

T.C.  
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ (TEZLİ) YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YETİŞKİN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE  
YEME BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK  
ARASINDAKİ İLİŞKİ

İrem AYVAZ

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul  
Ağustos 2023

YETİŞKİN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE YEME  
BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK  
ARASINDAKİ İLİŞKİ

İrem AYVAZ

T.C.  
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi  
Lisansüstü EĞitim Enstitüsü  
Psikoloji Anabilim Dalı  
Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

ORCID ID: 0009-0004-8495-3104

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bahar AKOĞLU

İstanbul  
AĞustos 2023

## KABUL VE ONAY

İrem AYVAZ tarafından hazırlanan ‘YetişkinBireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındakiİlişki’ başlıklı bu çalışma, 14 Ağustos 2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Üyesi:** **Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY** \_\_\_\_\_  
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

**Jüri Üyesi:** **Dr. Öğr. Üyesi Volkan DEMİR** \_\_\_\_\_  
İstanbul GelişimÜniversitesi

**Tez Danışmanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Bahar AKOĞLU** \_\_\_\_\_  
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

**Enstitü Yönetim Kurulu;**

Karar Tarihi :

Karar Numarası :

\_\_\_\_\_  
**Dr. Öğr. Üyesi Hazar DÖRDÜNCÜ**  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

10 Ağustos 2023

---

**İrem AYVAZ**

## SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR

BENZERLİK ONAYI		
Başlık	Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Savunma Tarihi	14.08.2023	
Sayfa Sayısı	107	
Benzerlik Yüzdesi (%)	15	
Benzerlik Yüzdesi (%) (Kaynakça Hariç)	15	
Taranan Program	Turnitin	
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşmuş çalışmam için şahsım ve tez danışmanım/Enstitü Sorumlusu tarafından intihal tespit programında taraması yapılmıştır. Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım çalışmamın azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.		
Öğrenci İrem AYVAZ	Danışman Dr.Öğr.Üyesi Bahar Akoğlu	Enstitü Sorumlusu

ETİK KURUL ONAYI		
Başlık	Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.02.2023	
Etik Kurul Karar No	2023/10	
Enstitü Sekreteri		

TEZDEN ÇIKARILAN YAYIN		
Yayın Künyesi	Ayvaz, İ. (2023). <i>Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin incelenmesi</i> . Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Enstitüsü, İstanbul.	
Yayın Türü	<input type="checkbox"/> Ulusal Hakemli Dergide Makale <input type="checkbox"/> Uluslararası Hakemli Dergide Makale <input type="checkbox"/> Ulusal Kongre/Sempozyumda Bildiri <input checked="" type="checkbox"/> Uluslararası Kongre Sempozyumda Bildiri	
Enstitü Sekreteri		

## TEŞEKKÜR

Tez sürecimde, çalıőmamı özenle takip eden, yaőadığım her zorlukta desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bahar Akoğlu'na değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Varlıkları ile çok şanslı olduğum, yüksek lisansın başlangıcından sonuna kadar her anımda desteklerini ve güvenlerini hissettiğim en değerlilerim Hayati Cengiz BALCI'ya ve Merve ÖZDEMİR'e sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecimde her zaman yanımda olan, bilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam, meslektaşım Buse Gökçen ÇIVGIN'a teşekkür ederim.

1,5 yıldır hayatının en zorlu sürecini geçirse de her zaman desteğini, sevgisini ve gücünü hissettiğim değerli annem Zeynep AYVAZ'a, babam Ahmet AYVAZ'a ve gözbebeğim Erva AYVAZ'ateşekkür ederim.

Son olarak bir kadın olarak bizleri toplumsal yaşamın eşit bir paydaşı olarak görerek kadınının toplumsal hayatta hakettiği yeri alabilmesi adına yaptığı reformlar ile biz kadınlara eğitim fırsatı sağlayarak bu tezi yazmama imkân sağlayan Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e şükranlarımı sunuyorum.

İrem AYVAZ

Ağustos, 2023

## ÖZET

İrem AYVAZ

YetişkinBireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif  
Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2023

Bu araştırma,yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmalarının, yeme bozukluklarını ve obsesif kompulsif bozukluğu anlamlı düzeyde yordayıp yordamadığını araştırmayı amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ilişkisel tarama yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada, sosyo demografik bilgi formu, çocukluk çağı travmaları ölçeği, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği ve padua envanteri kullanılmıştır. Çalışma 18-58 yaş arasında olan 278 yetişkin ile yürütülmüştür. Katılımcıların %70,1'i kadın, %29,9'u erkektir. Araştırmanın örnekleme kartopu örnekleme yöntemi ile seçilerek, araştırmada ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Elde edilen bulgular sonucu çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk için anlamlı düzeyde bir yordayıcı olduğu bulgulanmıştır.

### **Anahtar Kelimeler**

Çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk

## ABSTRACT

İrem AYVAZ

The Relationship Between Childhood Traumas and Eating Disorders and Obsessive  
Compulsive Disorder in Adults  
Master's Thesis

İstanbul, 2023

This study aimed to investigate whether childhood traumas significantly predict eating disorders and obsessive-compulsive disorder in adults. For this purpose, socio-demographic information form, childhood traumas scale, eating disorder assessment scale and Padua Inventory were used in the study which was conducted using relational survey method. The study was conducted with 278 adults aged between 18-58 years. 70.1% of the participants were female and 29.9% were male. The sample of the study was selected by snowball sampling method and relational screening method was used in the study. SPSS 22.0 statistical package program was used for statistical analysis of the study. As a result of the findings, a significant positive correlation was found between childhood traumas and eating disorders and obsessive-compulsive disorder. At the same time, childhood traumas were found to be a significant predictor for eating disorders and obsessive-compulsive disorder.

### **Keywords**

Childhood traumas, eating disorders, obsessive compulsive disorder

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
ETİK BEYAN .....	ii
SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR.....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE .....	5
1.1. Çocukluk Çağı Travmaları .....	5
1.1.1. Fiziksel İstismar .....	5
1.1.2. Duygusal İstismar .....	6
1.1.3. Cinsel İstismar.....	7
1.1.4. İhmal.....	8
1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları Etiyolojisi.....	10
1.1.6. Çocukluk Çağı Travmaları Epidemiyolojisi.....	10
1.2. Yeme Bozuklukları .....	12
1.2.1. Anoreksiya Nervoza.....	12
1.2.2. Bulimiya Nervoza .....	13
1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	15
1.2.4. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu .....	16
1.2.5. Pika.....	17
1.2.6. Ruminasyon(Geri Çıkarma/Geviş Getirme) Bozukluğu.....	18
1.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	19
1.2.8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	20
1.2.9. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....	20
1.2.10. Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi.....	23
1.2.11. Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi.....	25
1.2.12. Yeme Bozuklukları ile ilgili Yapılan Araştırmalar .....	25
1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB).....	27
1.3.1. Tanım .....	27
1.3.2. Tarihçe.....	27
1.3.3. Tanı Kriterleri.....	29

1.3.4. Epidemiyolojisi.....	30
1.3.5. Etiyolojisi .....	32
1.3.6. Komorbidite(Eş Tanı) .....	34
İKİNCİ BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM .....	35
2.1. Araştırmanın Modeli .....	35
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	35
2.3. İşlemler.....	35
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	36
2.4.1. Sosyo Demografik Bilgi Formu .....	36
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33).....	36
2.4.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği .....	37
2.4.4. Padua Envanteri .....	37
2.5. Veri Analizi.....	38
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR .....	40
3.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	40
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular .....	42
3.3. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	43
3.4. Sosyo Demografik Değişkenlere Göre Ölçek Ortalamalarının Arasındaki Farklılıklar .....	47
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA .....	55
4.1.Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi .....	55
4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Bozukluk Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi .....	57
4.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	58
4.4. Sosyo Demografik Değişkenlere Göre Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi .	59
SONUÇ, ÖNERİ VE SINIRLILIKLAR.....	62
KAYNAKLAR .....	64
EK 1: SOSYO DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	79
EK 2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ(ÇÇTÖ-33) .....	81
EK 3: YEME BOZUKLUKLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ .....	85
EK 4: PADUA ENVANTERİ .....	89

EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ.....	92
EK 6: ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ.....	93



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Değişkenlerin Çarpıklık Basıklık Değerlerine İlişkin Bulgular .....	39
Tablo 2. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler.....	40
Tablo 3. Katılımcılara Ait Klinik Bulgular .....	41
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri .....	42
Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 6. Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 8. Çocukluk Çağı Travmalarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyine Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46
Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	47
Tablo 11. Katılımcıların Anne-Babalarının Birliktelik Durumuna Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	49
Tablo 12. Katılımcıların Tıbbi Rahatsızlık Durumlarına Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 13. Katılımcıların Çevre Desteği Almalarına Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	53

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Pika DSM-V Tanı Kriterleri .....	18
Şekil 2. Ruminasyon (Geri Çıkarma/Geviş Getirme) Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri..	19
Şekil 3. Tanımlanmış Diğer Yeme Beslenme ve Yeme Bozuklukları DSM-V Tanı Kriterleri .....	20
Şekil 4. Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-V Tanı Kriterleri .....	29



## KISALTMALAR

<b>Kısaltma</b>	<b>Açıklama</b>
AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerika Psikiyatri Birliği
BN	Bulimiya Nervoza
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Vd.	Ve Diğerleri



## GİRİŞ

Dünyadaki her çocuğun; sağlıklı, güvenli koşullarda ve özel koruma altında gelişimini tamamlama, gelişimini tamamlarken de fiziksel, zihinsel, ahlaki, mental ve sosyal açıdan normal bir şekilde büyüme hakkı vardır. Ancak dünya genelinde her sene milyonlarca çocuk istismar, afet, vefat, şiddet ve savaş gibi durumlara maruz kalmakta ya da şahit olmaktadır (Saveanu ve Nemeroff, 2012: 61). Çocukların yaşadığı travmatik olaylar yetişkinlik dönemlerindeki ruhsal ve fiziksel süreçlerin yanında bilişsel ve psikolojik olarak da sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır. Araştırmalar sonucunda çocukluk çağında travmatik olaylara maruz kalmış olan çocuk veya gençlerin, yetişkinlik dönemlerinde psikiyatrik bozuklukları yaşama oranının yüksek olduğu ortaya konulmaktadır (Donnelly, 2003: 262).

Çocukluk çağı travmaları; bireylerin çocukluk evresinde maruz kaldığı fiziksel, duygusal, cinsel istismarı ve ihmali içeren bir terimdir. Çocuğa veya adölesana etkin olarak uygulanan, çocuk veya adölesanın fiziksel veya duygusal açıdan olumsuz etkilenmesine ve zarar görmesine yol açan tüm söylem ve davranışlar istismar başlığı altında incelenirken, çocuğun temel ihtiyaç ve bakımını sağlamama ise ihmal başlığı altında değerlendirilmektedir (Demirkapı, 2013: 23). Çocukluk dönemi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde erişkin bireylerin çocukluk çağlarında en az bir kez travma etkisi yaratan olaylara maruz kaldığı ortaya konmaktadır (Fratto, 2016: 442). Çocukluk çağı travmaları bireylerin yetişkinlik dönemlerinde kurdukları sosyal ilişki ve etkileşimleri de olumsuz etkileyebilir. Öyle ki çocukluk döneminde yaşanan bu travmatik olaylar farkedilip müdahale edilmediğinde bireylerin günlük rutinleri etkilenmeye başlayarak, ilerleyen dönemde beslenme ve yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon gibi klinik durumlar oluşabilir.

Anne karnında başlayan ve bireyin tüm hayatı boyunca devam eden beslenme bireyin yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi açısından elzem bir olgudur. Canlı dünyasındaki her birey yaşamak için beslenme ihtiyacını gidermek zorundadır (Işkın 2021: 2).

Sağlık bir yaşamın mihenk taşı doğru hazırlanmış bir beslenme düzenidir. Bu önemli nokta bireylerde eksik veya fazla kalır, takıntılı düşüncelere sebep olursa ilerleyen dönemlerde bireyler beslenme ve yeme bozukluğu yaşayabilmektedir (Erbay ve Seçkin 2016:475).

Beslenme ve yeme bozuklukları bireylerin hayat kalitesini düşürerek, zihinsel ve fiziksel açıdan sorunlara yol açabilmektedir. Son yıllarda giderek yaygınlaşmaktadır (Öyekçin& Şahin, 2011:32). Yapılan çalışmalar yeme bozukluğu yaşayan bireylerin sorun çözme becerisi ve baş etme yöntemlerinde ciddi oranda eksiklik yaşadığını ortaya koymaktadır (Svaldi vd., 2011:338). Psikopatolojik açıdan incelendiğinde ise özellikle çocukluk ve gençlik döneminde ebeveynleri ile etkileşimi eksik kalmış bireylerde duygu durum bozukluğu, anksiyete ve yeme bozukluklarının ortaya çıktığı görülmektedir (Siyez, 2006:23). Yemek yeme davranışlarının oluşumu ve gelişiminde erken çocukluk döneminden itibaren ailesel ve çevresel faktörlerle öğrenme süreçlerinin etkisinin olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda yeme bozukluklarının altında çocukluk çağı travmaları yatabilir.

Obsesyon, klinik açıdan incelendiğinde “yanlış olduğu bilindiği halde engellenemeyen, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen saplantı halindeki fikirler” olarak tanımlanmış bir kavramdır (Köknel, 1995). Kompulsiyonlar ise genellikle zihinde oluşan takıntı uyandıran düşünceleri yani obsesyonları zihinden uzaklaştırma amacıyla bireyin iradesi dışında tekrar eden davranışlarla karakterize edilen bir kavramdır (Yaşan vd., 2004:64). Obsesif kompulsif bozukluk bireylerin yaşamlarında ciddi oranda bozulmalar olmasına sebep olan, ego distonik, bireyleri rahatsız ederek, bunalmışlık duygusu uyandıran ve sürekli tekrar eden obsesyonlar ile bu durumu kontrol etmek amacıyla yinelenen kompulsiyonlarla oluşan yıpratıcı olan klinik bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Obsesif kompulsif bozukluğun prevalansı incelendiğinde en yaygın görülen dördüncü ruhsal bozukluk olduğu belirtilmektedir, başlama süreci ise sıklıkla gençlik çağıdır. Bilhassa 20’li yaşlarda olan bireylerde görülme ve başlama oranı yüksektir (Bayar & Yavuz, 2008).

Literatüre bakıldığında çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğun bir arada olduğu bir çalışmaya denk gelinmemiştir. Bu araştırmanın literatüre katkı sağlaması umulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk düzeyini anlamlı düzeyde yordayıp yordamadığının incelenmesidir.

Çocukluk çağı travmaları bireyin, yetişkinlik döneminde kurduğu ilişkiler üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Birey, kurduğu ilişkilerden tatmin olmayabilir yahut bireysel alanda da problemler yaşayabilir. Çocukluk çağı travmaları fark edilmediğinde ya da onarılmadığında bireyin günlük yaşam standardını düşürebilir ve yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi patolojik durumlara sebebiyet verebilir. Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının çalışmanın diğer değişkenleri olan yeme bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk değişkenleri üzerinde ne yönde ve düzeyde bir yordayıcı olduğu ortaya koyulması önem arz etmektedir.

Araştırmaya ilişkin hipotezler aşağıda yer almaktadır;

**H1.** Sosyo demografik değişkenlere göre, yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları puanları farklılık göstermektedir.

**H2.** Sosyo demografik değişkenlere göre, yetişkin bireylerde yeme bozukluk puanları farklılık göstermektedir.

**H3.** Sosyo demografik değişkenlere göre, yetişkin bireylerde obsesif kompulsif bozukluk puanları farklılık göstermektedir.

**H4.** Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

**H5.** Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

**H6.** Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları yeme bozuklukları anlamlı düzeyde yordamaktadır.

**H7.** Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları obsesif kompulsif bozukluk anlamlı düzeyde yordamaktadır.

Bu araştırmanın çalışma grubu Türkiye’de yaşayan, internete erişimi olan 20-65 yaş aralığında kişiler ile sınırlıdır.

Bu araştırmaya katılan bireylere ilişkin bilgiler, araştırmacının hazırladığı ‘‘Sosyo demografik bilgi formu’’ soruları ve ölçeklerdeki sorularla sınırlıdır.

Araştırmada ilgili veriler, ölçeklerin ltđđ değerler ile sınırlıdır.

Araştırmada kullanılan ölçekler katılımcıların kendi bildirimine dayalı olduğu için sorular gerçekçi bir biçimde yanıtlanmamış olabilir. Bu noktada yanıtların bir kısmının yanlı veya çarpıtılmış olma ihtimalini bulundurmaktadır.

