark., 2002). Bu çalışmada da kişilerin şu anki kilo değerlendirmesi ile beden ağırlığını değiştirme çabası arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayanların %79,4'ünün kilolarının normal, kilo vermeye çalışan kişilerin %57,3'ünün şişman olduğu, kilo almaya çalışan kişilerin ise %73,1'inin zayıf olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada bu bulgulara benzer olarak; kilo vermeye çalışanların, kilosuyla ilgili hiçbir şey yapmayanlara ve kilo almaya çalışan kişilere oranla daha fazla bozulmuş yeme örüntülerine sahip oldukları gözlenmiştir (Sapmaz, 2014).

Çalışmada vücut algısı şişman olan kişilerin YTT puanı anlamlı olarak vücut algısı zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir. Beden algıları ve dış görünüşleri arasındaki ilişkiyi somut olarak değerlendirmek amacıyla katılımcıların BKİ'leri hesaplanmış ve bir kısmında beden algısında çarpıtmalar

olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların BKİ'lerine göre bulgular değerlendirildiğinde, şu anki kilosunu şişman olarak değerlendirenlerin %4,7'sinin zayıf, %22,7'sinin normal, bedenlerinden kısmen memnun olan kişilerin %19,8'inin BKİ'sinin zayıf, %42,7'sinin normal, bedenlerinden memnun olmayan kişilerin %10,6'sının BKİ'sinin zayıf, %27,3'ünün normal olduğu görülmektedir. Bu bulgular çalışmada kiloları normal olmasına rağmen beden ağırlığını olduğundan fazla algılayan kişiler olduğuna işaret etmiştir. Bu kişiler için ideal beden algılarının daha zayıf olma yönünde olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

4.3.Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Değişkenlerinin Katılımcıların BKİ Değişkenine Göre Tartışılması

Beden kitle indeksi ile vücut görünümünden memnuniyetsizlik arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Littleton ve ark., 2005). Bu sebeple BKİ'deki artış beden memnuniyetinde bir azalmaya neden olmaktadır (Widdowson M., 2014; Richard ve ark., 2016; Ghadakzadeh ve ark., 2011). Yapılan çalışmada katılımcıların Yeme Tutum Testi ortalama puanlarının katılımcıların BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Hafif şişman ve obez olan kişilerde yeme tutum testi ortalama puanlarının zayıf ve normal olan kişilerin ortalama puanından anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmektedir.

BKİ düzeyleri ile YTT arasındaki anlamlı ilişki, katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik biçimlerini BKİ değişkeniyle de değerlendirmeye itmiştir. Çalışmada erken dönem uyumsuz şemalardan onay arayıcılık ortalama puanının kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte olduğu, hafif şişman olan kişilerin onay arayıcılık şemasının anlamlı olarak zayıf olan kişilerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Şema alt boyutlarından kendini feda ortalama puanı da kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Normal ve hafif şişman olan kişilerin kendini feda ortalama puanı anlamlı olarak zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olarak görülmektedir. 'Başkalarına Yönelimlilik Alanı' içerisinde olan onay arayıcılık ve kendini feda şemalarına sahip olan bireyler genellikle koşullu kabul etme tarzını benimsemiş aile içerisinde yetiştirilmektedir. Burada çocuğun sevgiyi ve saygıyı görebilmesinin şartı ebeveynlerin

isteklerine uygun davranmaktır bu yüzden kendi ihtiyaçlarını umursamayan çocuk, benliğini baskılamaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Kabul edilmenin tek yolunun kendi isteklerine aldırmandan diğerlerinin istek ve ihtiyaçlarını karşılamak olduğuna inanan bir kişinin bozulmuş yeme davranışlarının sebeplerine bakılacak olursa, kendini kabul ettirmek istediği kişilerin beden görünümüne ilişkin beklentilerini karşılamaktan söz edilebilir. Böylelikle kişi zayıf bir vücuda sahip olarak başkalarının beklentilerini karşılayacaktır ve böylece hem onay arayıcılık hem de kendini feda şemalarını pekiştirmiş olacaktır.

Young şema alt boyutlarından anlamlı bir fark gösteren diğer alt boyut ise bağımlılık şemasıdır. Hafif şişman olan kişilerin bağımlılık ortalama puanının anlamlı olarak zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir. ‘Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı’ içerisinde olan bağımlılık alt boyutuna sahip bireyler genellikle aşırı koruyucu yaklaşan ya da bunun tam tersi olarak ilgi ve bakımdan yoksun bırakan ebeveynler tarafından yetiştirilmektedir. Her iki türlü de çocuğun kendine olan güveni zedelenmekte ve dış dünyaya kendini gösterebilme becerisi kazandırılmamaktadır (Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E., çev., 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bağımlılık şemasına sahip bir bireyin bozulmuş yeme davranışına baktığımızda, ailesi tarafında ilgiden yoksun bırakılmış bir kişinin besinlerle kurduğu olumsuz ilişkiyle varlığını gösterebileceği düşünülmektedir.

Young şema alt boyutlarından yüksek standartlar ortalama puanı kişilerin BKİ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Hafif şişman ve obez kişilerin yüksek standartlar ortalama puanı anlamlı olarak zayıf olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. ‘Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı’ içerisinde yer alan yüksek standartlar şeması, ebeveynlerin eleştirel bir tutum sergilediği ve sevginin koşullu verildiği aile türlerinde gelişmektedir (Young ve Klosko, 1993). Yüksek standart şemasına sahip olan kişiler oldukça mükemmeliyetçidirler, hata onlar için kabul edilemezdir ve hata yaptıklarında kendi kendilerine ağır eleştirilerde bulunmaktadırlar (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Yeme bozukluklarında mükemmeliyetçilik; yeme, beden şekli, kilo ve bunları kontrol edebilmekle kendini göstermektedir. YB olgularında benliğe ilişkin değerlendirmeler kilo ve yeme ile ilişkili alanlarda olduğundan, kişiler bu alandaki zorlayıcı standartlarına ulaşmak için sürekli bir

aba içine girmektedirler ve standartlara ulaşamama durumunda mükemmeliyetçilik tıknırcasına yeme davranışını beraberinde getirebilmektedir (Vitousek, 1996; Fairburn, 1997). Özellikle obez bireylerin bu şema alanının yüksek olmasının sebeplerinden birini, mükemmeli elde edemediği durumlarda tıknırcasına yeme davranışı sergileyebilme ihtimali ile ilişkilendirmek mümkün olacaktır.

4.4. Erken Dönem Uyumsuz şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Yeme Tutumu Değişkenlerinin Diyetisyene Başvurma Değişkenine Göre Tartışılması

Çalışmada diyetisyene başvurma durumu ile yeme tutumu geliştirme arasındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde anlamlı ilişkiye rastlanmaktadır. Diyetisyene başvuran katılımcıların %48,7'sinde yeme tutumu geliştirme riskinin bulunduğu, diyetisyene başvurmayan kişilerin ise %95,7'sinde yeme tutumu geliştirme riski olmadığı görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkararak diyetisyen başvurusu olan katılımcılar arasında hafif şışman ve obez bireylerin sayısının çokluğu, tıknırcasına yeme bozukluğunu dşndrmştir. Yemek yerken hızlı davranmak, tok olduğu halde rahatsız olacak kadar yemek, yalnızken yemek ve tıknıma atağının ardından suçluluk veya iğrenme hissine kapılmak TYB tanısı alan bireyler arasında yaygın olarak görülen davranışlar arasındadır (APA 2013). TYB, obezite problemi yaşayan kişilerde yeme ile ilişkili olarak yüksek oranda görülen psikopatolojilerdendir.

Bu çalışmada diyetisyene başvuran kişilerin yeme tutumu ile şema alt boyutları arasındaki ilişkisi incelendiğinde, duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, ayrıcalıklılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk, hastalık karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar şemaları anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Diyet girişimlerinin erken dönem uyumsuz şemalarla baş etmenin bir yolu olarak dşnldğu yönünde görüşler bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında diyet yapmak bir telafi davranışı olarak görülmekte ve kişi bu davranışı 2 tür inanç geliştirdiği için yapmaktadır. Bunlardan ilki, diğerleri tarafından kabul edilmek ikincisi ise kendi için kabul edilebilir bir birey (kilo veririm başarılı biri olurum) olmaktadır (Sapmaz, 2014).

Çalışmada diyetisyene başvuran kişilerin yeme tutumu ile algılanan ebeveynlik alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yeme tutumu ile algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, koşullu/başarı odaklı, küçümseyici/kusur bulucu, aşırı koruyucu/evhamlı ve sömürücü/istismar edici arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yeme tutumu ile algılanan baba stillerinden ise kuralcı/kalıplayıcı ve koşullu/başarı odaklı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anneye yönelik kuralcı/kalıplayıcı ebeveynlik algısına bakıldığında annenin, çocuğun hayatında duygularını açığa çıkarmasına olanak vermeyen, mükemmellik beklentisi içerisinde olan ve hataya izin vermeyen (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012) bir rol aldığını söylemek mümkün olacaktır. Bulgulara bakıldığında aynı davranışlar baba içinde geçerli olabilmektedir. Hem annede hem de babada görülen koşullu/başarı odaklı ebeveynlik stili literatüre bakıldığında ‘Onay Arayıcılık’ şeması ile ilişkilendirilmiştir ve bu tip anne babalar çocuklarının duygularına ve ihtiyaçlarına koşullu saygı ya da koşullu kabul ile cevap vermektedirler. Bu durum beraberinde çocuğun onaylanmak için kendi benliğini baskılamasını getirmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012). Yeme tutumu veya bozukluğu geliştirme riski açısından bu kişilerin diğerleri tarafından onaylanmadığında, kabul edilmediğini ve başarısız olduklarını varsayarak yeme davranışına başvurabilecekleri düşünülmektedir.