Yapılan çalışmada kullanılmış olan veri toplama araçlarının araştırmadaki ölçülmesi istenen özellikleri doğru olarak ltđđ varsayılmıştır. Örneklem grubunda yer alan bireylerin kendilerine yöneltilen Yeme Bozuklukları Değerlendirme lği, çocukluk ağı Travmaları lği, Padua Envanterine ve Demografik Bilgi Formundaki sorulara doğru, içten, özgün, yansız ve samimi cevaplar vermiş olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın temel problemi ‘‘Yetişkin bireylerde çocukluk ağı travmaları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?’’ olarak belirlenmiştir.

## **BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE**

### **1.1. Çocukluk Çağı Travmaları**

#### **1.1.1.Fiziksel İstismar**

Bireylerin ruh ve zihin sağlığını negatif olarak etkileyen, günlük rutinlerinde problemler yaşamasına yol açan, beden bütünlüklerini bozan veya tehdit eden, ölüm veya şiddet gibi olay ve durumların ruhsal olarak oluşturduğu bozulmalar “travma” olarak tanımlanmaktadır (Karakaya ve Coşkun, 2008: 351).

Freud’a göre travma; her zaman bizimle var olan, stabillliğini koruyan, çözümleyemediğimiz mental çatışmaları tekrar başlatan bir olgu olarak tanımlanmaktadır (Karakaya ve Coşkun, 2008: 355).

Bireylerin 18 yaş öncesinde yaşadıkları; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, anne veya baba ölümü, şiddete maruz kalma veya tanık olma, ağır yaralanma, başkasının bu olumsuzlukları yaşadığına şahit olma ise çocukluk çağı travmaları olarak literatürde yer almaktadır. (Herman, 2011:255) Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük bireylere ebeveynleri veya erişkin tüm bireyler tarafından fizyolojik olarak zarar verilmesi olarak tanımlanabilir. Verilen zarar sonucunda yaşanan fiziki hasar, çocuğun yaşı ve bu istismara kaç dakika maruz kaldığı bu istismarın ortaya koyacağı zararları saptamaktadır. Fiziksel istismar edilen çocuklar bu durumdan duygusal olarak da etkilenebilmektedirler. Gelişim süreçlerini negatif yönde etkileyerek çocuk veya gencin yetişkinlik döneminin de hasara uğramasına yol açar. Bireylerin yetişkinlik dönemlerinde asosyallik, suç işleme eğilimi, duygudurum bozukluğu, çocuklara karşı olumsuz tutum ve davranışlar, ruhsal bozukluklar gibi durumlar yaşamaları geçmiş yaşantılarında istismar olabileceği ile ilişkilidir (Wolker vd., 1988 akt. Kulaksızoğlu, 2002: 193).

Fiziksel istismarı diğer istismar ve çeşitlerinden ayıran en önemli noktalar daha kolay farkına varılması ve yaygınlığının yüksek olmasıdır. Fiziksel istismar yaşayan çocuklarda düşük özgüven, çaresizlik duygusu ve asosyalliğe eğilim yüksektir. Çocuklar kendilerine fiziksel istismar uygulayan kişiden uzaklaşırlar, kendilerini sakınırlar. Bu kişi ile yalnız oldukları anda korku hatta anksiyete duyguları yoğunlaşabilir.

Bu durumların sonucunda fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarda çeşitli patolojik durumlar oluşabilmektedir. Beslenme ve yeme bozuklukları, kendine ve çevresine zarar verme eğilimi, bağımlılık uyandıran madde kullanımları ve depresyon gibi durumlar yaşayabilmektedirler (Zoroğlu vd., 2001:72).

### **1.1.2. Duygusal İstismar**

Duygusal istismarın ortaya çıkışı ve tartışma konusu olması 1980'li yıllara dayanmaktadır (Teichner vd., 2006). Duygusal istismar, fiziksel istismar gibi dış gözle fark edilmeyen ve tanımlanması zor olan bir durumdur.

Tanımlanmasının güç olma sebeplerinin başında çocukların ebeveyn tutumları arasında tutarsızlıklar olması ve sınırların net olarak çizilmemesidir (Zeanah, 2018:640).

Amerikan Pediatri Akademisi 2012 yılında çocuk ve genç bireylerde görülen istismar ve ihmal çeşitlerinden en zor ama aynı zamanda en yaygın olanın duygusal istismar olduğunu saptamıştır. Duygusal istismara maruz kalan çocukların sağlıklı ve güven duygusuyla ilişki kurma ve devam ettirme becerilerinin diğer çocuklara oranla daha yüksek bozulma eğilimine sahip olduğu ortaya konmuştur (Grossman, vd., 2017:90).

Duygusal istismara maruz kalan çocuk ve gençlerde fiziksel bulgular olmadığından dolayı fark edilmesi, yasal olarak kanıt bulunması ve tanımlanması kolay olmamaktadır. Diğer istismar türleri olan fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan bireylerde duygusal istismarda bulunurken, bunlar olmadan da sadece duygusal istismar yaşanabilmektedir (Uzun, 2002). Diğer istismarların çocuk ve gençlerde oluşturduğu olumsuz etkiler onarılsa dahi duygusal istismar etkilerinin devam ettiği görülmektedir. Bu devamlılıkta ebeveynlerinin davranış ve söylemleri büyük oranda etki etmektedir; çünkü diğer istismar türleri ile karşılaştırıldığında duygusal istismarda olayı gerçekleştiren kişi çocuğun birinci derece yakınında olan ya da çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerden çıkmaktadır (Stavrianos, 2011:37). Çocukların yakın çevrelerinin bu davranışta bulunma sebepleri içerisinde alkol ve uyuşturucu madde gibi bağımlılık geliştiren ürünler kullanma veya psikolojik olarak yaşanan bozukluklar en üstte yer almaktadır (Kaplan vd., 1999:1220).

Duygusal istismar yaşayan çocuğu fark edebilmek için gözlemlemek önemli olabilir. Özellikle duygusal istismar yaşayan çocuklar okul yaşantılarında uyum ve başarıda zorluk, gelişimsel süreçlerinde özellikle zihinsel gelişimde problemler, odaklanma ve dikkat, saygı sınırını aşan davranışlar, buldukları ortama zıt olarak sert ve uygunsuz hareketlerde yapma gibi pek çok konuda sorun yaşamaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007:72). Duygusal istismar yaşamış çocuk ve gençler üzerine yapılan araştırmalar sonucunda yaşamlarından aldıkları zevkin ve duygu durumlarındaki negatif ilerlemenin sonucunda yetişkinlik dönemlerinde de ruhsal bozukluk gibi sorunlar yaşayabileceklerini ortaya koymaktadır (Brodski ve Hutz, 2012:265).

### **1.1.3. Cinsel İstismar**

Cinsel istismar, 18 yaş altı çocuk ve gençlerin kendilerine yapılan eylemde farkındalığının önemi olmaksızın yaş olarak büyük kişiler tarafından cinsel gereksinimlerini tatmin etmek için ya da özendirmek için bir davranışta bulunulması, tehdit ya da şiddet ile zorla yapılması olarak tanımlanmaktadır (Borg vd., 2014:540). Cinsel istismar tanımı ilk olarak 1978 yılında, gelişimsel süreçleri tamamlanmamış, olgunlaşma evresi devam eden çocuk ve gençlerin bilinçli şekilde onaylamadıkları, algılayamadıkları ve aile içi öğretileri ile toplumsal tabulara zıt olan cinsellik içeren davranışlara maruz kalmaları olarak yapılmıştır (Çetin vd., 2008) İstismar çeşitleri içerisinde en sık rastlanan olsa dahi yaşayan bireylerin bu durumu bildirme oranları çok azdır. Bildirim azlığına rağmen yapılan çalışma ve araştırmalar sonucunda cinsiyet olarak kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma oranının erkek çocuklara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Dubowitz, 2002:193)

Cinsel istismar iki farklı şekilde incelenmektedir; fiziksel temas içeren cinsel istismar ve fiziksel temas içermeyen cinsel istismar. Fiziksel temas içermeyen cinsel istismara; çocukla cinsel içerikli fotoğraflar veya videolar paylaşma, cinsel arzuyu tatmin edici şekilde konuşmalar, teşhirci tutumlar olarak örnekler oluşturulabilir. Fiziksel temas içeren cinsel istismarda ise çocuk veya gencin bedenine zorla dokunma, cinsel organını temas ettirme, cinsel içerikli videolarda çocuğu veya genci kullanma gibi davranışlar sayılabilir (Eslek, 2018).

Cinsel istismarın yıllarca devam etme sebeplerinin başında gizlenmesi gelmektedir. Gizlenmesinin altında utanma, kendini suçlu ve yalnız hissetme, ebeveynler ya da sosyal çevre tarafından reddedileceğini düşünme gibi sebepler yatmaktadır.

Bir çocuğun cinsel istismara maruz kaldığı bu sebeplerden dolayı ya istismar anına şahit olduğunda ya da sonrasında çocuğun vücudunda oluşan belirtiler gözlemlendiğinde anlaşılabilir (Friedrich vd., 2001:37). Cinsel istismarın bulguları arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel organlarında morluk ya da kanama, cinsellik içeren soru veya konuşmalar yer almaktadır (Kara vd., 2004:145).

Cinsel istismarın çocuk ve genç üzerinde ruhsal açıdan olumsuz etkileri yıkım düzeyindedir. Araştırmalar sonucunda ortaya konmuş net bir sonuç olmasa da cinsel istismarın klinik bozukluklara neden olduğu ve olayın üzerinden uzun yıllar geçse dahi ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (İmren vd., 2013:14).

#### **1.1.4.İhmal**

Çocukluk çağı travmaları arasında yer alan ihmal kavramı, çocuğun veya adölesanın sorumluluğunda olduğu ailesi veya bakım veren kişi tarafından sağlık, sevgi ve şefkat, güvenlik, beslenme, barınma, giyinme konularında ihtiyaçlarının sağlanmaması olarak tanımlanmaktadır (Theoklitou vd., 2012:69). İstismar çeşitlerine oranla çok daha yüksek görülme oranı olmasına ve bireylerde ciddi hasarlar bırakmasına rağmen, istismar çeşitleri kadar araştırmaya konu olmamıştır (Stoltenborgh vd.,2015:40). İhmal kavramına karşı araştırmacıların ilgisiz kalması bazı uzmanlar açısından ‘ihmalin ihmal’ ifadesi ile tanımlanmaktadır (Stoltenborgh,2013:345).

İhmalde çocuk ve gence fiziksel olarak bir zarar verilmese de beslenme, giyim, sağlık ve gelişimsel açıdan yüksek oranda eksik kalmışlardır. İhmale maruz kalan çocukların yaşamlarında bulunan yetişkinlerin yaşadıkları durumu ve risklerini fark etmemeleri kaza ve pek çok sağlıksal problemin oluşmasına yol açmaktadır (Kavaklı vd., 1998).

Bir ebeveynin veya çocuğun bakımından sorumlu kişinin çocuğun ihtiyaçlarını anlamaması, alkol bağımlılığı veya yoksulluğun tümü ihmal nedeni sayılabilir.

Çocuk ve gencin bakımından sorumlu olan ebeveyn veya kişilerin fiziksel açıdan olan gereksinimlerini karşılayamamaları ya da eksik kalmaları fiziksel ihmal adı altında incelenmektedir (Shanahan,2017:3).

Çocuğun gelişim dönemine uygun besin sağlanmaması, tek kaldığı sürenin uzun olması, gece saatlerinde olduğu yerin bilinmemesi, temiz ve mevsime uygun giyim sağlanmaması, fiziki çevre ve ev ortamında güvenliğinin sağlanmaması, kaza ve tehlikelere karşı çocuğu koruyucu önlemler alınmaması fiziksel ihmal başlığı altında toplanmaktadır. Sağlık ihmali ve intrauterin(doğmamış bebeğin) ihmali de fiziksel ihmalin alt başlığı olarak incelenmektedir.

Çocuğun sağlıksal olarak tıbbi gereksinim ve bakımlarının sağlanmaması, bakım veren kişilerin tedavi sürecine uygun olmayan davranışları sağlık ihmaline; gebelik sürecinde kadınların zararlı madde ve ilaç kullanımı, doğum öncesinde olan doktor sürecini aksatması intrauterin ihmaline örnek olarak verilebilmektedir (Acehan vd., 2013:600). Fiziksel açıdan ihmale maruz kalan çocuklarda okula karşı isteksizlik ve uyum sorunları, bağımlılık oluşturan madde kullanımı, parmak emme, uyku problemleri, besin çalma veya dilenme gibi davranışlarda oluşan bozukluklar görülmektedir (Hockenberry ve Wilson, 2009).

İhmalin bir diğer çeşidi ise ebeveyn veya bakım veren kişilerin çocuk ve gencin sevgi, şefkat, destekleme gibi duygulardan eksik olarak yetiştirmeleridir (Aust vd., 2012). Çocukluk çağının erken evrelerinden itibaren fiziksel gereksinimleri gibi duygusal ihtiyaçları da karşılanmalıdır. Perry ve Pollard'ın yaptığı araştırmaya göre 0-3 yaş aralığında duygusal açıdan ihmale maruz kalan çocuklar ilerleyen yaşamlarında bu duygusal gereksinimi giderecekleri sosyal çevrelerinde sosyalleşme becerileri ve bağ kurma gibi konularda eksiklik yaşayabilmektedirler (Perry ve Pollard, 1998:41).

Gelişim dönemlerinde duygusal ihmal yaşamış çocuk ve gençler ailelerini ya ulaşılamayacak noktada ya da kendilerini onların gözünde önemsiz olarak görürler. Duygusal ihmal uygulayan bireyler, fizyolojik ya da psikolojik açıdan bir rahatsızlık yaşıyor olabilirler.

Duyguları ve karşı tarafa nasıl yansıtılacağını öğrenmemiş veya çocuklarını reddeden davranışlar içerisinde olabilmektedirler. Bu bireyler çocukları ile tutarsız bir etkileşim halinde ve beklenti olarak yüksektirler.

Çocuklarını kendi zihinlerinde bir birey statüsüne koyamazlar ve onları kendi ruhsal gereksinimleri için kullanma durumu yaşayabilmektedirler (Glaser, 2002:710).

### **1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları Etiyolojisi**

Çocukluk çağı travmalarına yol açabilecek çok sayıda unsur bulunmaktadır. Horton ve Cruise, 2001 yılında yaptıkları çalışmada bu unsurları üç ana başlık altında toplayarak, aile, çocuk ve çevre ile ilgili faktörler ayırmıştır. (Horton ve Cruise, 2001)

Örsel ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada ailesel unsurların içerisinde boşanmış ve parçalanmış aile, ebeveyn kaybı ve anne babanın çocukları ile duygu bağı kuramamasının olduğu belirtilmektedir (Örsel vd., 2011:133).

Diğer ailesel faktörler arasında ise ebeveynlerin kendi ebeveynleri tarafından uğramış olabilecekleri istismar, yüksek oranda borç, maddi gücün eksik olması ve iş konusunda yaşanan sıkıntıları yer almaktadır (Ünal, 2008:17). Horton ve Cruise yaptıkları çalışmada ailesel faktörlerden sonra en önemli olanın çocukla ilgili olan unsurlar olduğunu ortaya koyarak, çocukluk çağı travmalarını etkileyen çocukla ilgili unsurlar arasında yaşın çok küçük olması, gelişimsel eksiklik, zihin ve fiziki olarak yaşanan yetersizlik, karakter özelliklerinin zor olması, gibi pek çok etmen yer aldığını belirtmişlerdir (Horton ve Cruise, 2001). Son etmen olan çevresel faktörlerin çocukluk çağı travmalarına etkisi daha çok sosyal mecralar ve kültürel normlarla ilgili olmaktadır. Basım yayın dünyasında çocuğun ve gencin değersiz olarak yansıtılması, kültürel olarak yaşanan eşitsizlikler, olumsuz örnek oluşturacak şiddet, madde kullanımı gibi unsurları normalleştirmek çocukluk çağında yaşanan travmaları çevresel ve toplumsal yönden etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (Armağan, 2007:173).

### **1.1.6. Çocukluk Çağı Travmaları Epidemiyolojisi**

Çocukluk ve gençlik döneminde bireylerin yaşadıkları istismar, ihmal ve negatif olan olay ve durumlarla ilgili yeterince bulguya ulaşılmamasının sebebi bireylerin utanç, suçluluk gibi duygularla bildirmekten kaçınmalarıdır.

Bu durum çalışma yürüten uzmanların istatistik açısından bilgilerini sınırlı tutarak sonuca ulaşmalarını engellemektedir (Alpaslan, 2014:199).

Çocukluk çağı travmaları arasında çocukluk ve gençlik döneminde duygusal istismar en yaygın olanıdır. Devamında ise fiziksel istismar gelmekte ve sonrasında şiddet, ihmal ve cinsel olarak istismar yer almaktadır (Aktay, 2020:175).

Hill ve arkadaşlarının 2016 yılında ortaya koyduğu araştırmada sunduğu bulgulara göre 2015 yılı içerisinde 2-17 yaş aralığında yer alan çocuklarda istismar ve ihmalin olduğu ve bu çocukların sayısının 1 milyar olduğu ifade edilmektedir (Hills vd., 2016).

Dünya Sağlık rgt'nün 2020 yılı bildirilerine göre çocukluk ağı travmaları arasında yer alan cinsel istismar, kadın bireylerde özellikle 0-17 yaş aralığında görülmektedir. Bu yaş aralığında bulunan her 5 kadından birinin cinsel istismar mağduru olduğu belirtilmektedir. 120 milyon 20 yaş altı kadının zorla cinsel birliktelik yaşadığı da ortaya konmaktadır.

Dünya Sağlık rgt, ailesi veya bakımını üstlenen kişiler tarafından zihinsel ve bedensel şiddete, 2-4 yaş arasında yer alan her 4 çocuktan 3'ünün bu duruma maruz kaldığını belirtmektedir (DSÖ, 2020).

Duygusal istismar çocukluk ağı travmaları içerisinde diğer istismar ve ihmal çeşitlerinde de bulunan ve en yaygın olanlarından bir tanesi olabilir.

Örsel ve arkadaşları 2011 yılında psikiyatrik olarak bozukluk yaşayan bireylerde duygusal travmaların prevalansının %81 olduğunu ortaya koymuşlardır (rsel vd., 2011:134).

2020 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde güvenlik glerine veya merkezlerine gelen çocukların mağdur olma oranının %46,1 olduğu ve bu çocukların %87,5'nin suç mağduru olduğu bildirilmiştir. Bu suç mağduru çocuklar arasında ise %46,2 oranla kız çocukları yer almaktadır. Güvenlik birimlerine gelme ve mağdur olma durumları göz önüne alındığında en yüksek oranın cinsel ve yaralama olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020)

## 1.2. Yeme Bozuklukları

### 1.2.1. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya Nervoz, kişilerin vücut ağırlığını normal düzeyde tutmayı reddetmelerine, aşırı kilo almından korkmalarına ve beden algısı ile ilgili yoğun olumsuz duygu ve davranışlar sergilemelerine yol açan bir yeme bozukluğudur (American Psychiatric Association, 1994: 539). Kişiler enerji alımlarını kısıtlayarak, kilo kaybı yaşıyor olsalar dahi kilo almaktan korkmaya devam ederler. Belirgin oranda vücut ağırlıklarını düşürerek, vücutlarının kilo alımını güçleştiren tutum ve davranışlar sergilerler.

Kilo kaybı devam etse de kişi kendi benliğini beden algısı ile değerlendirir ve bu döngü içerisinde korkusu artmaya devam eder. Anoreksiya Nervoz, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel sağlığı ve gelişimsel durumuna bakılırsa, önemli ölçüde zayıf olmasına yol açar (DSM-V, 2013). Anoreksiya nervoz ile birlikte gelen en yaygın komorbid bozukluk majör depresif bozukluktur. Anoreksiya nervoz yaşayan bireyler, beklenenden fazla madde kullanımı nedeniyle anksiyete bozuklukları da yaşar (APA, 2013). Doğal ya da doğal olmayan nedenlerle ölüm riski yüksek olan bir ruhsal bozukluktur. Ölüm oranlarının yüksekliği Anoreksiya Nervozanın ciddi bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Özellikle 1990'lı yıllarda ruhsal bozukluklar kategorisinde en yüksek ölüm oranıyla yer almıştır (Harris ve Barraclough, 1998: 11). AN hakkındaki başlıca araştırmalar, keşfini genellikle İngiliz doktor William Withey Gull veya Fransız nöropsikiyatrist Ernest Charles Lasègue'e bağlar. Her iki adamın da büyük katkıları, 1873 civarında dikkat çekici ama ayrı bir tesadüfle ortaya çıkmış olsa dahi, 1868'de okunan bir makale, anoreksiyanın benzer bir semptomlarından üstü kapalı bir şekilde söz ettiğinden, Gull biraz daha az önemli olma eğilimindedir (Walter Vandereycken ve Ron Van Deth R., 1989: 839). Sir William Gull'un 1873 tarihli makalesi anoreksiyanın ilk tıbbi tedavisi olarak tarihe geçer. Bununla birlikte, hastalıklı kendi kendine açlık öyküsü, tıp kurumu tarafından 1873 civarında başlayan anoreksiya nervoz adı verilen ayrı bir klinik vaka şeklinde kabul edilmiştir (Silvermann, 1997: 113).

1930'larda yeme bozukluklarının psikanalitik açıklamaları bozulmuş beslenme işlevi ve kusmaya odaklanan bu açıklamaları Sigmund Freud'un teorisinden yola çıkılarak oluşturulmuştur.

Temel olarak, tüm açıklamalar Freud'un çalışmasına dayanmaktadır ve "bozulmuş yeme dürtüleri" ve "cinselliğin kontrolü" üzerine odaklanmaktadır (Em Farrell, 2000).

Psikanalitik olarak ilk yapılan açıklamalar Freud'un 1905 yılında kaleme aldığı makalesi olan 'Cinsellik Üzerine Üç Deneme' den yola çıkılarak yapılmıştır. Bu yazıda Freud, beslenme ile cinsel dürtülerin bir arada yer aldığını ve sadece memeden kesilme sonucunda birbirlerinden ayrılacaklarını belirtmiştir.

Freud bu yazıda oral döneme vurgu yaparak bu dönemi kanibalistik (yamyam) pregenital cinsel örgütlenme dönemi olarak tanımlamıştır. Bu dönemde iki faaliyette birbirinden ayrılmamıştır ve cinsel dürtünün gıdanın içe alımında yattığını ifade etmektedir (Freud, 1964).

### **1.2.2. Bulimiya Nervoza**

Bulimiya Nervoza(BN) aşırı yeme olayını izleyen, kendi kendine kusmaya neden olan, kilo alımını engellemeyi amaçlayan ve uygunsuz davranışlarla karakterize edilen bir bozukluktur (DSM-V, 2013). Bulimiya; Yunanca'da öküç anlamına gelen 'bous' ve açlığı tanımlayan 'limos' kelimelerinin birleşmesi ile oluşmaktadır.

Kelime anlamı olarak bir öküçün yiyebileceği kadar yemek yeme ya da bir öküç ile doyabilecek kadar aç olma durumu anlamlarına gelen patolojik bir iştahı tanımlamaktadır (Parry Jones ve Parry Jones, 1991). BN'de görülen tıknırcasına yeme atakları genelde kilo vermek için yapılan diyet sırasında ya da sonrasında başlamaktadır. Bunun yanında birçok stres veren olayın deneyimlenmesi de bulimiya nervoza bozukluğunun başlamasına sebep olabilmektedir.

BN, 1979 yılında ilk defa Gerald Russell tarafından ayrı bir patolojik durum olarak tanınmış ve tanımlanmıştır. Russell, bulimiya nervozada üç önemli nitelik ortaya koymuştur. İlk olarak kontrol edilemeyen ve güçlü bir yeme arzusu, ikinci olarak kendi kendini kusturma ve/veya ilaç kullanımı gibi metotlarla tüketilen besinlerin kilo aldırıcı etkisini yok etmeye çalışma ve üçüncü olarak da kilo alımına dair duyulan yoğun korku (Russell, 1979).

Bulimiya Nervoza'nın 1979 yılında patolojik bir tanı olarak kabul edilmesi, Batı toplumlarında tıpkı bir salgın hastalık gibi ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Bu bozukluğu yaşayan kişilerin gizli tutması, tanı kriterlerinin anoreksiya nervozaya benzetilmesi, tanının kolay konulamaması durumları sebebiyle toplumdaki görülme sıklığı ve oranına ulaşmak zorlaşmıştır (Hoek, 2002).

Ayrıca bu bozukluğa sahip bireyler, genelde yeme atakları haricinde alınan kaloriyi kısıtlama amacıyla diyet yiyecekleri tercih ettiklerinden normal ya da normalin üzerinde kilodadırlar, (yetişkinler için beden kitle endeksi  $\geq 18.5$  ve  $<30$ ), ancak aşırı kilolu değildirler.

BN için risk faktörleri arasında, çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel istismar, erken ergenlik, düşük benlik algısı, sosyal kaygı ve depresyon belirtileri göstermiş bireyler yer almaktadır. Bulimiya nervoza ciddi sonuçlar doğuran bir yeme bozukluğudur. Kadınlarda adet düzensizliği veya amonere gibi rahatsızlıklar görülebilmektedir. Çıkarma işlemi sonucunda elektrolit ve sıvı kaybı nedeniyle bu kişiler, kalp ritim bozukluğu ve mide sorunları gibi ciddi tıbbi sorunların yanı sıra özellikle kusma eylemi nedeniyle diş minesinde kalıcı hasarlar yaşarlar. Bu rahatsızlığı yaşayan bireylerin ölüm oranları da yüksektir. Ham olarak bakıldığında on yıl içerisinde %2 ölüm oranı hesaplanmıştır (APA, 2013).

BN' li kişilerde, beynin ödül merkezleriyle ilişkili bir alanı olan medialorbitofrontal kortekste gri madde artışı vardı. Zayıf konsantrasyon, dürtüsellik ve duygusal düzenleme, beynin dikkat bölgelerindeki değişen aktiviteden kaynaklanır. Dolayısıyla, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu bulimiya nervoza ile ilişkilidir. Doğuştan gelen bir dürtüsellik ve duygu arayışı bu bozuklukla ilişkilidir. Aşırı yeme, stres, kötü vücut imajı, kısıtlı diyet tetikleyicileri veya endişe, zayıf olmak için ideal bir vücut imajını içselleştirmek, kilo alma kaygısı ve bulimiya nervoza riskini artırır. Bozukluk ile çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar arasında bir bağlantı vardır.

Bazı durumlarda travmatik olaylar ve çevresel stres bulimiya nervoza için risk faktörleri olabilir (Gürhan ve Ayhan, 2022).

Sigmund Freud'un 1905 yılında kaleme aldığı 'Cinsellik Üzerine Üç Deneme' adlı eserinde, çocukların yaşamlarındaki ilk ve en önemli faaliyetin annesinin memesini emmesi olduğunu ifade ederek, bu dönemde beslenme ve cinselliğin birlikte olduğunu ancak memeden ayrılma süreci ilk bu iki önemli unsurun da ayrıldığını ortaya koymaktadır.

Freud, aynı eserinde parmak emme alışkanlığı edinmiş çocukların dudak ve dudak çevresinin erojen duyarlılığının gelişerek, devam ederse kişilerde yoğun öpme eğilimi gösterme veya alkol, sigara gibi bağımlılık uyandırıcı maddelere düşkün olma eğiliminde olacaklarını belirtir.

Kişilerin davranışlarını bastırma eğiliminde olmaları durumunda ise yemek yemekten tikslenme ve histerik kusma davranışı olarak kendisini göstereceğini aktarmıştır (Freud, 1905).

Libidonun, azalmasının beslenme üzerindeki etkisine değinerek, zorlayarak yemek yeme davranışını kişinin aç kalma korkusuyla, kusma davranışını ise yemek yemeye karşı bir savunma mekanizması olarak ilişkilendirmiştir (Freud, 1926).

### **1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yüksek miktarda besinin kısıtlı bir zaman içerisinde tüketilmesi ve kişilerin ne yedikleri veya ne kadar yediklerini kontrol edememesiyle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (Grilo CM ve M.J, 2011).

Kişilerin kilolarını kontrol amacıyla tekrar eden tıkınırcasına yeme atakları sonrasında uygun olmayan telafi edici davranışlar olmaması ve alışkanlık haline gelmemesi bu bozukluğu BN' den ayırmaktadır.

Bir diğer ayırt edici özellik ise bulimik kişilerin vücut şekillerine ve kilolarına aşırı önem yüklemeleridir (Geddes JR vd., 2020).

Tıkınırcasına yeme terimi, Albert J. Stunkard'ın 1959 yılında obezite yaşayan bireyler üzerine yaptığı klinik çalışmasında ilk defa ortaya konmuştur. Stunkard'ın çalışması obezite ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Bu çalışmada obezite yaşayan bireylerde 'tıkınırcasına yeme', 'gece yeme' ve 'doyma hissi olmadan yeme' olarak üç farklı yeme davranışı olarak tanımlanmıştır (Stunkard, 1959: 290). Spitzer ve arkadaşları 1991 yılında yaptığı çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluklarının tanı ölçütleri için önermeler ortaya koymuş ve yapılan bu çalışmalar ışığında tıkınırcasına yeme bozukluğu 1994 yılında DSM-IV 'te geçici yeme bozukluğu olarak tanı ulamı içerisinde yer almıştır (Spitzervd.,1993: 142).

Ana sınıflandırmaya girmesi ise 2013 yılında DSM-V'in yayınlanmasıyla olmuştur. Kendine has tanı kriterleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmış ve 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' kategorisine dâhil edilmiştir (Association AP, 2013).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanı sürecindeki önemli nokta, yaşanan bozukluğun doğasıdır. (Stunkard ve Allison, 2003: 7).

Fairburn ve Cooper tıknırcasına yeme bozukluğunu oluşturan unsurları en az iki olacak şekilde öznel yön (kontrol kaybı duygusu) ve nesnel yön (besinin gerçek boyutu ve tıknırcasına yemenin süresi) olarak ortaya koymuşlardır. Bu iki yön içerisinde öznel yön üzerine uzlaşma sağlanmış ancak nesnel yön konusunda belirsizlik bulunmaktadır.

Oluşan bu belirsizlik tıknırcasına yeme davranışının miktarına yönelik net olmayan tanımlamaya ‘çoğu bireyin tüketebileceğinden çok daha fazla yiyecek miktarı’ olarak yansımaktadır (Fairburn ve Cooper, 1993).

#### **1.2.4. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu**

Ağırlığı ve büyüklüğü ne olursa olsun, yiyeceklerden sürekli olarak kaçınma veya kısıtlama ile karakterize edilen bir yeme ve beslenme bozukluğudur. Genellikle karın ağrısı, yemekle ilgili kaygı, yemeyi ve iştahı bozan takıntılar ve ruh hali belirtileri gibi somatik şikâyetlere atfedilen, belirgin gıda kısıtlaması ve düşük vücut ağırlığı ile karakterizedir (Karadere ve Hocaoğlu, 2018).

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te Avoidant/Restricted Food Intake Disorder (ARFID) adıyla bir tanı olarak kabul edilmiştir. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunu anoreksiye nervoza ve bulimiya nervozadan ayıran en önemli kriter kilo ve estetik beden görüntüsü endişesi yaşamadan sıklıkla yiyecek veya beslenmeden kaçınılmasıdır. Yaşanan bu kaçınma durumu aşağıdaki sonuçların en az birisiyle sonuçlanabilir;

- Önemli oranda yaşanan ağırlık/kilo kaybı (veya çocuklarda gelişimsel süreçte bozulma ile olması gereken kilo alımının sağlanamaması)
- Beslenme eksikliği
- Bireylerin enteral beslenmeye bağımlılığı ya da oral yollar ile beslenme takviyesi alması
- Psikososyal süreçte yaşanan ciddi bozulma (APA,2013).

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu yaşayan bireylerin vaka öykülerinin çeşitlilik gösterdiği ve öykülerde çoğunlukla gıda alımını etkileyen farklı psikiyatrik veya tıbbi durumları ile ilgili risk taşıdıkları ancak beden görüntüleri için endişeleri olmadığı tespit edilmiştir.

Bozukluğu yaşayan bireyler korku, kaygı, stres duygularını yaşayabilirler.

Kendi zihinlerindeki ‘tehlikeli’ besinlere ya da yağ, şeker gibi kimyasal katkı bulunan ürünlere tepki gösterebilirler. Mide bulantısı, vücutta oluşabilecek herhangi bir ağrı, istifra etme veya boğulma gibi durumları yaşayabileceklerini düşündükleri içinde kısıtlama yapabilirler.

Yaşadıkları bu gibi duygu ve durumlar farklı klinik vakalar ortaya koyabilir. Hastane ve kliniklerin bu gibi durumlar için farklı program ve yönlendirmeleri olduğu belirtilmektedir (Fisher vd., 2014).

Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu yaşayan bireylerin tedavisinde günümüze kadar kanıta dayalı bir tanımlama bulunmamaktadır. Klinik vaka çeşitliliği olduğu düşünüldüğünde tek boyutlu bir yöntemin mümkün olmaması muhtemeldir. Bireylerin tedavi süreçlerinde, diğer tüm yeme bozukluklarında olduğu gibi sağlık çalışanlarının ön planda olduğu multidisipliner bir yöntem belirlenmesi gereklidir (Golden vd., 2015).