Katılımcılarda babada farklı olarak annenin küçümseyici/kusur bulucu, aşırı koruyucu/evhamlı ve sömürücü/istismar edici stillerinin daha fazla algılandığı görülmektedir. Diyetisyene başvuran kişilerdeki yeme tutum geliştirme riskinin oranını göz önünde bulundurduğumuzda, annenin ebeveynliğine yönelik daha fazla olumsuzluk algılanması literatürü destekler niteliktedir.

4.5. Yeme Tutumu Değişkeninin Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Algılanan Ebeveynlik Stilleri Değişkenleri İle İlişkisinin Tartışılması

Son zamanlarda Amerika ve Avrupa’da yapılan çalışmalar, düzensiz yeme davranışının arttığını göstermektedir (Whitaker AH,1992; Lucas AR., 1992; Eagles JM ve ark., 1995). Düzensiz yeme tutumları; kilo ve şekil ile ilgili uğraşlara, aşırı yeme davranışına ve bununla ilgili endişelere, aşırı yemenin doğuracağı olumsuz sağlık

sonuçlarına (Emery ve ark., 2013; Espinoza ve ark., 2010), daha fazla kilo alma durumuna (Neumark-Sztainer ve diğerleri, 2006; Yoon ve diğerleri, 2020) ve kardiyometabolik bozukluklara (Nagata ve diğerleri, 2018a) sebep olabilmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin %26,5’inde yeme bozukluğu geliştirme riski olduğu görülmektedir ve bu rakam azımsanamayacak kadar önem taşımaktadır. Çalışmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik yapılan korelasyon analizi sonuçları, bu değişkenler arasında çeşitli düzeylerde anlamlı ilişkiler bulunduğuna işaret etmektedir.

Şema terapi başlangıçta Young (1990-1999) tarafından kişilik patolojisi ve dirençli klinik problemlerle başa çıkmak için geliştirilmiştir. Günümüzde yeme bozuklukları da dahil olmak üzere çeşitli durumlarda kullanılan psikolojideki yeni tedaviler arasındaki (Azami ve ark., 2017; Pirnia ve ark., 2018), şema terapi bu bozukluğun tedavisi için iyi bir seçenek gibi görünmektedir. Son zamanlarda, şema terapinin yeme bozukluğu olan bireylere uygulanabilirliğine dikkat çekilmiştir (Pugh, 2015). Kanıtlar, uyumsuz şemaların anoreksiya ve bulimia nervozalı bireyler tarafından normal kontrollere kıyasla daha güçlü bir şekilde tutulduğunu göstermektedir (Leung N., ve ark., 2000). Şema terapi, erken uyumsuz şemaların çocukluk döneminde mizaç ve karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçlar arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak geliştiği fikrine dayanmaktadır. Şemalar, başa çıkma mekanizmalarını yönlendiren ve zamanla giderek uyumsuz hale gelen anılar, bilişler, duygular ve fiziksel tepkilerden oluşur. Şema Terapi, yeme bozukluklarının gelişmesinde ve sürdürülmesinde temel inançların ve şemaların rolünü vurgulamaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde veya sonraki dönemlerde gelişen inançlar şemalar olarak var olabilmektedir ve kendilik algıları ile ilgili inançlar psikopatolojide belirleyici bir rol oynamaktadır (Morgan ve ark., 2019). Genel olarak, erken dönem uyumsuz şemalar bağımsızlık ve performansın bozulmasıyla ilişkilendirilmiş olup, ebeveyn çocuk arasındaki ilişkide bu bilişsel algının beraberinde beslenme sorunlarını da getirdiği varsayılmaktadır (Loumidis & Wells, 2001). Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda, yeme bozukluğu olan kişilerin uyumsuz şemalar ölçeğinde daha yüksek bir puan aldığını görülmektedir (Tangolo & Massi, 2018); bağımlılık/yetersizlik, duyguları bastırma, duygusal yoksunluk, kusurluluk, başarısızlık, etkisiz kontrol merkezi, güvensizlik/sosyal izolasyon alt boyutları ile anlamlı ilişkisinin olduğu belirtilmektedir. Çeşitli çalışmaların sonuçları, şema tedavisinin çok çeşitli

bozukluklarda yararlı etkilerini ve şema tedavisinin kullanımını arttırdığını gösterse de, bu tedavinin kullanımının genişletilmesi, etkinliğinin artırılması gerektirir

Bu çalışmada da araştırmaya katılan kişilerin Young şema ölçek puanları yeme bozukluğu geliştirme riskine göre değerlendirildiğinde, yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin Young şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, kendini feda ortalama, terk edilme, hastalık karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar ortalama puanlarının anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte Young şema alt boyutlarından karamsarlık, ayrıcalıklılık, cezalandırıcılık ve kusurluluk ortalama puanları kişilerin yeme bozukluğu risk durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Analizler erken dönem uyumsuz şemaların riskli olan grubu, riskli olmayan gruptan ayırdığını göstermiştir. Bu sonuçlar yeme bozukluğu olan bireylerin normal örnekleme kıyasla tüm şemalara ait inançları daha fazla gösterdikleri yönündeki literatürü desteklemektedir. (Jones, Leung ve Harris, 2006; Leung, Waller ve Thomas, 1999; Waller, Ohanian, Meyer ve Osman, 2000). Bulgular yeme tutumu geliştirme riskine şema alt boyutlarının çoğunun anlamlı düzeyde etki ettiğini göstermekte olup bu alt boyutları tartışmaya itmektedir.

Bu alt boyutlara şema alanları içerisinde bakacak olursak ‘Kopukluk ve Reddedilmişlik’ alanı içerisinde olan ve yeme tutumunu anlamlı düzeyde etkileyen; terk edilme, duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon şema alt boyutlarının yüksek olduğu görülmektedir. Temel duygusal ihtiyaçlardan, güvenlik, kabul görme, empati ve bakımın karşılanmaması ve çocukluktaki travmalar bu alandaki şemaların gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu şemalara sahip kişiler ilerleyen dönemlerde sevgi, saygı, aidiyet, korunma, kabul görme gibi ihtiyaçlarının karşılanamayacağı inancını taşımaktadırlar. Çalışmada bu alanın bir alt boyutu olan terk edilme şeması kişinin önem verdiği kimseler tarafından terk edileceğine yönelik inançlarıdır. Yeme tutumu geliştirme riski taşıyan kişilerde bu alt boyutun anlamlı derecede yüksek olması, kilolu olduğu için ya da zayıf olmadığı için terk edileceğine yönelik inançlar barındırabileceği öngörülmektedir. Bir diğer alt boyut duygusal yoksunluk şemasıdır ve bu şema duygusal gereksinimlerinin başkaları tarafından karşılanmayacağı inancı şeklinde kendini göstermektedir. Kişi, ailesinde ya da sosyal çevresinde kendisine sevgi, koruma ve güven sağlayan kimsenin

olmadığına inanmaktadır. Bu alt şemaya sahip, yeme tutumu geliştirme riski taşıyan kişinin çevresi tarafından kabul görmemesindeki ve sevilmemesindeki nedeni beden görünüşüne bağlayabileceği düşünülmektedir. Anlamli derecede yüksek çıkan bir diğer alt boyut ise sosyal izolasyon şemasıdır. Bu şema herhangi bir grup ya da topluluğun parçası olmama duygusu taşıyan kişilerde görülmektedir. Yeme tutumu geliştirme riski açısından bu şemaya sahip bireyler değerlendirildiğinde, kilolu olduğu için ya da beden görünümünden memnun olmadığı için diğerlerine karşı uzak ya da kopmuş hissedebilecekleri düşünülmektedir.

Son olarak bu şema alanı içerisinde yer alan kusurluluk alt boyutunun anlamli bir farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu şema alanına sahip kişiler kendisinin kusurlu, değersiz, istenmeyen ve itici olduğu inancı taşımaktadırlar. Literatüre bakıldığında AN tanısı almış kadınlarda kalıtsal olarak kusurlu oldukları inancını geliştirdikleri belirtilmiştir (Leung ve ark., 2000). AN vakalarında kusurluluk şemasının olduğu varsayıldığında, bu çalışmaya bakılacak olursa bu alt şemanın gözlenmeme sebebi yeme bozukluğu geliştiren bireylerin çoğunluğunun BKİ düzeylerinin hafif şişman veya obez sınıfında olduğuna bağlanmaktadır.

‘Zedelenmiş Otonomi, ve Kendini Ortaya Koyma’ alanı içerisinde olan bağımlılık, başarısızlık ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık alt boyutlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Başarısızlık şeması, sorumlulukları tek başına yerine getiremeyeceğine, diğerleri kadar yetenekli olmadığına dair inançları kapsamaktadır. Yeme tutumu riski geliştirme açısından değerlendirilecek olursa, bu kişiler diğerleri kadar zayıf olmadığını, fiziksel aktiviteleri gerektiği gibi uygulayamayacağını, eğer diyetle başlarsa başkaları kadar iyi yapamayacaklarını düşünmekte olabileceği varsayılmıştır. Bu alanın yüksek çıkan diğer bir alt şeması ise bağımlılıktır. Bu şemaya sahip kişiler, gündelik işlerini tek başına yapabilme ve karar verme gibi becerilere sahip olmadıkları inancına hakimdirler. Yeme tutumu riski geliştirme açısından bu alt şemaya sahip kişilerin, kendi varlığını hissettiği, kontrol kurabildiği ve üzerinde başkalarına ihtiyaç duymaksızın kendisinin karar verdiği tek alanın besinler olduğunu düşünmesi mümkündür. Bu yüzden kişinin aşırı yemek yeme ya da yediğini aşırı kontrol etme gibi yollarla kendini rahatıyor olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer anlamli bulunan alt boyut ise dayanıksızlık şemasıdır. Bu şemaya sahip olanlar, beklenmedik bir zaman

diliminde bir felaketin olacağı hissine kapılmaktadırlar. Yeme tutumu geliştirme riski açısından bu bireylere bakıldığında, yemek yemenin bu felaket düşüncelerini engellediği varsayılmaktadır. Yani birey yine yemek yiyerek kendini rahatlatıyor olabilmektedir.

Çalışmada yeme tutumu geliştirme riski olan kişiler ‘Başkalarına Yönelimlilik’ alanı içerisindeki şemaların tamamını karşılamaktadırlar. Kendini feda alt boyutu kişinin başkalarının istek ve ihtiyaçlarına kendisinininkilerden daha çok önem vermesi şeklinde ele alınmaktadır. Onay arayıcılık alt boyutu ise, başkalarından takdir beklentisi içerisinde olmak şeklinde açıklanmaktadır. Bu alan alt şemalarına sahip kişilerin yeme tutumu geliştirme riski değerlendirildiğinde, kişinin bozulmuş yeme davranışlarının sebeplerine bakılacak olursa, kendini kabul ettirmek istediği kişilerin beden görünümüne ilişkin beklentilerini karşılamaktan söz edilebilir. Böylelikle kişi zayıf bir vücuda sahip olarak başkalarının beklentilerini karşılayacaktır ve böylece hem onay arayıcılık hem de kendini feda şemalarını pekiştirmiş olacaktır.

‘Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık’ alanı içerisindeki yüksek standartlar ve duyguları bastırma alt boyutları yüksek bulunmuştur. Yüksek standartlar şemasına sahip kişilerde, mükemmeliyetçilik söz konusu olmaktadır ve yeme tutumu geliştirme riski açısından bakıldığında, bireyin mükemmele ulaşmak için beden görüntüsünden hiçbir zaman memnun olmayacağı hep daha iyisine ulaşmak için kendini zorlayacağı düşünülmektedir. Özellikle AN’li bireylerde mükemmeliyetçiliğin izleri görülmektedir; kişi istenmeyen duygusunu bastırarak yüzeye çıkmasını önlemekte, yiyeceklerini sınırlandırmakta ve çok katı diyetler yaparak davranışını pekiştirebilmektedir. Yüksek standartlar şemasına bir başka açıdan bakıldığında, bireyin mükemmele ulaşamadığı durumlarda öfke, üzüntü gibi hissettiği duygular sebebiyle yeme davranışında aşırıya kaçmasının da mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bu da beraberinde obezite veya TYB gibi patolojileri getirebilmektedir. Bu alanın içinde yeme tutumu geliştirme riskinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bir diğer alt boyut duyguları bastırma olmuştur. Bu şemaya sahip kişiler sevgi gibi duygularını ifade etmekten kaçınmaktadırlar. Aynı alan içerisindeki cezalandırıcılık ve karamsarlık alt boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir. Yani kişilerde yeme tutumu geliştirme riskinin, hatalarından dolayı kendini cezalandırmayla ya da acı, ölüm, kayıp, ihanet gibi olumsuz yönlerine aşırı şekilde odaklanmayla ilişkili olmadığı gözlenmemektedir.

Yeme tutumu geliştirme riski açısından ‘Zedelenmiş Sınırlar’ alanında herhangi bir alt şemaya rastlanılmamıştır. Bu alan hak görme/ayrıcalıklılık alt şemasını içermekte olup, yeme tutumu geliştirmede kişinin başka insanlardan üstün olduğu, karşılıklılık kuralları tarafından sınırlandırılmadığı inancının ilişkili olmadığı gözlenmektedir.

Yeme tutumuyla ilişkili olduğu düşünülen diğer değişken ise algılanan ebeveynlik stilleri olmuştur. Araştırmaya katılan kişilerin young ebeveyn ölçek puanları yeme bozukluğu riskine göre değerlendirildiğinde, yeme bozukluğu riski geliştirme riski taşıyanların anne baba tutumlarını algılaması açısından farklılaştığını gözlenmektedir. Risk taşıyan kişilerde, ebeveynlerin her ikisinin de ‘kuralcı/kalıplayıcı’, ‘koşullu/başarı odaklı’, ‘küçümseyici/kusur bulucu’, ‘aşırı koruyucu/evhamlı’ olarak algıladıkları görülmektedir. Buna ek olarak yalnızca anneden ‘sömürücü/istismar edici’ ebeveynlik algıladıkları bulunmuştur. Bu bulgulara benzer olarak kadınlarla yapılan çalışmalar yeme bozukluğu geliştirme riski olanlarda “kuralcı/kalıplayıcı”, “kötümser/endişeli”, “küçümseyici/kusur bulucu” anne ve baba stillerini daha yüksek algıladıkları bilgisine ulaşılmaktadır. (Akhun, 2012; Erbaş, 2015; Sapmaz, 2014).

Çalışmada yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin hem YEBÖ-A hem de YEBÖ-B alt boyutlarından kuralcı/kalıplayıcı ortalama puanı anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir. Darling ve Steinberg (1993), bu stildeki anne ve babaların çocuğu katı kurallarla yetiştirdiği için sürekli boyun eğmesi beklediğini, çocuğun istek ve ihtiyaçlarına önem vermediğini belirtmektedir. Bu da çocuklarda boyun eğme, kendini yetersiz başarısız hissetme, yeteri kadar aktif olamama gibi özelliklere zemin hazırlamaktadır (Baumrind, 1966). YB’nin bu stilde yetiştirilen kişiye yaşamının bir alanı üzerinde kontrol kurma işlevi olarak hizmet ettiği öngörülmektedir (Waller, 1994). Bu ebeveynlik algısına sahip olan kişilerin yüksek standartlar, duyguları bastırma ve cezalandırıcılık şemalarını geliştirmesi mümkün görülmektedir. YB’de mükemmeliyetçiliğin rolü ve önemine vurgu yapan ilk kuramcılardan biri olan Bruch (1973) mükemmeliyetçi standartlara ulaşmak için gösterilen çabanın AN’nin temel özelliklerinden olduğunu belirtmektedir. Literatüre bakıldığında yeme bozukluklarında mükemmeliyetçiliğin iki biçimde rol oynamakta olup birincisinin mükemmeliyetçi kişinin koyduğu yüksek standartlar ve bu katı standartları yakalayıp yakalayamadığına ilişkin değerlendirmeleri şeklinde belirtilmektedir (Hewitt

ve ark., 1994). Yani yeme bozukluğu geliştiren mükemmeliyetçi kişiler hem kendine hem de başkalarına yönelik yüksek beklentiler içerisindedir ve bu beklentilerin değerlendirmelerini ya hep ya hiç olarak iki uçlu bir biçimde yapmaktadırlar (Kılıç, 2019). İkinci etkisi ise, mükemmeliyetçi benliğe duyulan ihtiyaç olarak ele alınmaktadır ve mükemmel olmayan taraflarını göstermeme çabası kişiyi yeme davranışına itebilmektedir (Kılıç, 2019). Ya hep ya hiç düşüncesi BN vakalarında da standartlara ulaşamama durumunda tıknırcasına yeme davranışını beraberinde getirebilmektedir.

Yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin hem YEBÖ-A hem de YEBÖ-B alt boyutlarından aşırı koruyucu/evhamlı ortalama puanı yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Bu biçimde ebeveynlik tutumuna sahip olan ailelerde bireyin davranışları cezalandırılmakta olup ve bağımlı davranışları pekiştirilmektedir. Yani ocuklukta ve ilerleyen dönemlerde kişi kendisini içe yaramaz, yetersiz, biçare ve başarısız biri olarak görmekte, sürekli başkaları tarafından güvenlik, bakım ihtiyaçlarının karşılanmasını beklemekte ve onay arzusu içerisine girmektedir. (Arntz, 2012; Young ve ark., 2003). Bu zellikler erken dönem uyumsuz şemalardan; başarısızlık, dayanıksızlık ve bağımlılık şemalarını hatırlatmaktadır ve çalışmada bu şemaların da anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir. AN tanısı almış kişilerin ebeveynlerinde aşırı koruyuculuk faktörünü de içeren bir takım psikosomatik aile özelliklerinin bulunduğu bildirilmektedir (Minuchin ve ark.,1978),

Yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin hem YEBÖ-A hem de YEBÖ-B alt boyutlarından koşullu/başarı odaklı ortalama puanı yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmada; ebeveynin aşırı koruyucu, kayıtsız ve ilgisiz olduğu ve yine ebeveynin yüksek beklentili, aşırı eleştirici tavır sergilediği ailelerde yetişen çocuklarda yeme bozukluğu geliştirmenin etkisi saptanmıştır (Le Grange ve ark., 2009). Bu tip ailelerde yetişen çocuklar ebeveynlerinin kendilerinden aşırı seviyede ve birçok alanda başarı beklediğini, fazlasıyla eleştiriye maruz kaldıklarını ve aileleri tarafından anlayışla karşılanmadıklarını bildirmektedirler (Toker ve Hocaoglu, 2009).

Yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin hem YEBÖ-A hem de YEBÖ-B alt boyutlarından küçümseyici/kusur bulucu ortalama puanı yeme bozukluğu riski

olmayan kişilerin ortalama puanından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir ve erken dönem uyumsuz şemalardan başarısızlık ve kusurluluk alt boyutlarıyla ilişkilendirilmektedir. Yeme tutumu geliştirme açısından düşünüldüğünde, bu ebeveynlik biçimi ve ilişkilendirildiği şemaların AN, BN ve TYB'ye yol açabileceği öngörülmektedir. AN ve BN'nin yanı sıra TYB'den bahsedilecek olursa erişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğu olmakla beraber (Iacovino ve ark. 2013) kilo vermek için hastaneye başvuran kişilerde % 25-30 oranında görüldüğü bilgisine ulaşılmıştır (Spitzer ve ark. 1993; Klem ve ark. 1998). Çalışmaya katılan kişilerin yarısının diyetisyene başvurmuş kişilerden oluşması bu bulguları ve TYB geliştirme riskinin fazlalığını destekler niteliktedir.

Yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin YEBÖ-A alt boyutlarından sömürücü/istismar edici ortalama puanı yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Aksoy ve Ögel (2003), çocuklukta istismara uğrayan bireylerin vücutlarını anne ve babalarıyla iletişim kurmakta bir araç olarak kullandıklarını belirtmektedir. Bu tip ebeveynliğin, erken dönem uyumsuz şemalardan, terk edilme, duygusal yoksunluk gibi alt boyutların geliştirilmesine zemin hazırlayacağı akla gelmektedir. Bu ebeveynlik biçimi değerlendirildiğinde, yeme bozukluğu geliştirmenin; kişilerin bedenlerine zarar vermesinin kendilerine olduğu kadar anne ve babalarına da zarar vereceğini düşünmelerinden kaynaklı olabilmektedir. Böylece ebeveyn cezalandırılmış olacaktır. Bu da AN ve BN'yi akla getirmektedir.

Araştırmada kişilerin yeme tutumu ile young şema alt boyutları ve young ebeveynlik düzeyleri arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde, yeme tutumu ile young şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk, hastalık karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yeme tutumu ile algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, koşullu / başarı odaklı, küçümseyici, kötümser, sömürücü, aşırı koruyucu ve değişime kapalı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu Yeme tutumu ile algılanan baba stillerinden ise kuralcı/kalıplayıcı, koşullu/başarı odaklı,

küçümseyici/kusur bulucu ve aşırı koruyucu/evhamlı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca bu çalışmada, araştırmanın değişkenlerinin yeme tutumunu yordama gücüne bakılmıştır. Yeme bozukluklarının gelişmesinde risk olarak görülen erken dönem uyumsuz şemalar ve algılanan ebeveynlik stilleri analize alınarak hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk modelde şema alt boyutlarının yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir. Başarısızlık, onay arayıcılık ve yüksek standartlar alt boyutlarının yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır ve toplam varyansın %17,4'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde ise şema alt boyutlarıyla birlikte algılanan ebeveyn stillerinin yeme tutumu üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir. Young şema alt boyutlarından başarısızlık, onay arayıcılık ve yüksek standartlar, algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, sömürücü ve algılanan baba stillerinden aşırı koruyucu değişkenleri pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı görülmektedir. Cezalandırıcı ve aşırı koruyucu değişkenlerinin ise yeme tutumunu negatif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır ve toplam varyansın %26'sını açıklamaktadır. Algılanan ebeveyn stillerinin, yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve toplam varyansın %9 oranında açıklanabilirliğini arttırdığını söylemek mümkün olacaktır. Bu bulgu YB'nin anneden algılanan tutumlar ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışma bulgularına ek olarak (Bachar ve ark., 2008; Cannetti ve ark., 2008; Pehlivan, 2017) babanın tutumunun da YB'nin gelişiminde etkisinin olduğunu gösteren araştırma bulguları ile uyumluluk göstermiştir (Bullik ve ark., 2000; Leung ve ark., 2000; McEwen & Flouri, 2009; Steiger ve ark., 1989).

YB tanısı alan kişilerin tutarlı bir biçimde annelerinden ya da babalarından birinin ya da ikisinin de tutumunu olumsuz olarak algıladıkları bilindiğinden (Viesel & Allan, 2014) bu çalışmanın bulgusu beklenen bir sonuç olmaktadır.

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına ve faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Bu şekilde yeme tutumu, Young şema ve Young ebeveyn ölçekleri için güvenilirlik analizi uyguladığımızda; minimum Cronbach's alfa katsayısı her bir ölçümde 0,80'den büyük olduğu görülmektedir. Özetle uyguladığımız ölçek, ölçmek istediğimiz olguyu çok iyi bir şekilde ölçmektedir ve bu ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

SONUÇ

Araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen temel bulgulardan ilki araştırmaya katılan kişilerin YTT ortalama puanı kişilerin cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık göstermediği yönündedir. Bedensel görünüşlerinden memnun olmayan kişilerin YTT ortalama puanı anlamlı olarak bedensel görünüşlerinden memnun olan ve kısmen memnun olan kişilerin ortalama puanından yüksek bulunmuştur. Ayrıca kişilerin şu anki kilo değerlendirmesi ile beden ağırlığını değiştirme çabası arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Araştırmada kişilerin beden ağırlığını değiştirme çabası ile bedensel görünüş memnuniyeti arasındaki ilişki durumu anlamlıdır.

Diyetisyene başvuran kişilerin ortalama YTT puanı anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir yani diyetisyene başvurma durumu ile yeme tutumu geliştirme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyetisyene başvuran kişilerin %51,3'ünde yeme tutumu geliştirme riski görülmektedir ve bunun ciddi bir oran olduğu düşünülmektedir. Diyetisyene başvuran kişilerin duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, ayrıcalıklılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk, hastalık karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar şemaları anlamlı olarak diyetisyene başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yine diyetisyene başvuran kişilerin algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı , koşullu/başarı, küçümseyici, sömürücü, aşırı koruyucu ve algılanan baba stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, koşullu/başarı odaklı anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme bozukluğu geliştirme riski olan kişilerin şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, kendini feda ortalama, terk edilme, hastalık karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar ortalama puanlarının anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte şema alt boyutlarından karamsarlık, ayrıcalıklılık, cezalandırıcılık ve kusurluluk ortalama

puanları kişilerin yeme bozukluğu risk durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğine ulaşılmıştır. Yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan kişilerde risk taşımayanlara göre anlamlı bir şekilde ebeveynlerin her ikisini de ‘kuralcı/kalıplayıcı’, ‘koşullu/başarı odaklı’, ‘küçümseyici/kusur bulucu’, ‘aşırı koruyucu/evhamlı’ olarak algıladıkları görülmektedir. Buna ek olarak yalnızca anneden ‘sömürücü/istismar edici’ ebeveynlik algıladıkları bulunmuştur.

Erken dönem uyumsuz şemalardan başarısızlık, onay arayıcılık ve yüksek standartlar alt boyutlarının yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır ve toplam varyansın %17,4’ünü açıklamıştır. Algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, sömürücü/istismar edici ve algılanan baba stillerinden aşırı koruyucu alt boyutlarının yeme tutumunu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı görülmektedir. Cezalandırıcı ve aşırı koruyucu değişkenlerinin ise yeme tutumunu negatif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Algılanan ebeveyn stillerinin, yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve toplam varyansın %9 oranında açıklamıştır.