#### **1.2.5. Pika**

Pika yeme bozukluğu, düzenli olarak aşırı miktarda besleyici değeri olmayan veya besin değeri olmayan şeyler yenmesi ile ortaya çıkan karakterize bir bozukluktur.

Pika, Latince'de "saksığan" anlamına gelir ve saksığan kuş türü besin dışı ürünlerle beslenmesiyle bilinen bir kuş türüdür. Pika tanımını ilk olarak MÖ 400 yılında Hipokrat yapmıştır (Littré, 1839). Pika yeme bozukluğu, 1994 yılında yayınlanan DSM-IV'te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar kategorisinin altında yer alırken 2013 yılında yayınlanan DSM-V'te beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde yer almıştır. DSM-V tanı kriterlerini daha açık bir hale getirerek, tüm yaş gruplarında yer alabileceğini ortaya koymuştur (APA, 2013). Pika yeme bozukluğunun DSM-5'e göre tanı kriterleri şu şekildedir; (DSM-V, 2013: 171)

---

**Pika** "A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.

---

B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

---

C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

---

D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

---

**Kodlama notu:** Pika için ICD-9-CM kodu 307.52'dir ve bu kod çocuklar ve erişkinler için kullanılır. Pika için ICD-10-CM kodu, çocuklar için (F98.3), erişkinler için (F50.8)'dir.

---

Varsa belirtiniz:

**Yatışmış:** Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır."

---

#### Şekil 1. Pika DSM-V Tanı Kriterleri (DSM-V, 2013: 171)

Pika, başta çocuklar olmak üzere tüm toplumlarda her yaş grubunda görülebilmektedir. Kültürel açıdan bakıldığında pika, pek çok ülkenin gelenekleri içerisinde yer alır ve dünya çapında bazı toplumlarda ortak olarak uygulanmaya devam etmektedir. Bireylerin kültürel olarak uyguladıkları pika davranışı özellikle toprak yeme ve kil yutma olarak hamilelik dönemi, doğum ve emzirme ile ilişki içerisinde (Grigsby vd., 1999:191).

#### 1.2.6.Ruminasyon (Geri Çıkarma/Geviş Getirme) Bozukluğu

Ruminasyon, yineleyici şekilde herhangi bir dayatma olmadan, kısa zamanda tüketilen besinlerin regürjite olarak ağza doğru gelmesi ve akabinde ağızdan dışarı doğru atılımının sağlanması ve tekrardan çiğnenilerek yutulması durumudur (Absah I vd.,2017:29). Ruminasyon hayvanlarda sindirim sistemine yardımcı olan mekanik bir metod iken insanlarda bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Özellikle çocuklarda, ruhsal ve gelişimsel geriliği olan bireylerde görülürken artık sağlıklı yetişkin bireylerde de görülebilmektedir (Rashid vd.,2016: 583).DSM-V'e göre tanı kriterleri şu şekildedir;

---

"A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.

B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

**Yatışmış:** Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır."

Şekil 2. Ruminasyon (Geri Çıkarma/Geviş Getirme) Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri(Dsm-V,2013: 172)

### 1.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Çoğu birey tanı kriterleri net olan beslenme ve yeme bozuklukları ile temel beslenmenin dışında kalsalar da büyük oranda ciddi hastalıklar yaşamaktadırlar.

Bu noktada dikkatle incelenerek değerlendirilmesi gereken konu bu tür bireylerin duygudurum, bedensel belirti, farklı tıbbi bir rahatsızlığın sebep olduğu ruhsal bozukluk veya şizofreni gibi tanımlanan bir bozukluğu olmadığını bilmesidir (Birliği A.P, 2013:177). DSM-5'te yer alan tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları şu şekildedir;

**Tanımlanmış  
Diğer Beslenme  
ve Yeme  
Bozuklukları**

**"1. Değişiktür (atipik) anoreksiya nervoza:** Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.

**2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.

**3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.

**4. Çıkarma bozukluğu:** Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçların, idrar söktürücü [diüretik] ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).

**5. Gece yemek yeme bozukluğu:** Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımında içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaz."

Şekil. 3 Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları DSM-V Tanı Kriterleri  
(DSM-V, 2013: 177)

### 1.2.8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda bireylerde klinik olarak belirgin sıkıntıya neden olan durumlarda beslenme ve yeme bozuklukları semptomları baskındır, ancak herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğu için tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan durumlar bu kategoriye girer (Birliği A.P., 2013:179).

### 1.2.9. Yeme Bozuklukları Etiyolojisi

Yeme bozuklukları özellikle genç kadın bireylerin sıklıkla yaşadığı ve klinik bir tablo olarak seyreden psikiyatrik bir hastalıktır.

Bu sebeple, bu rahatsızlığın yaygınlığının iyi idrak edilmesi çok fazla önem teşkil etmektedir. Yeme bozukluklarının, psikopatolojisi ve yaygınlığının son zamanlarda araştırılması süreklilik göstermektedir.

Yapılan çalışmalar neticesinde bu rahatsızlığın çok yönlü olabileceği akıllara gelmektedir. Yeme bozukluklarında nöropsikiyatrik, sosyal ve kültürel, genetik ve psikogelişimsel birçok faktör rol oynamaktadır. Yeme bozukluklarının psikopatolojisine bakıldığında ebeveyn-çocuk ilişkisindeki ergen dönemli gelişimsel bozuklukların etkin olabileceği belirtilmektedir. Aile hayatı, anne babanın kişilik özellikleri, duygu durum regülasyonu ve çevresel faktörlerin tamamı bu bozuklukların gelişimine neden olmaktadır. Çocukluk döneminde anksiyete ve duygu durum bozukluklarında, mükemmeliyetçiliğin erken evrelerde oluşmasında obsesif-kompulsif ve yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Siyez, 2006:23)

Yapılan araştırmalarda, çocukluk çağında yaşanan travmalar, istismar veya ihmal bireylerde beslenme ve yeme bozukluklarının başlamasında ve kronik hale gelmesinde doğrudan veya dolaylı yoldan olacak şekilde yüksek olduğu görülmektedir (Kent vd., 1999: 160).

Bireylerin yaşadığı pek çok bozukluğun barındırdığı gibi yeme bozukluklarının da gelişim sürecinde sebep olarak tek bir unsurun olması olası değildir. Genetik, nörobiyoloji, kişilik özellikleri, zayıflık hakkında oluşan kültürel mitler, aile içi rolleri ve stresi etkileyen çevresel faktörlerini içeren çeşitli faktörlerin yeme bozukluklarının gelişimine ve devamlılığına katkıda bulunduğu söylenmektedir (Bakalar vd., 2015:7). Yeme bozukluklarının sebeplerini ortaya koymak için yapılan çalışmalar sosyal medya ve bireylerdeki akran ilişkilerini içeren sosyo -kültürel faktörlerin; olumsuz duygu durum regülasyonu, benlik saygısında eksiklik, beden algısı ile ilgili yaşanan bozulmalar gibi bireysel faktörlerin; eleştirel yaklaşıma maruz kalma, olumsuz düşünce ve kıyas gibi ailesel faktörlerin etkilerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Polivy ve Herman, 2002:204). Genel olarak özetlendiğinde tüm tanı kategorilerindeki gibi yeme bozuklukları için de sosyal, biyolojik ve psikolojik etmenlerin üzerinde durulması önem taşımaktadır (Kaplan, 2004).

Etiyolojik açıdan yeme bozuklukları incelendiğinde karmaşık bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir. Yeme bozukluklarının sebepleri üzerine yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konan ilk görüşler psikodinamik ve sosyal, kültürel etmenlerin üzerinde dursa da yakın tarihlerdeki çalışmalar biyolojik ve genetik yapıları da incelemeye almıştır.

Yeme bozukluklarında en yaygın olan anoreksiye nervoza ve bulimiya nervozanın genetik olarak aileden geçebileceği riskini bulundurmaktadır. Bulimiya nervoza yaşayan bireyler üzerine yapılan çalışmalarda birinci derecede olan akrabalık bağlarında görülme oranının ortalama orandan dört kat daha fazla olduğu, anoreksiye nervozada ise bu oranın on katına çıktığı saptanmıştır (Strober vd., 2000: 395).

Yeme bozukluklarında genetik faktörlere dikkat çeken çalışmalar ikiz bireyler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tek ve çift yumurta ikizi olan bireylerdeki konkordans oranları değerlendirildiğinde tek yumurta ikizlerinde bu oranın yüksek olduğu ve ikiz bireylerdeki çeşitlilik nedenlerinden birinin genetik yapı olduğu ortaya konmaktadır (Kaplan, 2004). Yeme bozukluklarının gelişimini tetikleyen bir diğer sebebin ise bireylerin ebeveynleri ile kurduğu farklı etkileşim veya farklılık gösteren akran gruplarında yer almak gibi paylaşılmayan/özgün çevresel etmenler olduğu belirtilmektedir (Klump vd., 2002: 380).

Genetik etmenler üzerinde yapılan çalışmalar komorbidite yönünden incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluk, maddeye bağlı gelişen bulimiya nervoza ve kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza bozukluklarında önemli rol oynadığı görülmektedir (Kuruoğlu, 2000: 34).

'Beden imgesi' kavramı bireylerin hedefledikleri ve ideal olarak düşündükleri vücut görüntüsü, 'beden algısı' ise kendi vücutlarını incelemeleri ve algılayış şekillerini ifade eder. Bu iki kavramın oluşum ve gelişim süreçlerinde teknoloji, sosyal çevreleri, aile yapıları ve bütün toplumsal etmenler etkili olmaktadır. Özellikle sosyal mecralar bireylerin beden algılarının bozulmalarının ve olumsuz duyguların oluşmasının etkilerini incelemek üzerine yapılan araştırmalar özellikle kadınlarda beden algısı bozulmalarının ana temelini oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Stice vd., 2002:131).

Beslenme ve yeme bozukluklarında sosyo-kültürel faktörlerin etkili olduğunu tasdikleyen bir diğer unsur ise bireylerdeki ideal beden görüntüsü, kilo alma endişesi ve beslenme kontrolü sürecinin yeme bozukluklarından daha önce başlamış olmasıdır (Rubinstein vd., 2010:664).

Beslenme ve yeme bozukluğu yaşayan bireylerin aile içi yapıları ve ebeveynleri ile olan etkileşimlerinde sorunlar olduğu görülmektedir (Holtom vd., 2014: 32).

Aileleri tarafından bakımlarının karşılanmadığı, duygusal sevgi ve ilgi eksikliği ile büyüyen, çocukluk döneminde fiziksel ya da cinsel istismar ve ihmale maruz kalmış bireyler yeme bozuklukları için risk grubu oluşturmaktadır (Neumark-Sztainer vd., 2000: 250). Bireylerin yaşamlarında gerçekleşen olaylar ve yeme bozuklukları arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmalarda travmatik olayların, zor ve stres, kaygı duygularının yoğunluğunun bozukluk başlamadan önce olduğu ortaya konmuştur (Jacobi vd., 2004: 19).

#### **1.2.10. Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi**

Yeme bozuklukları sonu ölümle sonuçlanabilecek kadar ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Özellikle son 25-30 yıldır artan araştırma çalışmaları, tanı kategorilerinde farklılıkların görülmesi, sadece gelişmiş değil gelişmekte olan ülkelerin gençlerini etkileme oranındaki artış, tanı ve vaka olarak ilgi uyandıran ancak tedavi süreci ve yöntemlerinin zor kabul edildiği bir bozukluktur (Maner, 2001: 133).

Bireylerde yeme bozukluklarının gelişimi ergenlik döneminde tipik olarak görülmektedir. Özellikle bu dönemde cinsiyet oranları olarak kadın bireyler erkek bireylere oranla daha çok yeme bozukluğu geliştirmektedir. 14-24 yaş aralığında yaygınlaşan ve yapılan araştırmalarda genetik etmenler ile hormonal dengesizliklerin anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza oluşmasında etkilisi görülmektedir. Diğer olasılıklar yerine bu bilgi ile araştırmalar biyolojik çalışmaların önemini ortaya koymaktadır(Hinney ve Volckmar,2013:7).

Yeme bozukluklarının epidemiyolojik açıdan incelenmesindeki ana problemlerden biri, 1960'lı yıllardan beri tanı kriterlerindeki değişkenlik olabileceği düşünülmektedir (Vardar ve Erzengin, 2011: 44).

Bu değişen tanı ölçütlerine rağmen az sayıdaki araştırmalarda yeme bozukluklarının prevalansının gün geçtikçe arttığı ile ilgili bulgular saptanmıştır (Herzog ve Eddy, 2007:9).

2010 yılında Treasure ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yeme bozukluklarının prevalansının %5 oranında olduğunu ortaya koymuşlardır (Treasure vd., 2010:586).

Anoreksiya nervozanın bireylerde görülme oranı ve yaygınlığını saptayabilmek için pek çok farklı metot kullanılmıştır ve bu sebeple de çalışma sonuçları farklılık göstermektedir.

Ancak genel olarak bakıldığında kadınlarda yılda 8/100.000 erkeklerde 0,5/100.000 oranı ile görülme sıklığı belirtilmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003:383).

Yeme bozuklukları, diğer bozukluklar arasında en belirgin düzeyde cinsiyet farklılığına sahip olan bir bozukluk olarak önemli bir özellik taşımaktadır (Gürdal, 2008:82). Bu özelliğe rağmen anoreksiya ve bulimiya nervozanın iki cinsiyet grubunu da etkilediği yapılan çalışmalar sonucunda görülebilmektedir (Newton, 2013:233). Micali ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada iki cinsiyet grubunun da bu bozuklukları yaşama sıklığının son dönemlerde arttığını ispatlayan bulgular yer almaktadır (Micali vd., 2013:6).

Yeme bozukluğu yaşayan bireylerde dağılım ve sıklık net olarak bilinmemekle beraber yaş aralığı şartlar dahilinde değişkenlik göstermektedir. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza bozukluklarının bireylerde en yoğun olarak ergenlik çağında, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı belirtilmektedir (Malatesta,2007:3). Bulimik bireylerle ilgili olan epidemiyolojik çalışmalar kısıtlı olsa da Hoek 2003 yılında yaptığı çalışmasında bulimiya nervozanın yaygınlığını gençlik dönemindeki kadınlarda %1, gençlik dönemindeki erkeklerde ise %0,1 olarak tespit etmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003:383).

Kessler ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları çalışmada yeme bozukluklarının ömür boyu yaygınlığı hakkında tahminde bulunarak kadın bireyler için anoreksiya nervoza%0.9, bulimiya nervoza %1,5 oranında olduğu, erkek bireylerde ise anoreksiya nervoza %0,3, bulimiya nervoza %0,5 ve tıknırcasına yeme bozukluğunu %2,0 olarak belirlemişlerdir (Kessler vd., 2007:904).

### **1.2.11. Yeme Bozuklukları Psikopatolojisi**

Yeme bozuklukları psikopatolojik yönden incelendiğinde bireylerin kendi benliklerine yönelik olan olumsuz düşünce ve inançlarını yansıtarak vücut şeklini ve ağırlığını yoğun şekilde incelediği ve bilişsel noktaların daha önemli olduğu psikolojik bozukluklardır. Bilişsel davranışçı kurama göre bakıldığında yeme bozuklukları, bireylerin kendi vücutlarına, kilolarına, beden görünüşlerine yönelik olan olumsuz otomatik düşüncelerini işleyerek negatif yönde inançlar olarak yansıtmasını sağlayan patolojiler olduğunu ortaya koymaktadır.

Yeme bozuklukları bireylerin duygudurumlarına bağlı olarak da ilerleyebilmektedir. Yaşadıkları kaygı ve endişe olumsuz inançları ve düşünceleri destekler niteliktedir (Fairburn, 2008).

Yeme bozukluğu yaşayan bireylerin mükemmeliyetçi yapıları kendilerine ve sosyal çevrelerine dair oluşturdukları yüksek niteliklerden kaynaklanmaktadır. Bireylerin mükemmeliyetçi standartları olduğu, beden görünüşleri üzerindeki aşırı zayıflık isteklerinden de görülmektedir. Bu bireylerin risk grubuna girmesini sağlayan diğer sebepler ise yoğun kilo artışı yaşamaları veya sosyal çevrelerinden aldıkları olumsuz tepki ve tutumlardır. Giderek bozulan yeme davranışlarını bireyler kontrol mekanizmalarını güçlendirerek sağlayabilmektedir ancak bunu yapamazlar ise kimliklerini algılayışları olumsuz etkilenerek ve düşük benlik saygıları oluşmaktadır (Ertaş, 2006). Hayatlarında her zaman yüksek standartta sahip olan bireyler, hedeflerine ulaşamadıklarında kendilerini suçlama eğilimi içerisine girmektedirler ve bu durum sebebiyle daha çok çabalamaya ve kendilerini yıpratmaya devam etmektedirler. Kısır döngü süreci içerisine girerek yeme bozukluğunun devam etmesini sağlamaktadırlar (Wilson ve Fairburn, 1993:261).

### **1.2.12. Yeme Bozuklukları İle İlgili Yapılan Araştırmalar**

Yeme bozuklukları kronikleşme ve tekrarlama açısından yüksek risk altındadır ve bu daha çok kadınlarda görülen bir ruh sağlığı sorunudur (Fairburn vd., 2000:661). Yeme bozukluğunun bireylerde bağımlılık oluşturup oluşturmadığı konusunun anlaşılabilmesi çeşitli süreçlerin incelenerek netleştirilmesi kanısına varılmaktadır (Öyekçin ve Deveci 2012:142).

Yeme bozuklukları ile ilişkili diğer psikiyatrik tanılar için Semiz ve arkadaşları 2013 yılında araştırma yaparak, Sivas ilinde 1122 katılımcıya ulaşmış ve yoğunlukla görülen tanılarda major depresyon, kaçınan kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk olarak saptamışlardır (Semiz vd., 2013:149).

Bireylerin geçmişlerinde ya da bugünlerinde yaşadığı travmatik olay veya durumlar yeme bozukluklarının oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Travmatik olaylar, bozukluğun belirlenmesinde ve tedavisinde belirleyici etken oldukları için tanılama süreci ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir (Jacobi vd., 2004:19).

Alanyazın taraması yapıldığında yeme bozukluklarının cinsiyet ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Erkek bireylerin kilolarını kontrol etmek amacıyla aşırı spor yapmalarını ve tıknırcasına yeme nöbetleri yaşadıklarını ifade etme oranları düşük olarak belirtilmiştir (Lewinsohn vd., 2002:430).

Hay'ın 1998 yılında yaptığı diğer çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu yaşayan bireyler ise kadınlara oranlar erkeklerin besinleri geri çıkarma veya kilo kontrolü için obsesif düşüncelerini bildirme oranları daha düşük olarak saptanmıştır (Hay, 1998:379).

Anderson ve Bulik'in yaptığı çalışma sonucunda ise erkekler vücut kas kütlelerini arttırmak ve yoğun kilo alımını önlemek adına kadınlardan farklı telafi edici davranışlarda bulunmaktadır (Anderson ve Bulik, 2004:8).

2016 yılında Kocakaya yaptığı çalışmasında yeme bozuklukları ile ilgili hem beslenme ve hem de psikolojik destek alan 80 bireyle çalışarak yeme bozuklukları ile iç içe olabilecek değişkenleri değerlendirmiştir. Yaptığı çalışmasında Yeme Tutumları Testi, Çocukluk Çağı Travmaları ve Beck Depresyon Ölçeği gibi önemli araçları kullanmıştır. Elde ettiği bulgular sonucunda bireylerde yeme bozukluğunun benlik saygısı ve beden algısı ile bağlantılı olmadığını ancak çocukluk çağında yaşanan travmalar ile doğrudan bağlantılı olduğunu ve bu travmaları bireylerin kabullenmemesi durumunda yeme davranışlarında olumsuz yönde değişimler olduğunu ortaya koymuştur (Kocakaya, 2016).

### **1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)**

#### **1.3.1.Tanım**

Obsesyon bireyin istemsizce zihnini işgal eden ve olumsuz duygular uyandıran, kontrol mekanizması ile uzaklaştırmakta zorlandığı, sürekli yineleyen, ego distonik yani bireyin benlik özelliklerine aykırı olan düşünce ve dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise genellikle obsesyonlar tarafından ortaya çıkarılan olumsuz duyguları engellemeyi ve ortaya kaldırmayı hedefleyen kognitif eylemler bütünüdür (Steketee,1993:224). Obsesif kompulsif bozukluk ise obsesyon ve kompulsiyonlar ile ortaya çıkan toplum dilinde takıntı hastalığı olarak adlandırılan karakterize bir psikolojik bozukluk türüdür. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin kariyer yaşamları, sosyal çevreleri ve kurdukları ilişkileri negatif olarak etkilenmektedir.

DSM-III'te yapılan tanıma göre kompulsiyonlar bir tutum ve davranış olarak ele alınırken, DSM-IV'te obsesyonların etkilerini sıfıra indireme yani nötralize etme hedefi ile ortaya çıkan düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008:187).

DSM-IV'te anksiyete bozuklukları kategorisi içerisinde yer alan obsesif kompulsif bozukluk, bireylerde kirli olma, kontaminasyon, şüphe, kuşku, cinsellik, din ve gizem, saldırganca tutum gibi obsesyonlar olarak bölümlere ayrılmıştır.

Bu obsesyonları nötralize etmek için ortaya konan kompulsiyonlar ise temizlenme, kontrol sağlama, düzen oluşturma, tekrar etme ve biriktirmedir.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş kişiler üzerine yapılan araştırmada bireylerin bu durumu fark etme ve uzman sürecine başlamalarının yaklaşık 7 sene sürdüğü belirtilmiştir (Karamustafalıoğlu, 2010:3).

#### **1.3.2.Tarihçe**

Obsesif kompulsif bozukluğun tarihi yüzyıllar öncesine uzanmaktadır. Obsesyon ve kompulsiyonlar olduğu görülen davranış ve tutumlara eski dönemdeki dini kitaplarda rastlanmaktadır. Mistik ve dini amaçla düzenlenen ritüel ve törenlerin kaynağında obsesif kompulsif nevrozda ortaya çıkan savunma mekanizmasına benzeyen unsurlar olduğu görülmektedir.

Eski kitaplar incelendiğinde benzer davranışlar olduğu görülmekte örneğin Malleus Maleficarum adında din insanının yazdığı eserde, orta çağda bir din adamının kilisenin orada ya da ibadetler sırasında dil çıkarma davranışı sergilediğini ve zamanla artış gösterdiği anlatılmaktadır. Obsesif kompulsif davranışlara rastlanan bir diğer eser ise Shakespeare'nin kaleme aldığı Macbeth eseridir. Bu eserde obsesif kompulsif bozukluğun çok belirgin örneğini yansıtmaktadır. Kral Duncan'ın öldürülmesi ile eşi obsesif kompulsif davranışlar sergilemeye başlayarak tekrarlayan el yıkama davranışı sergilemeye başlamıştır (Günaydın, 2021)

Obsesif kompulsif bozukluk yaşayan bireylerin varlığı 15. yy itibari ile bilinirlik kazansa da tarihe bakıldığında kayıtları olmasa da obsesyon ve kompulsyonların olduğu bilinmektedir (Şen, 2016). Freud, obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili bilimsel önermeleri 19. yüzyılın son dönemlerinde ortaya koymuştur.

Obsesif kompulsif bozukluğu oluşturan obsesyon ve kompulsyonlar daha eski tarihlerde tanımlanmış olsa da farklı bir nozografik başlık olarak değil ruhsal açıdan yaşanan dejenerasyon olarak veya Janet'in ortaya koyduğu psişik zayıflık kavramı ile açıklamıştır (Laplanche ve Pontalis 1973).

İlk defa kayda alınması ve psikiyatri tarihine geçişi ise 1838 yılında Fransız psikiyatrist Esquirol tarafından olmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğun ortaya konması ile bireylerin yaşadığı belirtiler depresyon ve psikoz altında yer alırken 1917 yılında Freud'un fobik nevroz bozukluğundan ayırarak incelemesi ve yayınlaması sonucunda ayrılmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008:188). Obsesif kompulsif bozukluğu farklı kılan bir diğer nokta ise Freud'un tanı kriterleri açısından az da olsa değişkenlik gösterdiği ender bozukluklardan olmasıdır (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006:32).

Ruh sağlığı alanında ise 1980 yılında DSM-III' te ilk defa farklı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM-IV' te 'Anksiyete Bozuklukları başlığın altında yer alırken son yayımlanan DSM-V' te 'Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar' adı ile yer almıştır (APA, 2013).

### 1.3.3. Tanı Kriterleri

DSM-V' te yayınlanan obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri şu şekildedir;

#### OKB

"A. Takıntılar (obsesyonlann), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

---

## OKB

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanırsal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

**İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

**İçgörüsü kötü:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür. İçgörüsü yok/sanırsal inanışlar: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

**İçgörüsü yok/sanırsal inanışlar:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

**Tikle ilişkili:** Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır."

---

Şekil 4. Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-V Tanı Kriterleri(DSM-V,2013: 336)

### 1.3.4.Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi

Obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi üzerinde literatür incelendiğinde pek çok araştırma olduğu ve bu araştırmalar sonucunda önemli düzeyde ilerleme kaydedildiği ancak toplum sağlığındaki önemi ile ilgili bilinmeyen unsurlar olduğu görülmektedir.

Bu durumla ilgili yapılan bir çalışmada yaygınlık oranları bulgularla ortaya konarak, ömür boyu %2,3 ve 1 yıllık %1,2 oranları bildirilmiştir.

Yaş aralığı olarak bakıldığında yüksek oranla geç ergenlik yaşayan bireylerde görüldüğü ortaya konmuştur (Ruscio vd., 2010:60).

1980 yılına kadar obsesif kompulsif bozukluk ender rastlanan bir psikolojik bozukluk olarak bilinmekteydi. Ancak bunun altında yatan sebebin bu bozukluğu yaşayan bireylerin yaşadıkları belirtiler sebebiyle utanç, suçluluk gibi duygular yaşamaları sonucu kliniklere başvuru yapmama, bildirmeme durumları olduğu ortaya konmuştur (Şahin ve Böke, 2007: 344). 1980 yılına kadar obsesif kompulsif bozukluğun prevalans oranının yaklaşık olarak %0,05 olduğu düşünülmekteydi (Rasmussen ve Eisen, 1990:51). Obsesif kompulsif bozukluk psikiyatrik bozukluklar arasında yaygınlık oranı olarak dördüncü sırada yer alarak her kırk bireyden birinde görülmektedir (Veale ve Willson, 2005).

Obsesif kompulsif bozukluğun bireylerde görülme oranına bakıldığında cinsiyet olarak net bir değişkenlik saptanmazken temizlik ve yıkama kompulsiyonlarının en çok kadın bireylerde görüldüğü, erkek bireylerde ise daha çok saldırganca davranışlar ve cinsel obsesyonlar olduğu saptanmıştır. Dini olan obsesyonların ise kadınlarda daha yoğunlukla olduğu çalışma sonuçlarında yer almaktadır (Karadağ vd., 2006:150). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış çocuklarda cinsiyete bakıldığında oran olarak %60-70 oranla erkeklerin olduğu ve bu durumun yetişkinlik evresine kadar yüksek oranda devam ettiği belirtilmektedir. Cinsiyete göre, hastalık yaşı ve başlangıç yaşı iki patern olarak ortaya çıkmaktadır. 7-12 yaş arası erkeklerde insidans ve tanı daha fazla iken, 21 yaşında erken erişkinlik döneminde kadınlarda daha sık görüldüğü görülmektedir (Günaydın, 2021)

Obsesif kompulsif bozukluğun toplumda görülme sıklığı kültürel olarak farklılar içermektedir. Diğer toplum ve kültürlerde yapılar araştırmalar güvenilirlik olarak eksikliklere sahiptir. Ülkemizde ise epidemiyolojik olarak yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için çalışma sonuçlarını nüfus üzerinden genellemek doğru veriler elde edilmesini mümkün kılmayacaktır (Binbay vd., 2014:264). Diğer ülkelerde yapılan araştırmalar incelendiğinde %0,5-0,9 oranıyla Tayvan ve %0,6 oranla Hindistan'ın dünya çapında obsesif kompulsif bozukluğa en az rastlanan ülke olduğu bildirilmiştir.

%2,6-%3,2 oranla Kuzey ve Orta Avrupa görülme oranının daha yüksek olduğu ülke olarak sıralamada yer almaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008:191).

Türkiye'deki çalışmalar ise prevalansın %2,6-6,2 oranında olduğunu ve cinsiyet merkezli araştırma sonuçlarında ise erkeklerin %0,2, kadınların %0,6 oranına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Çilli vd., 2004:372).

Eski dönemlerde obsesif kompulsif bozukluğun yüksek oranda yetişkinlerde olduğu, çocuk ve adölesanlarda nadiren görüldüğü düşünülmekteydi ancak yıllar içerisinde yapılan çalışmalar bu durum tam aksini ortaya koymaktadır. Çocukluk döneminde başlayan ve gençlik çağına ortaya çıkan bozukluğun prevalans oranının %1-4 aralığında olduğu yaklaşık olarak ise %2'lik bir görülme yaygınlığı olduğu saptanmıştır (Zohar, 1999:449). Yetişkin bireylerde obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç evresinin %80'lik bir oran ile gençliğin başlangıç dönemi olduğu kabul görmektedir (Pauls vd., 1995:81). Yetişkin bireylerde çocuk ve adölesanlara oranla obsesif kompulsif bozukluğun tespit edilmesi ve tanınması daha kolaydır. Çocukların kendilerini ifade şekillerinde netlik tam oluşmadığı için tutarsız durumlar oluşabilmektedir (Steketee ve Barlow, 2002).

### **1.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi**

Obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkışında duyguların önemini vurgulamış kuramsal yönden ilk bakış açısını dinamik bakış açısı sunmaktadır (akt; Topuçoglu, 2003:47). Psikodinamik yaklaşım, obsesyon ve kompulsiyonların, başta öfke olmak üzere güçlü ilkel duyguları içeren derin bilinçdışı çatışmaları bastırmaya çalışan savunma mekanizmaları olduğunu ileri sürer (Moritz vd., 2011:182). Freud'un yaklaşımına göre anal dönemde saplanma yaşama veya gerileme görülmesi obsesyonel nevrozun gelişim süresindeki önemli faktörlerdir. Dinamik yaklaşıma göre, obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkışını bireylerin bastırdığı bilinçdışından gelen dürtüler ve hayal dünyaları sağlamaktadır. Bu dürtüler sonucunda bireylerde yüksek oranda endişe ve kaygı duygusu başlayarak, bulunan ödipal dönemden anal evreye dönme yaşanır.

Freud, obsesif kompulsif bozukluk içerisindeki savunma mekanizmalarından yapıp-bozma, yer değiştirme, regresyon ve yalıtma gibi bireylere özgü olan savunma mekanizmalarının önemini vurgulamaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008:190).

Obsesif kompulsif bozukluk yaşıyan bireylerin, diğer nevroitik bozukluklarda olduğu gibi egolarını kontrol etme konusunda eksik kaldığını ortaya koymaktadır. Bireyler ego ve süperego arasında bulunan sadomazoşistik durumunu devam ettirmeye çalışmaktadır (Topçuoğlu, 2003:48).

Klein 1940 yılında yaptığı çalışmasında bireylerin sahip olduğu obsesif düşüncelerin içsel olan iyi nesnelere korumak amacıyla oluşturulmuş savunmalar olduklarını ortaya koymuştur (Klein, 1940:358).1984'te Mallinger obsesif düşünceleri olan bireylerin hayatın her noktasını kontrol altına alma duygularının yüksek olduğunu vurgulamıştır (Mallinger, 1984:153).

1985 yılında ise Salzman obsesif kompulsif bozukluğun ana kaynağı olan utanma, bireyin kendisini yetersiz ve güçsüz görmesi gibi duyguların bastırılması için oluştuğunu belirtmiştir (Salzman, 1985:328). Joseph ise çocukluk çağında yaşanan ilişkilerin bireylerin gelecek yaşamlarındaki kişiliklerinin ve patolojik durumlarının temelini oluşturduğunu vurgulamıştır (Joseph, 2001). Psikanalitik bakış açısının geneline bakıldığında bireylerin sahip olduğu obsesif duygu ve düşüncelerin, kendilerini rahatlatmak için oluşturdukları kompulsiyonların bireylerin dünyasında bir değeri bulunduğunu belirtmektedir.

Obsesif kompulsif bozuklukta yer alan akrabalık bağı ile ilgili 1990'lı yıllarda yapılmış araştırmalar sonucunda nesiller arasında olan gen aktarımı düşüncesini güçlendirmiş ve başlama yaşı olarak çocukluk döneminin yetişkinlik dönemine göre genetik olma riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ebeveynleri veya akrabaları içerisinde obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde tanı belirtilerine daha fazla rastlandığı saptanmıştır (Pauls, 2010:157). Genetik olarak sağlanan aktarımın obsesif kompulsif bozukluk yaşıyan bireylerde %30-%50 oranı arasında değişkenlik gösterdiği bulgularla ortaya konmuştur (Veale ve Wilson, 2005).