Son olarak Yeme tutumu ile Young şema alt boyutları ve Young ebeveynlik stilleri arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiş, yeme tutumu ile şema alt boyutlarından duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, bağımlılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk, hastalık karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yeme tutumu ile algılanan anne stillerinden kuralcı/kalıplayıcı, koşullu/başarı odaklı, küçümseyici/kusur bulucu, kötümser/endişeli, sömürücü/istismar edici, aşırı koruyucu/evhamlı ve değişime kapalı/duygularını bastıran arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu; yeme tutumu ile algılanan baba stillerinden ise kuralcı/kalıplayıcı, koşullu/başarı odaklı, küçümseyici/kusur bulucu ve aşırı koruyucu/evhamlı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Çalışma verilerinin toplanma sürecinde Pandemi ilan edilmiştir. Bu sebeple özellikle diyetisyen başvurusu olan kişilere ulaşmak zorlu olmuştur. İlerleyen süreçte sağlıklı toplum koşullarında benzer bir çalışmanın yapılmasının literatüre katkı sağlayabileceği öngörülmektedir. YB ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada erkekler örneklemin %40'ını oluşturmaktadır. Her ne kadar erkekler dahil edilmiş olsa da bu oran yeterli değildir. İlerleyen dönemlerde yapılacak olan çalışmalarda erkeklerin de ön planda olması önerilmektedir. Çalışmada bir takım sınırlılıklar mevcuttur. Bunlarda biri YB açısından riskli olan grubun YTT'ye göre belirlenmiş olmasıdır. Her ne kadar çalışmanın yarısı diyetisyen başvurusu olan kişilerle yapılmış olsa da, bu kişiler klinik alanda YB tanısı almamıştır. İlerleyen süreçte tanı almış kişilerle bu çalışmanın tekrarlanmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer bir sınırlılık katılımcılar içerisinde diyetisyen desteği almış veya alıyor olanların, en son ne zaman diyetisyene başvurduğu, ne kadar süre destek aldığı, kilo verdikten sonra takip edilip edilmediği yönünde bilgilerin eksikliğinin sonuçlar üzerinde farklılık yaratabileceği ön görülmektedir. YB'ye eşlik eden diğer bozuklukların Eksen I (kaygı, depresyon vs.) grubunda yer aldığı belirtilmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003; Vardar ve Erzengin, 2011). Çalışmada Eksen I bozukluğuna dair bilgi alınmaması sınırlılıklardan bir diğeridir. Eksen I bozukluklarının eşlik etmesi durumunda, özellikle ebeveynlerin değerlendirilmesinde daha fazla olumsuz bildirilmesi muhtemel olacaktır. Örneklemin 18-40 yaş aralığından oluşması adölesan ve yaşlı kişilerde incelemelerin yapılmasını kısıtlamıştır. Gelecekte yürütülecek olan çalışmalarda daha geniş örneklem grubu üzerinde yapılması önerilmektedir. Sınırlılık olan düşünülen bir diğer detay, literatüre yeme bozukluklukları çerçevesinde bakıldığında yapılan çalışmaların çoğunun AN ve BN üzerine olup; TYB'ye fazla değinilmemesi olmuştur. Son olarak çalışmada kesitsel araştırma deseninin kullanılmasının, değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisinin değerlendirilmesini sınırlandırdığı düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda boylamsal araştırma deseninin kullanılması da önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Ağırman, A., & Maner, F. (2010). Yeme bozuklukları ve duygusal istismar: Olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 121-127.
- [2] Akhun, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde, algılanan ebeveynlik biçimleri, erken dönem uyumsuz şemaları, benlik kurguları, ayrılma-bireyleşme ve duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik belirtilerle ilişkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [3] Aksoy, A., & Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 226-236.
- [4] Alantar, Z., & Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 97-104.
- [5] Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, DSM-5 (2013). (E., Köroğlu, Çev), Ankara: Hekimler Yayın Birliği (Orijinal çalışma basım tarihi, 2013).
- [6] Arntz, A. (2012). Schema Therapy for Cluster C personality disorders. van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice içinde* (s. 397-414). United Kingdom: John Wiley & Sons.
- [7] Bachar, E., Kanyas, K., Latzer, Y., Canetti, L., Bonne, O., & Lerer, B. (2008). Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *European Eating Disorders Review*, 16, 184-90.
- [8] Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270-281. doi:10.1016/S1077-7229(00)80083-8.
- [9] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- [10] Batur, S. (2004). Yeme bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar. Yayımlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [11] Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907
- [12] Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- [13] Beck, A. T., B., Rush, J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- [14] Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (s. 411–429) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- [15] Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl A (2002) Çocuk ve ebeveyn psikopatolojisi ile ilgili ebeveynlik: literatürün tanımlayıcı bir incelemesi. *Clin Çocuk Psikiyatrisi* 7: 529-552.
- [16] Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- [17] Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2012). Are early maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*.
- [18] Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- [19] Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.
- [20] Bullik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of AN: eating attitudes, personality, and parental bonding. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(2). 139-147.
- [21] B. ULAŞ Et Al., "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörle," *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol.2, pp.15-22, 2013.
- [22] Brady, S. S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of ED among both men and women. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 347-351.
- [23] Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*. 1994; 24:859–867.
- [24] Brewerton, T. D., Hand, L. D. Ve Bishop, E. R. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire In Eating Disorder Patients. *International Journal Of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199309\)14:2<213::AID-EAT2260140211>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199309)14:2<213::AID-EAT2260140211>3.0.CO;2-P)
- [25] Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within* (Vol.5052). Basic Books.
- [26] Bruch, H. (1978). *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- [27] Bruch, H. (1979). *Island In The River: The Anorexic Adolescent In Treatment. Adolescent Psychiatry*.
- [28] Bryant-Waugh R. Overview of eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Psychology Press; 2000. pp. 27–40.
- [29] Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (6), 703-716.

- [30] Connell, M., & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746-773.
- [31] Context. *Global Journal of Human-Social Science Research* 2011;11:15–32.
- [32] Cooper, M.J., Todd, G., & Cohen-Tovee, E. (1996). Core beliefs in eating disorders. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 10, part 2, 2-3.
- [33] Cooper PJ, Steere JA. Comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33:875–885.
- [34] Çetin, Altan (2006), “Memluk Devletinde Yemek Kültürüne Genel Bir Bakış”, *Milli Folklor, Geleneksel Yayıncılık Yıl 18. sayı.72. s-107-117*.
- [35] Cordero, E. D., & Israel, T. (2009) Parents as a protective factor in eating problems of college women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 17(2), 146-161.
- [36] Dalle Grave R, Calugi S, Conti M ve ark. (2013) Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 82:390-398.
- [37] Damiano, S. R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L. Ve Patton, G. (2015). Maladaptive Schemas In Adolescent Females With Anorexia Nervosa And Implications For Treatment. *Eating Behaviors*, 16, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016>
- [38] Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- [39] Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., Grierson, D. (2011). The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 414-424.
- [40] Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A (2007) Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. In: *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Eds J Yagers, PS Powers):195-207. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- [41] Dizdar, Y., (2014). *Yemezler Bilimsel Verilerle Gıda Hastalık İlişkisi*. Yayınevi: Hayykitap - 237.
- [42] Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 220-226.
- Dingemans AE, Spinhoven P, van Furth EF. Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eat Behaviors* 2006; 7:258–265.
- [43] Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1266-71.
- [44] Erbaş, S. (2015). *Yeme tutumlarının nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde incelenmesi. (Doktora Tezi)*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [45] Evers C, Adriaanse M, de Ridder DT, de Witt Huberts JC. Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite* 2013; 68:1–7. 30.

- [46] Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003) Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. Eating disorders. disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- [47] Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707–711.
- [48] Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorders. In D. M. Clark, C. G. Fairburn (Eds). *Science and Practice of cognitive behaviour therapy içinde*. Oxford: Oxford University Press.
- [49] Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.
- [50] Fairburn CG, (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Handbook of Treatment for Eating Disorders içinde*. DM Garner, PE Garfinkel (ed). Guilford Press, New York, s:278-294.
- [51] Fairburn CG, (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia içinde*, DM Garner, PE Garfinkel (ed). Guilford Press, New York, s:160-191.
- [52] Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M ve ark. (1986) A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 24:629-643.
- [53] Fairburn CG, (2002), Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Eating Disorders and Obesity içinde*. CG Fairburn, KD Brownell (ed) ikinci baskı. The Guilford Press, New York, s:302-307.
- [54] Fairburn CG, Beglin SJ (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147:401-408.
- [55] Fairburn CG, Cooper Z (1993) The eating disorders examination. In *Binge Eating: Nature Assessment and Treatment*, 12th ed. (Eds CG Fairburn, GT Wilson), Guilford Press, New York, s.317-360.
- [56] Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- [57] Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. NY: The Guilford Press. Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- [58] Ferrari EP, Petroski EL, Silva DAS. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35: 119-27. doi: 10.1590/S2237-60892013000200005.
- [59] Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 1–36.
- [60] Galsworthy-Francis L, Allan S (2014) Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 34:54-72.
- [61] Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 273–279.
- [62] Geliebter A, Hassid G, Hashim SA. Test meal intake in obese binge eaters in relation to mood and gender. *Int J Eat Disord*, 2001.