Beynin görüntülenme tekniklerinin yıllar içerisindeki gelişimi ile birlikte obsesif kompulsif bozukluğun sebepleri içerisinde nörobiyolojik sebeplerin olduğunu ortaya koyan pek çok bilgiye ulaşılmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk yaşıyan bireylere uygulanan beyin çalışmalarında orbitofrontal- limbik-bazal gangliyon bölgelerinde kan akışında normal dışı belirtiler ve yüksek oranda aktive hareketler görülmüştür (Saxena vd.,1998:26).

### **1.3.6.Komorbidite (Eş Tanı)**

Obsesif kompulsif bozukluk özellikle major depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi diğer klinik bozukluklar ile birlikte görülme oranı yüksek olan bir bozukluktur. Literatür incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluğa sahip her 3 bireyden 2'sinde farklı bir psikiyatrik bozukluğunda olduğu görülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008: 191). Obsesif kompulsif bozukluk yaşayan bireylerde yaşamları boyunca %70 oranında major depresyon, %80 oranında ise anksiyete bozukluğu olduğu ortaya konmuştur (Rasmussen ve Eisen, 2002; 1599).

Yapılan diğer çalışmalarda ise obsesif kompulsif bozukluğa %46 oranında özgül fobi ile %13,8 oranında panik atak bozukluğunun eşlik ettiği belirtilmiştir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011: 70).

Şizofreninin de sıklıkla obsesif kompulsif bozukluk ile ilerlediği, oranının %12,2 olabileceği ve obsesif kompulsif bozukluğun daha erken süreçte başladığı ortaya konmuştur (Karno vd.,1988:1094). 1996 yılında Crino ve arkadaşlarının obsesif kompulsif bozuklukta madde ve alkol kullanımı üzerine yaptıkları araştırmada bireylerin ilaçlarını kötü amaçla kullanma oranları %17,6 ve alkole karşı bağımlı davranışların oranının ise %24,1 olduğu saptanmıştır (Crino vd., 1996: 42)

Obsesif kompulsif bozukluk ile beslenme ve yeme bozuklukları incelendiğinde anoreksiya nervoza oranın %5-17 aralığında olduğu ve bulimiya nervozada her 3 bireyden 1'inde obsesif belirtilere rastlandığı ortaya konmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklar ile arasındaki oranlar incelendiğinde beslenme ve yeme bozuklukları ile daha farklı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir (Demet ve Taşkın, 2002: 15).

Ülkemizde yapılan 27 farklı çalışma incelendiğinde ise Tourette sendromu yaşayan bireylerin obsesif kompulsif bozukluk tanı oranının %75 olduğu saptanmıştır (Toros vd., 2002: 192).

## İKİNCİ BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın çalışma evreni, örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bunlarla ilişkili geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, veri toplama ve veri analizinde kullanılan istatistiksel teknikler yer almaktadır.

### 2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada likert tipte anketle veri toplanan nicel bir araştırmadır. Gönüllü bireylerin katıldığı ilişkisel tarama modelinin kullanıldığı betimleyici ve kesitsel nitelikte bir araştırma tasarımıdır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma başlangıcında Nişantaşı Üniversitesi Yayın Etiği kurulundan etik izin (27.02.2023 tarihli, 2023/10 karar) alınmıştır. Araştırma evrenini 2023 yılında Türkiye’de yaşayan 18-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Evrendeki kişi sayısı bilinmediğinde örneklem sayısı 384 olarak alınmaktadır (Cohen, 1988). Bu nedenle örnekleme Türkiye’de tesadüfi örnekleme yöntemi ile 384 kişi oluşturulmuştur. Çalışma grubunda yer alan kişilerin seçilmesinde şu ölçütler benimsenmiştir.

Bu ölçütler:

- (a) Okuryazar olmaları
- (b) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları
- (c) 18-65 yaş aralığında olması
- (d) İnternete erişimi olmaları

### 2.3. İşlemler

Veriler katılımcılara çevrimiçi olarak verilmiş, yaklaşık 30 dk sürmüştür. Çalışma gönüllülük esasına dayalı yürütülmüştür. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak yapılmıştır.

## **2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, katılımcıların demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyo Demografik Bilgi Formu”, araştırmadaki katılımcıların yeme bozukluğu düzeylerini değerlendirmek amacıyla “Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği”, katılımcıların obsesif düşünce ve eylemlerinin düzeylerini değerlendirmek için “Padua Envanteri” ve çocukluk çağı travmalarını saptamak adına “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” isimlerindeki veri toplama araçları kullanılmıştır.

### **2.4.1. Sosyo Demografik Bilgi Formu**

Araştırma içerisinde katılımcılara sunulan sosyo demografik bilgi formu içerisinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bireylerin kimlerle yaşadığı, bireylerin çevrelerinde sosyal desteklerinin olup olmadığı, bireylerin ebeveynlerinin ayrı olup olmadığı, bireylerin son iki hafta içerisinde önemli yaşam olayları yaşayıp yaşamadığı, bireylerin bilinen fizyolojik rahatsızlıklarının olup olmadığı hakkında sorular yer almıştır.

### **2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33)**

Araştırmaya katılan bireylerin çocukluk çağı travmalarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. 1996 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 2020 yılında şar ve meslektaşları tarafından uygulanmıştır. Ölçek, beşli likert tipte ve otuz üç maddeden oluşmaktadır. Cinsel taciz, duygusal taciz, fiziksel taciz, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve aşırı koruma-kontrol olmak üzere altı boyutu bulunmaktadır. Altı boyutun hepsinden alınan toplam puan, ölçeğin skorunu belirtmektedir. Ölçeğin toplam skoru ise 25-150 arasında olmaktadır.

Bu araştırma kapsamında yapılan güvenirlik analizinde ise Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) katsayıları ölçek genel toplamında 0.93, duygusal taciz alt ölçeği için 0.82, fiziksel taciz alt ölçeği için 0.75, fiziksel ihmal alt ölçeği için 0.81, duygusal ihmal alt ölçeği için 0.89, cinsel taciz alt ölçeği için 0.81, aşırı koruma/kontrol alt ölçeği için 0.81 olarak belirlenmiştir.

### **2.4.3.Yeme Bozukluğu Değerlendirme leği**

Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi'nin (Eating Disorders Examination, EDE) zbildirim formu olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme leği, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDEQ) olarak bilinmektedir. EDE, danışanların kullanımı için özbildirim formu olan EDE-Q olarak 1994 yılında Fairburn ve Beglin tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, beş alt ölçek ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu alt lekler; Kısıtlama (R), Tıkınırcasına Yeme (BE), Beden şekliyle İlgili Endişeler (SC), Yemeye İlgili Endişeler (EC) ve Kiloyla İlgili Endişeler (WC)'dir. Tıkınırcasına Yeme alt leği dışındaki alt ölçek puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar patolojinin varlığına işaret etmektedir. Tıkınırcasına Yeme alt leği dışındaki alt ölçek puanlarının toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ergenlerin oluşturduğu bir örneklem grubunda Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır.

### **2.4.4. Padua Envanteri**

Van Oppen ve arkadaşları (1992) tarafından uyarlanan formun Türkiye uyarlama alışması Beşiroğlu ve arkadaşları (2005), tarafından yapılmıştır.

Yapılan çalışmada amaçlanan, ölçeğin önceki 60 soruluk formu ile 41 soruluk formunun güvenirlik ve geçerliliğinin sınanmasıdır. Padua Envanteri, obsesif kompulsif bozukluk yaşayan bireylerde hem OKB'nin şiddetinin ortaya konmasına hem de baskın olan belirtilerin dağılımlarının belirlenmesinde yardımcı olan bir ölçektir. Bireylerde gözlenebilen temizlik ve kontrol gibi kompulsif tutumların yanı sıra gizli kalan ya da zihinde yer alanların değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

60 sorudan oluşan ve 5'li likert tipe sahip ölçekte cevaplar en az 0 "Hiç" ve 4 "Aşırı" olmak üzere puanlanmaktadır. Ölçekten maksimum 240 ve minimum 0 puan alınmaktadır. Ölçeğin; zihinsel eylemler üzerinde bozulmuş kontrol, kirlenme, bulaşma, kontrol davranışları, davranışlar üzerinde kontrol kaybı hakkında dürtü ve kaygılar olmak üzere 4 alt leği bulunmaktadır.

Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçlarında ölçeğin uzun formu ile kısa formu arasında uyumluluk görülmüştür. Ölçek iç tutarlılık Cronbach  $\alpha$  katsayıları sırasıyla uzun form için 0.96 ve kısa form için 0.95 olarak hesaplanmıştır.

## **2.5. Veri Analizi**

Araştırmada elde edilen verilerin analizleri için IBM SPSS 22.0 kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin arasında ilişki olup olmadığını saptamak için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Değişkenlerin birbirleri üzerindeki yordayıcı etkileri regresyon analizi kullanılarak saptanmıştır. İki'den fazla grubun ölçek ortalamalarına göre karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. İki grup ve ölçek ortalamalarının karşılaştırılması için ise bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır.

Tablo 1'de, araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Normallik testi sonuçlarına çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak ulaşılmıştır.

**Tablo 1: Değişkenlerin Çarpıklık Basıklık Değerlerine İlişkin Bulgular**

<i>Değişkenler</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>		
1. Duygusal Taciz	.77	-.42
2. Fiziksel Taciz	1.25	0.27
3. Fiziksel İhmal	1.16	.59
4. Duygusal İhmal	.36	-.81
5. Cinsel Taciz	1.1	1.45
6. Aşırı Koruma-Kontrol	.74	-.32
7. İnkâr	-.16	-.67
8.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	.81	-.09
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>		
9. Kısıtlama	1.3	.81
10. Yeme Endişesi	1.42	1.37
11. Beden Şekli Endişesi	.55	-.67
12. Kilo Endişesi	.66	-.27
13.Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	.77	-.23
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>		
14. Impairedcontol	.49	-.43
15. Kontaminasyon	.5	-.58
16. Kontrol	.59	-.44
17. Dürtü-Kaygı	1.12	.49
18. Padua Envanteri Toplam	.62	-.1

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1 incelendiğinde verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olduğu saptanmıştır. Tabachnick ve Fidell (2013), çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olmasının verilerin normal dağılım gösterdiği anlamına geldiğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda, araştırma verilerinin analiz edilmesinde parametrik testler kullanılmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde yetişkin bireylerin çocukluk çapı travmaları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara ve katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yer verilmiştir.

### 3.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 2: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

<i>Değişkenler</i>	<i>N(%)</i>
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	195(70.1)
Erkek	83(29.9)
<b>Eğitim Düzeyi</b>	
İlköğretim	10(3.6)
Lise	31(11.2)
Önlisans	28(10.1)
Lisans	124(44.6)
Yüksek Lisans	75(27.0)
Doktora	10(3.6)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	72(25.9)
Eşi ölmüş	1(0.4)
Boşanmış	15(5.4)
İlişkisi var	88(31.7)
İlişkisi yok	100(36.0)
Ayrı	2(0.7)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyorum	175(62.9)
Çalışmıyorum	103(37.1)
<b>Yaş</b>	
Ort.	29.25
Min.-Maks.	18-58

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 2’de katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya toplamda 18-58 yaş arası 278 yetişkin birey (%70.1 kadın, %29.9 erkek) katılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 29.25’tir. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi lisans (%44.6) ve ilişkisi olmayan (%36.0) bireylerdir.

**Tablo 3: Katılımcılara Ait Klinik Bulgular**

<i><b>Değişkenler</b></i>	<i><b>N(%)</b></i>
<b>Tıbbi Rahatsızlık Durumu</b>	
Tıbbi rahatsızlığı olan	54(19.4)
Tıbbi rahatsızlığı olmayan	224(81.6)
<b>Kilo</b>	
Ort.	66.72
Min.-Maks.	41-130
<b>Boy</b>	
Ort.	167.27
Min.-Maks.	151-194
<b>Son 2 haftada sizi olumsuz etkileyen bir yaşam olayı var mı?</b>	
Var	158(56.8)
Yok	120(43.2)

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3’te katılımcılara ait klinik bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu tıbbi rahatsızlığı olmayan (%81.6) ve son 2 haftada olumsuz olay yaşayan (56.8) bireylerdir. Katılımcıların kilo ortalaması 66.72’dir. Katılımcıların boy ortalaması ise 167.27’dir.

### 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 4’te gösterilmiştir.

**Tablo 4: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

<b>Değişkenler</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>	
Duygusal Taciz	1.96±0.97
Fiziksel Taciz	1.47±0.79
Fiziksel İhmal	1.65±0.73
Duygusal İhmal	2.39±1.01
Cinsel Taciz	1.47±0.91
Aşırı Koruma-Kontrol	2.23±1.14
İnkâr	3.19±1.08
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	2.01±0.54
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>	
Kısıtlama	1.34±1.65
Yeme Endişesi	0.97±1.37
Beden Şekli Endişesi	2.13±1.64
Kilo Endişesi	1.96±1.55
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	1.7±1.41
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>	
Impairedcontrol	1.44±0.98
Kontaminasyon	1.5±1.06
Kontrol	1.45±1.09
Dürtü-Kaygı	0.84±0.93
Padua Envanteri Toplam	1.27±0.84

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

### 3.3. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 5: Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>																		
1. Duygusal Taciz	1																	
2. Fiziksel Taciz	.6**	1																
3. Fiziksel İhmal	.46**	.45**	1															
4. Duygusal İhmal	.7**	.38**	.55**	1														
5. Cinsel Taciz	.46**	.49**	.32**	.31**	1													
6. Aşırı Koruma-Kontrol	.56**	.35**	.21**	.49**	.34**	1												
7. İnkâr	-.71**	.35**	-.42**	-.78**	-.34**	.49**	1											
8.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	.86**	.35**	.66**	.77**	.67**	.66**	-.66**	1										
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>																		
9. Kısıtlama	.18**	.13*	.12	.16**	.19**	.21**	-.19**	.22**	1									
10. Yeme Endişesi	.28**	.27**	.3**	.3**	.25**	.24**	-.26**	.37**	.67**	1								
11. Beden Şekli Endişesi	.31**	.18**	.2**	.32**	.3**	.34**	-.35**	.36**	.62**	.72**	1							
12. Kilo Endişesi	.29**	.2**	.21**	.29**	.31**	.27**	-.33**	.35**	.66**	.75**	.91**	1						
13. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	.3**	.21**	.22**	.3**	.3**	.31**	-.33**	.37**	.81**	.85**	.94**	.94**	1					
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>																		
14. Impairedcontrol	.33**	.24**	.21**	.26**	.26**	.24**	-.35**	.34**	.27**	.45**	.48**	.51**	.48**	1				
15. Kontaminasyon	.14*	.13*	.14*	.1	.1	.13*	-.12*	.17**	.23**	.32**	.29**	.31**	.31**	.58**	1			
16. Kontrol	.19**	.19**	.18**	.1	.15*	.1	-.19**	.2**	.31**	.4**	.29**	.39**	.39**	.75**	.67**	1		
17. Dürtü-Kaygı	.34**	.36**	.28**	.24**	.35**	.19**	-.23**	.39**	.24**	.4**	.29**	.37**	.36**	.69**	.41**	.52**	1	
18. Padua Envanteri Toplam	.31**	.29**	.26**	.23**	.27**	.21**	-.28**	.35**	.33**	.5**	.29**	.5**	.49**	.92**	.77**	.85**	.78**	1

\*\*p<0.01,\*p<0.05

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

**Tablo 6: Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1.	2.	3.
1.Çocukluk Çağı Travmaları	1		
2.Yeme Bozuklukları	.37**	1	
3. OKB	.35**	.49**	1

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Pearson korelasyon analizi uygulanarak çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ve aynı zamanda bu üç değişkenin alt boyutları ile diğer değişkenler arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasında zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.37$ ,  $p<0.01$ ). Çocukluk çağı travmaları ile OKB arasında zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.35$ ,  $p<0.01$ ). Yeme bozuklukları ile OKB arasında zayıf pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0.49$ ,  $p<0.01$ ).

Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozukluğu alt boyutlarından kısıtlama değişkeni arasında çok zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0.22$ ,  $p<0.01$ ). Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozukluğu alt boyutlarından yeme endişesi ( $r=0.37$ ,  $p<0.01$ ), beden şekli endişesi ( $r=0.36$ ,  $p<0.01$ ) ve kilo endişesi ( $r=0.35$ ,  $p<0.01$ ) değişkenleri arasında zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ile OKB alt boyutlarından kontaminasyon ( $r=0.17$ ,  $p<0.01$ ). ve kontrol ( $r=0.2$ ,  $p<0.01$ ) değişkeni arasında çok zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile OKB alt boyutlarından impairedcontrol( $r=0.34$ ,  $p<0.01$ ) ve dürtü-kaygı( $r=0.39$ ,  $p<0.01$ ) değişkenleri arasında zayıf ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**Tablo 7: Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımsız Değişken	B	SH	$\beta$	t	p	%95 Güven Aralığı
Sabit	0.21	0.31		-0.7	0.49	-0.81 – 0.39
Çocukluk Çağı Travmaları	0.95	0.15	0.37	6.51	0.00	0.67 – 1.24

R=0.37, R<sup>2</sup>=0.13,  $\Delta$ R<sup>2</sup>=0.13, F(1-99)=42.32, p<0.01

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=42.32; p<0.01). Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları düzeylerinin( $\beta$ =0.37) yeme bozuklukları üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Yeme bozuklukları düzeyinin belirleyicisi olarak çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür (R<sup>2</sup> =0.13).

**Tablo 8: Çocukluk Çağı Travmalarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımsız Değişken	B	SH	$\beta$	t	p	%95 Güven Aralığı
Sabit	0.18	0.18		0.96	0.34	-0.18 – 0.54
Çocukluk Çağı Travmaları	0.54	0.09	0.35	6.16	0.00	0.37 – 0.72

R=0.35, R<sup>2</sup>=0.21,  $\Delta$ R<sup>2</sup>=0.12, F(1-99)=37.95, p<0.01

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının OKB üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=37.95; p<0.01). Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları düzeylerinin( $\beta$ =0.35) OKB üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

OKB düzeyinin belirleyicisi olarak çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür (R<sup>2</sup> =0.21).

**Tablo 9: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerine Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	ÇÇT Düzeyi Yüksek Olanlar (N=115)	ÇÇT Düzeyi Düşük Olanlar (N=163)	t	p
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Kısıtlama	1.72±1.73	1.08±1.54	3.21	.00
Yeme Endişesi	1.5±1.55	0.6±1.08	5.39	.00
Beden Şekli Endişesi	2.77±1.58	1.67±1.53	5.82	.00
Kilo Endişesi	2.58±1.53	1.53±1.41	5.88	.00
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	2.27±1.39	1.31±1.28	5.93	.00
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>				
Impairedcontrol	1.79±1	1.2±0.9	5.11	.00
Kontaminasyon	1.59±1.12	1.44±1.02	1.14	.26
Kontrol	1.63±1.13	1.32±1.05	2.39	.02
Dürtü-Kaygı	1.23±0.98	0.56±0.78	6.06	.00
Padua Envanteri Toplam	1.55±0.86	1.07±0.77	4.74	.00

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları düzeylerine göre yeme bozuklukları, OKB ve alt boyutları ölçek ortalamaları, bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucuna göre yeme bozuklukları değişkeninin ve alt boyutlarının katılımcıların çocukluk çağı travmaları düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ).

Çocukluk çağı travmaları düzeyleri yüksek olan katılımcıların yeme bozuklukları ölçek ortalamalarının çocukluk çağı travmaları düzeyleri düşük olan katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır.

OKB değişkeninin ve alt boyutlarının katılımcıların çocukluk çağı travmaları düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ).

Çocukluk çağı travmaları düzeyleri yüksek olan katılımcıların OKB ölçek ortalamalarının çocukluk çağı travmaları düzeyleri düşük olan katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır.

**3.4. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ölçek Ortalamaları Arasındaki Farklılıklar**  
**Tablo 10: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	<b>Kadın (N=195)</b>	<b>Erkek (N=83)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Duygusal Taciz	2.05±1.01	1.76±0.83	2.49	.01
Fiziksel Taciz	1.48±0.81	1.44±0.76	.39	.7
Fiziksel İhmal	1.63±0.73	1.71±0.75	-.87	.38
Duygusal İhmal	2.42±1.04	2.32±0.94	.79	.43
Cinsel Taciz	1.52±0.96	1.34±0.78	1.5	.13
Aşırı Koruma-Kontrol	2.32±1.19	2.02±0.99	2.05	.04
İnkar	3.11±1.11	3.4±0.99	-2.1	.04
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	2.03±0.55	1.95±0.51	1.15	.25
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Kısıtlama	1.46±1.67	1.06±1.57	1.87	.06
Yeme Endişesi	1.11±1.43	0.64±1.16	2.92	.00
Beden Şekli Endişesi	2.38±1.69	1.54±1.35	4.34	.00
Kilo Endişesi	2.17±1.59	1.48±1.32	3.73	.00
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	1.9±1.46	1.25±1.17	3.91	.00
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>				
Impairedcontrol	1.51±0.99	1.29±0.94	1.69	.09
Kontaminasyon	1.59±1.11	1.28±0.92	2.46	.02
Kontrol	1.5±1.12	1.32±1.02	1.27	.21
Dürtü-Kaygı	0.81±0.92	0.91±0.95	-.86	.39
Padua Envanteri Toplam	1.31±0.86	1.17±0.79	1.28	.2

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, OKB ve alt boyutları ölçek ortalamaları, bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır.

Analiz sonucuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından duygusal taciz, aşırı koruma ve inkar değişkenlerinin katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır(p<0.05).

Kadın katılımcıların duygusal taciz ve aşırı koruma-kontrol düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır. Erkek katılımcıların inkar düzeylerinin ise kadın katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu alt boyutlarından yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ). Kadın katılımcıların yeme bozukluğu, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

OKB düzeyinin ise katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır( $p>0.05$ ). Ancak OKB'nin alt boyutlarından olan kontaminasyon değişkeninin ise katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ). Kadın katılımcıların kontaminasyon düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 11: Katılımcıların Anne-Babalarının Birliktelik Durumlarına Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	Anne-Baba Ayrı (N=35)	Anna-Baba Birlikte (N=243)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Duygusal Taciz	2.05±0.87	1.95±0.98	.57	.57
Fiziksel Taciz	1.55±0.84	1.46±0.79	.65	.52
Fiziksel İhmal	1.99±0.97	1.6±0.68	2.28	.03
Duygusal İhmal	2.69±0.9	2.35±1.01	1.86	.28
Cinsel Taciz	1.53±0.96	1.46±0.91	.46	.65
Aşırı Koruma-Kontrol	2.19±1.16	2.24±1.14	-.26	.8
İnkâr	2.64±1.04	3.27±1.06	-3.32	.00
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	2.1±0.53	1.99±0.54	1.03	.3
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Kısıtlama	1.17±1.64	1.37±1.65	-.66	.51
Yeme Endişesi	1.07±1.71	0.96±1.32	.48	.63
Beden Şekli Endişesi	2.09 ±1.52	2.13±1.66	-.16	.88
Kilo Endişesi	1.9±1.37	1.97±1.57	-.3	.76
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	1.66±1.45	1.71±1.41	-.21	.83
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>				
Impairedcontol	1.66±1.03	1.41±0.98	1.4	.16
Kontaminasyon	1.53±1.05	1.5±1.07	.17	.86
Kontrol	1.71±1.04	1.41±1.1	1.54	.13
Dürtü-Kaygı	1.07±1.07	0.8±0.9	1.56	.12
Padua Envanteri Toplam	1.43±0.83	1.24±0.84	1.24	.22

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların anne-baba birliktelik durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, OKB ve alt boyutları ölçek ortalamaları, bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır.

Analiz sonucuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından fiziksel ihmal ve inkar değişkenlerinin katılımcıların anne-baba birliktelik durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ).

Anne-babası ayrı olan katılımcıların fiziksel ihmal düzeylerinin anne-babası birlikte olan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Anne-babası birlikte olan katılımcıların inkar düzeylerinin ise anne-babası ayrı olan katılımcıların inkar düzeylerinden yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu alt boyutlarından yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin çalışmaya katılım sağlayan bireylerin cinsiyetlerine göre incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ). Kadın katılımcıların yeme endişesi, yeme bozukluğu, kilo endişesi ve beden şekli endişesi düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Analiz sonucuna göre anne-baba birliktelik durumuna göre katılımcıların yeme bozukluğu ve OKB düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır( $p<0.05$ ).

**Tablo 12: Katılımcıların Tıbbi Rahatsızlık Durumlarına Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	Tıbbi Rahatsızlığı Olanlar (N=54)	Tıbbi Rahatsızlığı Olmayanlar (N=224)	t	P
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Duygusal Taciz	2.11±1.02	1.93±0.95	1.28	.2
Fiziksel Taciz	1.46±0.68	1.47±0.82	-.04	.97
Fiziksel İhmal	1.72±0.78	1.64±0.73	.7	.48
Duygusal İhmal	2.56±1.1	2.35±0.98	1.34	.18
Cinsel Taciz	1.77±1.17	1.39±0.83	2.25	.03
Aşırı Koruma-Kontrol	2.34±1.15	2.21±1.14	.79	.43
İnkar	2.99±1.18	3.24±1.05	-1.52	.13
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	2.11±0.59	1.98±0.53	1.52	.13
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Kısıtlama	2.11±0.58	1.98±0.53	1.93	.06
Yeme Endişesi	1.41±1.53	0.86±1.31	2.66	.01
Beden Şekli Endişesi	2.71±1.73	1.99±1.59	2.94	.00
Kilo Endişesi	2.44±1.63	1.85±1.51	2.55	.01
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	2.2±1.51	1.58±1.36	2.91	.00
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>				
Impairedcontrol	1.65±1.12	1.39±0.95	1.58	.12
Kontaminasyon	1.62±1.29	1.47±1.0	.75	.46
Kontrol	1.57±1.29	1.42±1.04	.84	.4
Dürtü-Kaygı	1.07±0.93	0.78±0.92	2.1	.06
Padua Envanteri Toplam	1.47±0.99	1.22±0.8	1.76	.08

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, OKB ve alt boyutları ölçek ortalamaları, bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından cinsel taciz değişkeninin katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır(p<0.05). Tıbbi rahatsızlığı olan katılımcıların cinsel taciz düzeylerinin tıbbi rahatsızlığı olmayan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu alt boyutlarından yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ). Tıbbi rahatsızlığı olan bireylerin yeme bozukluğu, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin tıbbi rahatsızlığı olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Analiz sonucuna göre tıbbi rahatsızlık durumuna göre katılımcıların OKB düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır( $p<0.05$ ).



**Tablo 13: Katılımcıların Çevre Desteği Almalarına Göre Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	Çevre Desteği Olanlar (N=250)	Çevre Desteği Olmayanlar (N= 28)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Duygusal Taciz	1.88±0.94	2.7±0.9	-4.4	.00
Fiziksel Taciz	1.41±0.76	1.98±0.94	-3.08	.00
Fiziksel İhmal	1.59±0.72	2.17±0.71	-4.06	.00
Duygusal İhmal	2.17±0.71	3.31±0.89	-5.37	.00
Cinsel Taciz	1.37±0.83	2.29±1.19	-3.96	.00
Aşırı Koruma-Kontrol	2.18±1.12	2.71±1.21	-2.38	.02
İnkâr	3.27±1.05	2.52±1.1	3.54	.00
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	1.95±0.51	2.55±0.54	-5.93	.00
<b>Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Kısıtlama	1.24±1.63	2.23±1.61	-3.04	.00
Yeme Endişesi	0.79±1.24	2.54±1.5	-6.93	.00
Beden Şekli Endişesi	1.99±1.6	3.34±1.56	-4.26	.00
Kilo Endişesi	1.83±1.5	3.14±1.5	-4.36	.00
Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam	1.57±1.36	2.9± 1.34	-4.94	.00
<b>Padua Envanteri Alt Boyutları</b>				
Impairedcontol	1.37±0.97	2.06±0.96	-3.56	.00
Kontaminasyon	1.46±1.06	1.83±1.08	-1.71	.09
Kontrol	1.4±1.09	1.83±1.02	-1.97	.04
Dürtü-Kaygı	0.77±0.92	1.4±0.83	-3.44	.00
Padua Envanteri Toplam	1.21±0.82	1.81±0.81	-3.72	.00

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların çevre desteği alma durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, OKB ve alt boyutları ölçek ortalamaları, bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır.

Analiz sonucuna göre çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları, OKB ve bu değişkenlerin alt boyutlarının katılımcıların çevre desteği alma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır( $p<0.05$ ).

Çevre desteği alan katılımcıların çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve OKB düzeylerinin çevre desteği almayan katılımcılardan düşük olduğu saptanmıştır. Ancak çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından olan inkar düzeyinin çevre desteği alan katılımcıların çevre desteği almayan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA**

Bu çalışmanın amacı çocukluk çağında travma yaşayan kişilerde, çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk oluşumuna etkisi olup olmadığının incelenmesidir. Bu bölümde çalışmanın hipotezlerine ve sorularına yönelik yapılan istatistiksel analizler sonucunda ortaya konulan bulgular alanyazın ile karşılaştırılarak, ortaya konan bulguların önemi tartışılmıştır.

### **4.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozuklukları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Araştırmada yapılan analizler sonucunda çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarını yordayıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerinde pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Yeme bozuklukları düzeyinin belirleyicisi olarak çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluklarının ilişkilerini inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan ruhsal travmaların yeme bozuklukları üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmaya göre, bireylerde yeme bozukluklarının ortaya çıkışı için çocukluk çağı alt boyutlarında yer alan cinsel istismarı özgül olmayan risk faktörleri arasında yer almaktadır (Brewerton, 2006). Andrews (1995), yaptığı çalışmada çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan bireylerde kendi bedenlerine karşı yaşadıkları suçluluk ve utanma duygularının arttığını ve bunun sonucunda yeme bozukluklarına zemin oluşturduğunu ortaya koymuştur. İncelenen bu çalışmalara bakıldığında, bireylerin yeme tutumlarında oluşan bozulmaların, bireylerin istismar ile baş edebilmek amacıyla vücutlarını kullanmasıyla ortaya çıkan yeme bozukluklarında görülen bedensel değişimin oluşmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Werne ve Yalom (1995), yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu yaşayan bireylerin geçmiş yaşantılarında istismarın çeşitli türlerinin yer aldığını saptamışlardır.

Brady (2008), yaptığı çalışmada ise çocukluk çağı travmalarından fiziksel şiddetin yeme bozuklukları ile anlamlı bir ilişkisi bulunduğunu ve bireyin yaşadığı veya aile içerisinde şahit olduğu fiziksel şiddetin cinsiyet fark etmeksizin etkisi olduğunu ileri sürmüştür.

Bruch (1973), yeme bozukluğuna sahip bireylere ve bireylerin aileleri üzerine yaptığı çalışmasında aşırı koruma ve kontrol tutumu sergileyen ailelerin çocuklarında anoreksiya nevroza görülürken, çocuklarına duygusal yönden mesafeli ve uzak olan ailelerin çocuklarında ise bulumiya nervozanın olduğunu tespit etmiştir. Wolfe ve arkadaşları (2003), yaptıkları çalışmada fiziksel istismar ve aile içi şiddetin yeme bozuklukları, travma sonra stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğunun ortaya çıkışı ile ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Fiziksel ihmal yaşayan kadınların yeme tutumlarında diyet kısıtlamasının belirgin oranda olduğu saptanmıştır (Grilo ve ark. 2005). Çocukluk çağında bireylerin yaşadığı fiziksel ihmalin zayıf olma arzusunda, bedeninden memnun olmama ve bulimik tutumlarında belirleyici unsur olduğuna yönelik bulgular olduğu belirtilmiştir (Grilo ve Masheb, 2001).

Wonderlich ve arkadaşları (2001), yaptıkları çalışmaya katılan bireylerin 26'sının çocukluk döneminde cinsel istismara (1. Grup), 21'inin erişkinlik döneminde tecavüze (2. grup), 25'inin hem çocukluk çağında cinsel istismar hem de erişkinlik döneminde tecavüze (3. Grup) maruz kaldığını ve 25'ininde sağlıklı kontrol (4. grup) olduğunu gruplandırarak ortaya koymuştur. Yaptıkları çalışmanın sonucunda, çocukluk çağındaki bireylerin kötüye kullanımının genel olarak bakıldığında birden çok sayıda travma yaşadığı, istismar uygulayan bireylerin aile içerisinde olduğu ve erişkinlik dönemi tecavüzü olgusunun yüksek oranda tanıdıkları kişiler tarafından şiddet mağduru olduğu saptanmıştır. 3. grupta yer alan bireylerin beslenme kısıtlaması, vücut görünüşü ve ağırlığı konusunda kaygı oranlarının diğer tüm gruplardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. 4 grup arasında yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin oranı incelendiğinde; 3 grubun anoreksiya nevroza, 1 ve 3. grubun ise tıknırcasına yeme bozukluğu oranlarının fazlalığı ileri sürülmüştür.