- [63] George, L., Thornton, C., Touyz, S. W., Waller, G. & Beumont, P. JV (2004). Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist*, 8(2), 81-85.
- [64] Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body image concern inventory (BICI)for identifying patients with BDD seeking rhinoplasty: using a Persian (Farsi)version. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2011; 35(6):989-94.
- [65] Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*. 2008;16(2):257–64.
- [66] Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30, 823-834.
- [67] Granstrom L. & Backman L., (1985). Stomach distension in extremely obese and in normal subjects. *Acta Chir Scand* 151:367–370.
- [68] Gray, M., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59–92). Washington, DC: American Psychological Association.
- [69] Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., & Paxton, S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 40(6), 518–522. doi:[https:// dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12538](https://dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12538)
- [70] Grilo OM, Shiffman S, Carter-Campbell JT. Binge eating in normal weight, non-purging females: is there consistency? *Int J Eat Disord* 1994;16:239 – 49.
- [71] Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2001; 179:236–242
- [72] Haj Sadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: a randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018; 11(11): e67019.
- [73] Hay PJ, Bacaltchuk J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD000562
- [74] Harry E, Gwirtsman, MD & Michael H. Erbert, MD-CURRENT psikiyatri tanı ve tedavi kitabı. s 421-429.
- [75] Hawkins RC, Clement PF. Aşırı yeme: Ölçüm problemleri ve kavramsal bir model. In: Hawkins RC, Fremouw WJ, Clement PF, editörler. *Tıkınırcasına temizleme sendromu: Tanı, tedavi ve araştırma*. New York: Springer; 1984. s. 229–251.
- [76] Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18:31-47.
- [77] Hewitt, P. L., Flett, G. L., ve Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self- presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317-326.
- [78] Holmqvist K, Frisén A. Body dissatisfaction across cultures: Findings and research problems. *European Eating Disorders Review*. 2010;18(2):133–46.
- [79] Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE (2012) Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14:432-446.

- [80] İbn Abidin, Reddü'l-muhtâr, thk. Adil Ahmed-Al Muhammed Muavvid, Dâru Alemi'l-kütüb, Riyad 2003; 148.
- [81] Jenkins PE, Morgan C, Houlihan C. Outpatient CBT for Underweight Patients with Eating Disorders: Effectiveness Within a National Health Service (NHS) Eating Disorders Service. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2019; 47(2): 217-29.
- [82] Jones , C. J., Leung, N., & Harris, G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. British Journal of Clinical Psychology. 45(3), 316-330.
- [83] Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H., & Büyüköztürk, Ş. (2016). Üç Faktörlü Yeme Ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 229-237.
- [84] Keskingöz, B. (2002). Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [85] Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73:904-914
- [86] Kılıç N. (2019). Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yeme Stilleri Ve Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Yeme Bozukluğu Belirtileri İle İlişkisinin İncelenmesi (Doktora Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- [87] Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO (1998) Psychological symptoms in individuals successful at long-term maintenance of weight loss. *Health Psychol*, 17:336-345.
- [88] Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Bieble W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1127-1131.
- [89] Köroğlu, E. (2009). Bilişsel-davranışçı psikoterapiler: temel kavramlar, temel yaklaşımlar. Ankara: HYB Basım Yayın
- [90] Köroğlu, E. (2009). Benlik saygısı ve sağlıklı benlik algısı geliştirme. Ankara yeme bozukluğu.
- [91] Kring AM, Johnson SL, Davison G, Neale J (2015). Anormal Psikolojisi (Translation Ed M Şahin). Ankara, Nobel.
- [92] Kuan PX, Ho HL, Shuhaili MS, Siti AA, Gudum HR. Gender differences in body mass index, body weight perception and weight loss strategies among undergraduates in Universiti Malaysia Sarawak. *Malays J Nutr*. 2011;17:67- 75.
- [93] Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- [94] Le Grange D, Telch C, Tibbs J. Eating attitudes and behaviors in 1,435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):250–4.
- [95] Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 736 –741.

- [96] Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205–213.
- [97] Leung N, Waller G, Thomas G. Outcome of group cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa: the role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*. 2000; 38:145–56.
- [98] Levy, K. N., Blatt, S. J. ve Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and parental representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407-419.
- [99] Littleton HL, Axom DS, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*. 2005;43(2):229-41.
- [100] Loeb KL, Radnitz C, Keller K, Schwartz M, Zucker N. Optimal defaults in the prevention of pediatric obesity: A constructive approach to a controversial issue. *Healthy aff*. 2010; 29(3): 379-387.
- [101] Loth KA, Watts AW, Van Den Berg P, Neumark-Sztainer D. Does body satisfaction help or harm overweight teens? A 10-year longitudinal study of the relationship between body satisfaction and body mass index. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(5):559–61.
- [102] Loumidis K, Wells A. Exercising for the wrong reasons: relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2001; 8(6): 416-23
- [103] Lucas AR. The eating disorder “epidemic”: More apparent than real? *Pediatr Ann* 1992;21:746-51.
- [104] Luck, A., Waller, G. ve Meyer, C. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717–732.
- [105] Maier, M. J., Haeussinger, F. B., Hautzinger, M., Fallgatter, A. J., & Ehlis, A. C. (2017). Excessive bodybuilding as pathology? A first neurophysiological classification. *World Journal of Biological Psychiatry*, 18, 1–11. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/15622975.2017.1395070>.
- [106] McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. (2001). The structure of the Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 20-41.
- [107] McEwen, C. & Flouri, E. (2009). Fathers “parenting, adverse life events, and adolescents” emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 206-216.
- [108] McGinn, L. K. ve Young, J. E. (1996). Schema Focused Therapy. Salkovskis P.M. (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy içinde*, (s.182-207). New York: Guilford Press.

- [109] Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [110] M. Nagata, A.K. Garber, J. Tabler, S.B. Murray, K. Bibbins-Domingo Disordered eating behaviors among overweight/obese young adults and future cardiometabolic risk in the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health Journal of Adolescent Health, 62 (2) (2018), pp. S17-S18.
- [111] Moore, P. S., Whaley, S. E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 113(3), 471-476.
- [112] Morrison, J. (2016). DSM-5'i kolaylaştıran 'Klinisyenler için tanı rehberi'. Muzaffer Şahin (Çev. Ed.). Ankara: Nobel.
- [113] Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. British Medical Journal. 1998; 297:718–719.
- [114] Musaiger AO, Al-Mannai M. Role of obesity and media in body weight concern among female university students in Kuwait. Eat Behav. 2013; 14:229-32. doi: 10.1016/j.eatbeh. 2012.12.004.
- [115] Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C & Casey MA (1999) Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. J Am Diet Assoc 99, 929–937.
- [116] Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(2):171–8.
- [117] Neumark-Sztainer, J. Croll, M. Story, P.J. Hannan, S.A. French, C. Perry. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from Project EAT Journal of Psychosomatic Research, 53 (5) (2002), pp. 963-974, [10.1016/s0022-3999\(02\)00486-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00486-5)
- [118] NICE (2004) Eating disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, related eating disorders. NICE Clinical Guideline No:9. London, National Institute for Clinical Excellence.
- [119] Ogden J. The psychology of eating, from healthy to disordered behavior. Oxford: Blackwell; 2003.
- [120] Ogden J. The psychology of eating, from healthy to disordered behavior. Oxford: Blackwell; 2010.
- [121] Owens, L. K., Hughes, T. L., & Owens-Nicholson, D. (2002). The effects of sexual orientation on body image and attitudes about eating and weight. Journal of Lesbian Studies, 7(1), 15-33.
- [122] Özdel ve ark., (2003) Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):145-152.

- [123] Park, E.C., Waller, G. & Gannon, K. (2014). Early improvement in eating attitudes during cognitive behavioral therapy for eating disorders: the impact of personality disorder cognitions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 42(2), 224,237
- [124] Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19.
- [125] Pawluck, D.E., & Gorey, K.M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 347–352.
- [126] P. Espinoza, E. Penelo, R.M. Raich. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later? *Body Image*, 7 (1) (2010), pp. 70-73.
- [127] Pehlivan, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin yeme tutum inançları, bağlanma stilleri, yalnızlık düzeylerinin yeme tutumu üzerindeki etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- [128] Phillips, S. L. (2003). Contributing factors to music attitude in sixth, seventh and eighth grade students. (Non-published dissertation). The University of Iowa.UMI number: 3097568.
- [129] Piaget, J., Cook, M., (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- [130] Polivy, J., Herman, C. P.: 2002 “Causes of Eating Disorders”, *Annual Review of Psychology*, 53/1, 187-213.
- [131] ProQuest Dissertations and Theses; 2003; ProQuest Dissertations & Theses (PQDT).
<http://search.proquest.com/docview/305335804/previewPDF/13BB3703C3C1551059B/2?accountid=10527>
- [132] Pryor, T. Ve Wiederman, M. W. (1996). Measurement Of Nonclinical Personality Characteristics Of Women With Anorexia Nervosa Or Bulimia Nervosa. *Journal Of Personality Assessment*. https://doi.org/10.1207/S15327752jpa6702_14
- [133] Racine SE, Keel PK, Burt SA, Sisk CL, et al. Individual differences in the relationship between ovarian hormones and emotional eating across the menstrual cycle: a role for personality? *Eat Behav* 2013;14:161–6. 31.
- [134] Refaeli, E., Bernstein, D. P., Young, J. E. (2013). Şema terapi ayırıcı özellikler (I.Baskı). (M. gâşioğlu, Çev), (H. A. Karaosmanoğlu ve N. Azizlerli, (Ed.). İstanbul, Psikonet Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi, 2011).
- [135] Recent advances in the physiology of eating Stephen French and Kate Castiglione *Proceedings of the Nutrition Society* (2002), 61, 489–496 DOI:10.1079/PNS2002190 © The Authors 2002.
- [136] Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Sauro CL, Ravaldi C, Rotella CM et al. (2010) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55:656-665.
- [137] Richard A, Rohrmann S, Lohse T, Eichholzer M. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):863.
- [138] Riskind, J. H. ve Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705-725.

- [139] R.L. Emery, K.M. King, S.F. Fischer, K.R. Davis The moderating role of negative urgency on the prospective association between dietary restraint and binge eating. *Appetite*, 71 (2013), pp. 113-119.
- [140] Robert, C. A., Munroe-Chandler, K. J., & Gammage, K. L. (2009). The relationship between the drive for muscularity and muscle dysmorphia in male and female weight trainers. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 23(6), 1656–1662.
- [141] Roediger, E. (2015). Şema Terapi Nedir? (1. Baskı). (Sevinç Ataman, Çev). İstanbul: Nobel Yayıncılık. (Özgün kitabın basım tarihi, 2009).
- [142] Sapmaz S. (2014). Erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik biçimleri ve duygu düzenlemenin yeme tutumu üzerindeki etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- [143] Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19-25.
- [144] Schneer, A. (2002). Eating disorders: A disorder of in and out. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(2), 161-176.
- [145] Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. ve Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- [146] Schmidt, N. B., Schmidt, K. L. ve Young, J. E. (1999). Schematic and interpersonal conceptualizations of depression: An integration. T. Joiner ve J. C. Coyne (Ed.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*, (s. 127-148).. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- [147] Sepulveda AR, Carrobbles JA, Gandarillas AM. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*. 2008; 8:102.
- [148] Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the young parenting inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787–802.
- [149] Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., & Murray, J. (2006). Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised Young Parenting Inventory. *Eating behaviors*, 7(1), 37-45
- [150] Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 17(4), 290–300.
- [151] Simpson, S. G., Morrow, M., Vreeswijk ,M. V., & Reid, C.(2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182.
- [152] Sonnevile KR, Grilo CM, Richmond TK, Thurston IB, Jernigan M, Gianini L et al. Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):25–9.
- [153] Soygüt, G., Çakır, Z. ve Karaosmanoğlu, A. (2008). Ebeveynlik Biçimlerinin Değerlendirilmesi: Young ebeveynlik ölçeğinin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 17-30.
- [154] Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3“ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.

- [155] Spitzer RL, Yanovski SZ, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A et al. (1993) Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*, 13:137-153.
- [156] Steiger, H., Van Der Feen, J., Goldstein, C., Leichner, P. (1989). Defense style and parental bonding in eating-disordered women. *The International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 131-140
- [157] Steinhausen HC (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159:1284 –1293.
- [158] Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int. J. Eat. Disord.* 2015;48 (7), 845–850.
- [159] Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2002;128:825–848.
- [160] Stice E, Agras WS. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behaviour Therapy*. 1998;29:257–276.
- [161] Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol*. 1986;41(3):246–263.
- [162] Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D ve ark. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 68.
- [163] Sookman, D., & Pinard, G. (1999). Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 351–362. doi:10.1016/S1077-7229(99)80055-8
- [164] Sookman, D., & Pinard, G. (2007). Specialised cognitive behaviour therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: Elaboration of a schema based model. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59–92). Washington, DC: American Psychological Association.
- [165] Tangolo AE, Massi A. A contemporary perspective on transactional analysis group therapy. *Transactional Analysis Journal*. 2018; 48(3):209-23. DOI:10.1080/03621537.2018.1471288
- [166] Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunnig D, Doyle AC, Abascal LB, Rockwell R, Dev P, Winzelberg AJ, Wilfley DE. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:881-8. doi: 10.1001/archpsyc.63.8.881.
- [167] TEMD (2018a) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- [168] Tetley A, Moghaddam NG, Dawson DL, Rennoldson M. Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors* 2014; 15(1): 49-59.
- [169] Tezcan, Mahmut (2000), *Türk Yemek Antropolojisi*, T.C.Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- [170] Toker, D. E., & Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- [171] Turner, H.M., Rose, K.S., & Cooper, M. J. (2004). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- [172] Treasure JL, Schmidt U. Anorexia nervosa. *Clin Evid*. 2002; 8:903–913.

- [173] Turner, H.M., Rose, K.S., & Cooper, M.J. (2005a). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- [174] Turner, H.M, Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005b). Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 381–387.
- [175] Vaidya V, Malik A (2008) Eating disorders related to obesity. *Therapy*, 5:109-117
- [176] Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- [177] Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43.
- [178] Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive –behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. M. Salkovskis (Eds): *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- [179] Vlierberghe, L. V. Braet, C., & Gossens, L. (2009). Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 437-442.
- [180] Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S (2010) Meta-Analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 43:205-217.
- [181] Waller, G., & Hartley, P. (1994). Perceived parental style and eating psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 76-90.
- [182] Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic woman: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- [183] Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive behavioural therapy for eating disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 11–39). Washington, DC: American Psychological Association.
- [184] Whittall, M. L., Agras, W. S., & Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.
- [185] Widdowson M. Transactional analysis psychotherapy for a case of mixed anxiety & depression: A pragmatic adjudicated case study- 'Alastair'. *International Journal of Transactional Analysis Research*. 2014; 5(2):66-76. [DOI:10.29044/v5i2p66]
- [186] Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW (2010) Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:94-101.
- [187] Whitaker AH. An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: implications for pediatricians. *Pediatr Ann* 1992; 21:752-9.
- [188] Wonderlich, S. A., Lilenfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S. Ve Mitchell, J. E. (2005). Personality And Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 37 (SUPPL.), 68–71. <https://doi.org/10.1002/Eat.20120>

- [189] Yılmaz, İ. (2014). Klinik olmayan bir örnekleme yeme tutumu, beden algısı ve benlik saygısı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- [190] Yoon, S.M. Mason, L. Hooper, M.E. Eisenberg, D. Neumark-Sztainer Disordered eating behaviors and 15-year trajectories in body mass index: Findings from Project eating and activity in Teens and young adults (EAT) Journal of Adolescent Health, 66 (2) (2020), pp. 181-188.
- [191] Young, J. E. (1990). Cognitive Therapy For Personality Disorders. Sarasota, FL. Professional Resource Press.
- [192] Young, J. E. ve Klosko, J.S. (1994). Reinventing your life. New York: Plume Books.
- [193] Young, J. E. (1994). Young parenting inventory. New York: Cognitive Therapy Center.
- [194] Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition). Florida, FL: Professional Resource Press.
- [195] Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.
- [196] Young, J. E., & First, M. B. (2003). Schema mode listing. Schema Therapy Institute. Retrieved from www.schematherapy.com/id72.htm
- [197] Young, J. E. (2003). Young parenting inventory. New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York.
- [198] Young, J. E. (2005). Young schema questionnaire – Short form 3 (YSQ-S3). New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- [199] Young, J. E., & Klosko, J. S., (2011). Hayatı yeniden keşfet (1. Baskı). (S. Kohen, D. Güler, Çev.) (H. A. Karaosmanoğlu, E. Tuncer, Eds). İstanbul, Psikonet Yayınları (Orijinal çalışmanın basım tarihi 1993).
- [200] Young, J. E. (2014). Early maladaptive schemas – Revised. New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York.
- [201] Yücel B (2009) Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi, 22:39-44.

EKLER

.../.../20...

BİLGİLENDİRİLMİŞ İZİN VE ONAM FORMU – EK A

Sayın katılımcı,

Ben Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü mezunuyum. Şu anda Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisansımı sürdürmekteyim.

A. Özlem MESTÇİOĞLU danışmanlığında Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Algılanan Ebeveynlik Stillerinin Yeme Tutumuna Etkisi konusunda tez yazmaktayım. Bu kitapçıkta kendi hazırladığım demografik bilgi formu ve tezimin konusuna ilişkin daha önceden geliştirme veya uyarlama – geçerlik – güvenirlik çalışmaları yapılmış ölçekler bulunmaktadır.

Sizden istediğim bu ölçekteki her bir soruyu dikkatlice okuyup kendinize uygun gelen cevabı belirtmenizdir. Sizden bu ölçekleri cevaplandırırken kimliğinizi açık edecek ad, soyad, TC kimlik no, telefon numarası gibi bilgiler istenmemektedir. Önemli olan kişisel sonuçlarınız değil toplu istatistikî sonuçlardır. Ancak kişisel sonucunuzla ilgili size geri dönülmesini istiyorsanız formun tepesine mail adresinizi yazabilirsiniz. Ölçekleri tercihen tek bir oturumda yapmanız gerekmektedir ancak ölçekleri cevaplandırmayı istediğiniz an sonlandırma hakkınız saklı tutulmaktadır.

Şimdiden katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Emine Fulya KANDEMİR

Tez Danışmanı: A. Özlem GÖKMOĞOL

Okan Üniversitesi SBE Klinik Psikoloji

ABD

Okudum, anladım, katılıyorum ()

Tarih:

İmza:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU - EK B

1.	Doğum yılınız:	
2.	Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek	
3.	Medeni haliniz: ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Boşanmış	
4.	Beden ağırlığınız (kg):	
5.	Boyunuz (cm):	
6.	Eğitim durumunuz: ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Yüksek Lisans/Doktora	
7.	Annenizin eğitim durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Yüksek Lisans/Doktora	
8.	Babanızın eğitim durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Yüksek Lisans/Doktora	
9.	Anneniz: ☐ Öz ☐ Üvey	
10.	Anneniz: ☐ Hayatta ☐ Hayatta değil	
11.	Babanız: ☐ Öz ☐ Üvey	
12.	Babanız: ☐ Hayatta ☐ Hayatta değil	
13.	Anneniz ve babanız : ☐ Evli ve birlikteler ☐ Evliler ama ayrı yaşıyorlar ☐ Boşandılar	
14.	Şu anda yaşadığınız romantik ilişki var mı? ☐ İlişkim yok ☐ İlişkim var	İlişkiniz var ise; yaşadığınız ilişki düzeyini belirtiniz: ☐ Flört ☐ Söz/nişan ☐ Evli
15.	Şu andaki kilonuz için kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Zayıf ☐ Normal ☐ Şişman	
16.	Bedensel görünüşünüzden memnun musunuz? ☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır	
17.	Beden ağırlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz? ☐ Hiçbir şey yapmıyorum ☐ Kilo vermeye çalışıyorum ☐ Kilo almaya çalışıyorum	
18.	Beden ağırlığınız nedeniyle hiç diyetisyene başvurduğunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır	
19.	Daha önce hiç psikiyatrik tanı aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır Yanıtınız evet ise almış olduğunuz tanıyı belirtiniz:	

YEME TUTUM TESTİ - EK C

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkkı kutu içine (X) işareti koyarak işaretleyiniz.		D a i m a	Ç o k s ı k	S ı k s ı k	B a z e n	N a d ı r e n	H i ç
1.	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2.	Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem.						
3.	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4.	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5.	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6.	Aklım fikrim yemektir.						
7.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur						
8.	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9.	Yediğim yemeğin kalorisini bilirim.						
10.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.	Ailem fazla yememi bekler						
13.	Yemek yedikten sonra kusarım.						
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17.	Günde birkaç kere tartılırım.						
18.	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.	Et yemekten hoşlanırım.						
20.	Sabahları erken uyanırım.						
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						

23	Adetlerim düzenlidir.						
24	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25	Şişmanlayacağım(vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26	Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27	Lokantada yemek yemeyi severim.						
28	Müşhil kullanırım.						
29	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35	Kabızlıktan yakınırım.						
36	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37	Perhiz yaparım.						
38	Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM YSO – EK D

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

1- Benim için tamamıyla yanlış	4- Benim için orta derecede doğru
2- Benim için büyük ölçüde yanlış	5- Benim için çoğunlukla doğru
3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hiss ediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hiss eder veya suçluluk duyarız.
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hiss ederim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hiss ederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hiss ediyorum.

59. ____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

YOUNG EBEVEYNLİK ÖLÇEĞİ – EK E

Aşağıda anne ve babanızı tarif etmekte kullanabileceğiniz tanımlamalar verilmiştir. Lütfen her tanımlamayı dikkatle okuyun ve ebeveynlerinize ne kadar uyduğuna karar verin. 1 ile 6 arasında, çocukluğunuz sırasında annenizi ve babanızı tanımlayan en yüksek dereceyi seçin. Eğer sizi anne veya babanız yerine başka insanlar büyüttü ise onları da aynı şekilde derecelendirin. Eğer anne veya babanızdan biri hiç olmadı ise o sütunu boş bırakın.

1 - Tamamı ile yanlış

2 - Çoğunlukla yanlış

3 - Uyan tarafı daha fazla

4 - Orta derecede doğru

5 - Çoğunlukla doğru

6 - Ona tamamı ile uyuyor.

Anne	Baba
1.	Beni sevdi ve bana özel birisi gibi davrandı.
2.	Bana vaktini ayırdı ve özen gösterdi.
3.	Bana yol gösterdi ve olumlu yönlendirdi.
4.	Beni dinledi, anladı ve duygularımızı karşılıklı paylaştık.
5.	Bana karşı sıcaktı ve fiziksel olarak şefkatliydi.
6.	Ben çocukken öldü veya evi terk etti.
7.	Dengesizdi, ne yapacağı belli olmazdı veya alkolikti.
8.	Kardeş(ler)imi bana tercih etti.
9.	Uzun süreler boyunca beni terk etti veya yalnız bıraktı.
10.	Bana yalan söyledi, beni kandırdı veya bana ihanet etti.
11.	Beni dövdü, duygusal veya cinsel olarak taciz etti.
12.	Beni kendi amaçları için kullandı.
13.	İnsanların canını yakmaktan hoşlanırdı.
14.	Bir yerimi inciteceğim diye çok endişelenirdi.
15.	Hasta olacağım diye çok endişelenirdi.
16.	Evhamlı veya fobik/korkak bir insandı.
17.	Beni aşırı korurdu.
18.	Kendi kararlarım veya yargılarıma güvenememe neden oldu.
19.	İşleri kendi başıma yapmama fırsat vermeden çoğu işimi o yaptı.
20.	Bana hep daha çocukmuşum gibi davrandı.
21.	Beni çok eleştirirdi.
22.	Bana kendimi sevmeye layık olmayan veya dışlanmış bir gibi hissettirdi.
23.	Bana hep bende yanlış bir şey varmış gibi davrandı.
24.	Önemli konularda kendimden utanmama neden oldu.
25.	Okulda başarılı olmam için gereken disiplini bana kazandırmadı.
26.	Bana salakmışım veya beceriksizmişim gibi davrandı.
27.	Başarılı olmamı gerçekten istemedi.
28.	Hayatta başarısız olacağıma inandı.
29.	Benim fikrim veya isteklerim önemsizmiş gibi davrandı.
30.	Benim ihtiyaçlarımı gözetmeden kendisi ne isterse onu yaptı.
31.	Hayatımı o kadar çok kontrol altında tuttu ki çok az seçme özgürlüğüm oldu.
32.	Her şey onun kurallarına uymalıydı.
33.	Aile için kendi isteklerini feda etti.

34.		Günlük sorumluluklarının pek çoğunu yerine getiremiyordu ve ben her zaman kendi payıma düşenden fazlasını yapmak zorunda kaldım.
35.		Hep mutsuzdu ; destek ve anlayış için hep bana dayandı.
36.		Bana güçlü olduğumu ve diğer insanlara yardım etmem gerektiğini hissettirdi.
37.		Kendisinden beklentisi hep çok yüksekti ve bunlar için kendini çok zorlardı.
38.		Benden her zaman en iyisini yapmamı bekledi.
39.		Pek çok alanda mükemmeliyetçiydi; ona göre her şey olması gerektiği gibi olmalıydı.
40.		Yaptığım hiçbir şeyin yeterli olmadığını hissetmeme sebep oldu.
41.		Neyin doğru neyin yanlış olduğu hakkında kesin ve katı kuralları vardı.
42.		Eğer işler düzgün ve yeterince hızlı yapılmazsa sabırsızlanırdı.
43.		İşlerin tam ve iyi olarak yapılmasına, eğlenme veya dinlenmekten daha fazla önem verdi.
44.		Beni pek çok konuda şımarttı veya aşırı hoşgörülü davrandı.
45.		Diğer insanlardan daha önemli ve daha iyi olduğumu hissettirdi.
46.		Çok talepkardı; her şeyin onun istediği gibi olmasını isterdi.
47.		Diğer insanlara karşı sorumluluklarımın olduğunu bana öğretmedi.
48.		Bana çok az disiplin veya terbiye verdi.
49.		Bana çok az kural koydu veya sorumluluk verdi.
50.		Aşırı sinirlenmeme veya kontrolümü kaybetmeme izin verirdi.
51.		Disiplinsiz bir insandı.
52.		Birbirimizi çok iyi anlayacak kadar yakındık.
53.		Ondan tam olarak ayrı bir birey olduğumu hissedemedim veya bireyselliğimi yeterince yaşayamadım.
54.		Onun çok güçlü bir insan olmasından dolayı büyürken kendi yönümü belirleyemiyordum.
55.		İçimizden birinin uzağa gitmesi durumunda, birbirimizi üzebileceğimizi hissederdim.
56.		Ailemizin ekonomik sorunları ile ilgili çok endişeli idi.
57.		Küçük bir hata bile yapsam kötü sonuçların ortaya çıkacağını hissettirirdi.
58.		Kötümser bir bakışı açısı vardı, hep en kötüsünü beklerdi.
59.		Hayatın kötü yanları veya kötü giden şeyler üzerine odaklanırdı.
60.		Her şey onun kontrolü altında olmalıydı.
61.		Duygularını ifade etmekten rahatsız olurdu.
62.		Hep düzenli ve tertipliydi; değişiklik yerine bilineni tercih ederdi.
63.		Kızgınlığını çok nadir belli ederdi.
64.		Kapalı birisiydi; duygularını çok nadir açardı.
65.		Yanlış bir şey yaptığımda kızardı veya sert bir şekilde eleştirdiği olurdu.
66.		Yanlış bir şey yaptığımda beni cezalandırdığı olurdu.
67.		Yanlış yaptığımda bana aptal veya salak gibi kelimelerle hitap ettiği olurdu.
68.		İşler kötü gittiğinde başkalarını suçlardı.
69.		Sosyal statü ve görünümüne önem verirdi.
70.		Başarı ve rekabete çok önem verirdi.
71.		Başkalarının gözünde benim davranışlarımın onu ne duruma düşüreceği ile çok ilgiliydi.
72.		Başarılı olduğum zaman beni daha çok sever veya bana daha çok özen gösterirdi.