Literatür incelendiğinde 2000'li yılların başlarına kadar öncelik verilen konuların cinsel ve fiziksel istismar olduğu ancak günümüze yaklaştığında ihmal ve duygusal istismara yönelik yapılan çalışmaların bulunduğu da görülmüştür. Son yıllarda ebeveynlerin çocukları üzerindeki korumacı tutumların giderek azaldığı düşünölmektedir. Bu durum çocuklara karşı duş dünyadan gelebilecek olumsuz söylem ve tutumlara yol açıyor olabilir. Kent ve arkadaşları çocukluk çağı travmalarından olan duygusal istismarın bireylerde yeme bozukluğu gelişimi üzerine belirleyici rol üstlendiğini ortaya koymuşlardır (Kent vd., 1999). Alanyazın taraması sonucunda literatürde yer alan bulgular incelendiğinde bu araştırmanın bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

#### **4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Bozukluk Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Araştırmada yapılan analizler sonucunda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk üzerinde yordayıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travma düzeylerinin obsesif kompulsif bozukluk üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. OKB düzeyinin belirleyicisi olarak çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür. Literatür araştırması yapıldığında cinsel (Murphy, 1998), fiziksel (Mathews vd., 2008:249) ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulan pek çok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları travmaların OKB belirtilerinin gelişimini, ilerlemesini ve şiddet düzeyini önemli oranda etkilediğini belirtmektedir (Demirci, 2016: 11). Gelişim döneminde yaşadığı travmatik durumlar sonucunda çocuklar özellikle cinsel tutumları tam anlayıp algılayamadıkları için ifade etmekten korkabilir ve kendilerine karşı olumsuz söylemler olabileceğini düşünebilirler. Bu durumu çözebilecek anahtarın ebeveynleri ile kurduğu sağlıklı ilişki ve iletişim olduğu düşünülmektedir.

Kaya (2020), yaptığı çalışmada bireylerin çocukluk çağı travmalarının alt boyut ve toplam puanlarının yükselme gösterdiğinde bireylerde bulunan OKB belirtilerinin düzeylerinde yükselmeler olduğunu ortaya koymuştur. Bilişsel kurum göz önüne alındığında, bireylerin obsesyonlarının görülmesinde var olan tetikleyici ve zor düşüncelerin etkili olduğunu (Rachman, 1997:799) ve bu etkiyi stresli olay ve durumların tetiklediği görülmektedir (Rachman ve Hodgson, 1980).

Barzilay ve arkadaşlarının (2019:590) yaptığı çalışmada, OKB altında yer alan temizlik/bulaşma, müdahale edici düşünceler, istifçilik ve simetri, tekrar etme ve kontrol belirtilerinin fiziksel, cinsel ve saldırgan içeriği olmayan çocukluk dönemi travmalarıyla önemli düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koyarak ergenlik dönemi öncesinde kız çocuklarının maruz kaldığı travmaların da OKB üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Lafleur ve arkadaşları (2011: 515), yaptıkları çalışmada 15 yaşında erkek bireyin yaş olarak büyük başka bir birey tarafından cinsel istismar girişiminde bulunmasından sonra kirlenme obsesyonlarında artış olduğunu, sık aralıklarla el yıkama ve dürtüsel olarak duş alma davranışlarının oluştuğunu tespit etmişlerdir.

Lafleur ve arkadaşlarının elde ettiği bu sonuç bireylerin çocukluk döneminde yaşadığı istismarların temizlik OKB semptomlarını ortaya çıkardığını ortaya koymuştur fakat Alsancak (2016) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarında olduğu gibi kuramsal olarak ele almamış ve nedensellik yönünü incelememişlerdir.

Sonuç psikanalitik açıdan incelendiğinde Freud'un bireylerin yaşadıkları durumlara tepkisiz kalmalarının yer değiştirme savunma mekanizması sebebiyle OKB semptomlarını ortaya çıkarmasını ve bu duruma sebep olan olayların semptomlarla nötralize olduğunu belirtmiştir (Geçtan, 1989).

#### **4.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Araştırma sonucunda çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ve OKB arasında zayıf ve pozitif yönde; yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasında ise zayıf pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırma bulguları sonucunda literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ve yeme bozuklukları arasında dolaylı veya doğrudan bir etki olduğu fakat kısıtlı olduğu hakkında pek çok araştırma bulunmuştur (Strodl ve Wylie, 2020: 9).

Brady (2008), yaptığı araştırmada yeme endişesi ve fiziksel istismarı ele alarak, çocukluk döneminde fiziksel anlamda şiddet uygulanmış veya buna tanık olmuş çocukların yeme tutumlarında olumsuz etkilerin olduğunu ve cinsiyet farklılığı olmadan gelecek yıllarda yeme bozukluğu oluştuğunu ortaya koymuştur (Brady, 2008: 347).

Saunders ve arkadaşları (1992:198), ise kadın bireylerde çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismarın yetişkinlik dönemlerinde OKB gelişiminde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışma sonucunda çocukluk çağı travmaları ve yeme bozuklukları alt boyutlarından olan kısıtlama, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi değişkenleri arasında zayıf ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Alanyazın taramasında elde edilen sonuçları destekleyen çalışmalar bulunmuştur.

Grilo ve Mashep (2005) yaptıkları araştırma sonucunda fiziksel ihmal mağduru kadın bireylerde diyet kısıtlama davranışının daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.

Çocukluk çağı travmalarını altında olan fiziksel ihmalin, bireylerde zayıf ve ince olma arzusunda, beden memnuniyetsizliğinde ve bulimik tutumlarda tek belirleyici unsur olduğu belirtilmektedir. (Kong ve Bernstein 2009).

Wonderlich ve arkadaşları (2001), dürtüsel davranışlar üzerinde cinsel istismarın belirgin düzeyde etkisi olduğunu, ortaya çıkan dürtüsel davranışların ise kısıtlama, diyet yapma ve cinsel istismar olguları arasında yüksek oranda arabuluculuk etkisi olduğunu araştırma sonuçlarında tespit etmişlerdir.

Çalışma sonucunda yeme bozuklukları değişkeninin ve alt boyutlarının katılımcıların çocukluk çağı travmaları düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları düzeyleri yüksek olan katılımcıların yeme bozuklukları ölçek ortalamalarının çocukluk çağı travmaları düzeyleri düşük olan katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır. Kent ve arkadaşları (1999), araştırma bulgularında bozulmuş yeme tutumunun birinci öngörücüsünün çocukluk çağında maruz kalınmış olan duygusal istismar olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ve yeme bozuklukları alt boyutları olan kısıtlama, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi üzerindeki açıklayıcı gücünün literatürdeki çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışma sonucunda çocukluk çağı travmaları ve OKB alt boyutlarından kontaminasyon ve kontrol değişkenleri arasında çok zayıf ve pozitif yönde; impaired control ve dürtü-kaygı değişkenleri arasında ise zayıf ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmaktadır.

Massachusetts Hastanesi'nin Belmont'da bulunan OKB Enstitüsü'nde yapılmış bir çalışmada; cinsel, kontaminasyon ve saldırgan obsesyonlara sahip olan bir bireye uygulanan yüzleştirme tedavisinde çocukluk döneminde maruz kalınan istismarlarla ilgili anıların ortaya çıktığı görülmüştür (Gershuny vd.,2002). Çalışmada, OKB değişkeninin ve alt boyutlarının katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinde anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve çocukluk çağı travmaları düzeyleri yüksek olan katılımcıların OKB ölçek ortalamalarının çocukluk çağı travmaları düzeyleri düşük olan katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Briggs ve Price (2009: 1040) bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları olumsuz olayların OKB semptomları ile güçlü ilişkiler gösterdiğini araştırma bulgularında bildirmişlerdir. Semiz ve arkadaşları (2013) ise Türkiye'de OKB tanılı bireylerle çalışma yaparak, travmatik yaşantılar ile OKB semptomları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Çalışmanın sonuçları literatür incelemesi sonucunda desteklenmektedir.

#### **4.4. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Araştırma Bulgularının İncelenmesi**

Araştırma bulgularından yapılan analiz sonucunda çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından duygusal taciz, aşırı koruma ve inkar değişkenlerinin katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Kadın katılımcıların duygusal taciz ve aşırı koruma-kontrol düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu ve erkek katılımcıların inkar düzeylerinin ise kadın katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda bulunan veriler literatür ile uyumludur.

Dünya çapında çocuk istismarı oranlarına bakıldığında Dünya'da %52 kız, %48 erkek çocuklarında olduğu saptanmıştır (Tirali vd.,2014: 156). Ulusal verilerde üç boyutta değerlendirme sağlayan çocukluk çağı örselenme ölçeği ile yapılan araştırmalar sonucunda istismar ve ihmalin görülme oranının erkek çocuklarında daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Zeren vd., 2012: 539).

Çalışma sonucunda yeme bozuklukları alt boyutlarından yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve kadın katılımcıların yeme bozukluğu, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Kadın bireylerin yeme tutumu puan ortalamalarının erkek bireylerden yüksek oranla farklılaşması kadınların yeme bozukluğunu daha yüksek oranda yaşadığını paralel olarak ortaya koymaktadır (APA, 2013). Badrasawi ve Zidan (2019), yaptıkları çalışmada yeme bozukluklarından tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme oranının kadınlarda en yüksek olduğunu bulmuşlardır. Woodside ve arkadaşları (2001)'da, araştırma sonuçlarında tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

OKB düzeyinin ise katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ancak OKB'nin alt boyutlarından olan kontaminasyon değişkeninin ise katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadın katılımcıların kontaminasyon düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma bulgularında çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından fiziksel ihmal ve inkar değişkenlerinin katılımcıların anne-baba birliktelik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmış ve anne-babası ayrı olan katılımcıların fiziksel ihmal düzeylerinin anne-babası birlikte olan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Anne-babası birlikte olan katılımcıların inkar düzeylerinin ise anne-babası ayrı olan katılımcıların inkar düzeylerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Tyrka ve arkadaşları (2009:286), yaptıkları çalışmada çocuk istismarı için en güçlü risk grubunun parçalanmış aileler olduğunu belirtmişlerdir. Analiz sonucuna göre anne-baba birliktelik durumuna göre katılımcıların yeme bozukluğu ve OKB düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışmada, çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarından cinsel taciz değişkeninin katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve tıbbi rahatsızlığı olan katılımcıların cinsel taciz düzeylerinin tıbbi rahatsızlığı olmayan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Köksal (2022:197) yaptığı çalışmada duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol değişkenlerine göre kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylerden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Aydın (2003:18) ise yaptığı çalışmada fiziksel istismara maruz kalmış bireylerin kalmamış bireylere oranla daha fazla tıbbi hastalık geçirdiklerini belirtmiştir.

Yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu alt boyutlarından yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Tıbbi rahatsızlığı olan bireylerin yeme bozukluğu, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kilo endişesi düzeylerinin tıbbi rahatsızlığı olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelemesi yapıldığında bu analizi destekleyici araştırmaya rastlanmamıştır.

## SONUÇ, ÖNERİ VE SINIRLILIKLAR

Bu araştırma yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ile çocukluk çağı travmalarının ilişkili olduğu varsayımı üzerine yapılmıştır. Yeme bozuklukları ve OKB oluşumu ve gelişimi açısından risk gruplarının anlaşılmasının yüksek oranda önemli olduğu ruhsal bozukluklardır. Bozuklukların oluşumunu tetikleyen unsurlar fark edilir ve onarırsa, bozuklukların oluşma riskinin de en aza ineceği ya da ortadan kalkacağı önemli bir gerçektir. Çocukluk çağı travmaları, bireylerin ebeveynlerine veya sosyal çevrelerine anlatmaktan çekindikleri ya da bireylere ebeveynleri tarafından uygulanan, yetişkinlik döneminde bireylerin karşısına çıkan bir duvar gibidir. Çocukluk çağı travmaları, kayıt altına alınan oranlardan daha yüksek yaşanmakta ve bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını etkilemektedir.

Araştırma sonucunda yapılan analizler araştırmanın yedi hipotezini de doğrulamaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ve OKB arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca sosyo demografik değişkenlerin çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk üzerinde rolü olduğu saptanmıştır.

Çocukluk döneminde yaşanmış olumsuz yaşantıların özellikle istismar çeşitlerinin sadece yeme bozuklukları veya OKB ile değil diğer ruhsal bozukluklarla da ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Özellikle ebeveyn veya bakım veren kişilerin yaşadığı ruhsal sorunların çocuklukların travmalarında etkisi olduğu ve toplumsal olarak bilinçlenmemiz gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Yeme bozuklukları ölüm riski yüksek olan bir bozukluktur ve özellikle ergenlik dönemindeki gençler kimlik arayış süreçlerinde beğenilme arzusu gibi düşüncelerle bu bozukluğu oluşturmaya başlamaktadır. Bu durumu yaşayan gençlerin ebeveynlerinin tetikleyici unsur olduğu ve çocukların duygusal sevgi ihtiyacını karşılayamadıkları düşünülmektedir. Aynı durum OKB içinde geçerlidir. Çocuk ve adölesanların ebeveynlerine karşı olan tutum ve davranışları yanlış yorumlandığında ebeveynler ve çocuk arasında yaşanan olumsuz durumlar olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

OKB yaşayan bazı bireylerin istismar geçmişi olabileceği ve bunun utanç ve suçluluk duygularından ötürü gizlenebileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Tüm sonuçlar ele alındığında literatürün özellikle çocukluk çağı travmaları ile ilgili genişletilmesi ve aktarılması düşünülmektedir. Bu araştırmanın çocukluk çağı travmaları, yeme bozuklukları ve OKB olgularını ele alması ve aralarındaki ilişkileri inceleyerek değerlendirmesi yönünden literatüre değerli bir katkı sunabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın sınırlılığı olarak katılımcılardan verilerin Google Forms üzerinden toplanması ve kişilerin gizlilik kaygısı olduğu ve gelecek dönemlerde yapılacak çalışmaların ebeveynler veya gençlerle yüz yüze yapılmasının güvenilirliği ve veri zenginliğini arttıracığı düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR

- Absah, I., Rishi, A., Talley, N. J., Katzka, D., & Halland, M. (2017). Rumination syndrome: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(4), e12954.
- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Akkan, A. V. C. İ., & Ferhat, İ. Ç. M. E. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.
- Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe tıp dergisi*, 15(2), 194-201.
- Alsancak, C. (2016). *Çocukluk çağı travmaları ve bağlanma özellikleri ile obsesif inanislar ve obsesif-kompulsif belirtilerin ilişkisinde dünyaya ilişkin varsayımların aracılık rolü: üniversite öğrencilerinde bir değerlendirme*. Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- American Psychiatric Association (APA). Anxiety Disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 th ed), In: *American Psychiatric Publishing*, Washington, DC, 2013, 189-234
- American Psychiatric Association (1994). *Dsm IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. WASHINGTON, DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı (çeviri Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014, 179.
- Anderson, C. B., & Bulik, C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating behaviors*, 5(1), 1-11.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of abnormal psychology*, 104(2), 277-285.

- Armağan, E. (2007). Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. In *New Symposium Journal* (Vol. 45, pp. 170-173).
- Aydın, O. (2003). 18-25 yaş grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yaşantısının incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18(18), 7-20.
- Badrasawi, M. M., & Zidan, S. J. (2019). Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a cross-sectional study. *Journal of eating disorders*, 7(1), 1-8.
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current psychiatry reports*, 17, 1-10.
- Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and anxiety*, 36(7), 586-595.
- Bayar, R., & Bozukluk, Y. M. O. K. (2008). İÜ cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. *Obsesif Kompulsif Bozukluk. İstanbul*, 185-192.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... & Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Derg*, 25, 264-81.
- Birliği, A. P. (2013). DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. *E Köroğlu (Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği*, 158.
- Borg, K., Snowdon, C., & Hodes, D. (2014). Child sexual abuse: recognition and response when there is a suspicion or allegation. *Paediatrics and child health*, 24(12), 536-543.
- Brady, S. S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of eating disorders among both young men and women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 347-351.

- Brewerton, T. D. (2006). Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents with eating disorders. *Eating disorders in children and adolescents*, 158-168.
- Briggs, E. S., & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1037-1046.
- Brodski, S. K., & Hutz, C. S. (2012). The repercussions of emotional abuse and parenting styles on self-esteem, subjective well-being: A retrospective study with university students in Brazil. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(3), 256-276.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within. New York. *Basic Books*, 357.
- CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(1), 37-46.
- Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Türkbay T, İşeri E. (2008) *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Demet, M. M., & Taşkın, E. O. (2002). Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ilişkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 39(1), 9-19.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7-13.
- Demirkapı, E.Ş. (2013). *Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Donnelly, C. L. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics*, 12(2), 251-269.

- Dubowitz, H. (2002). Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in Review*, 23(6), 191-196.
- Em Farrell, (2000) *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*, New York, Other Pres.
- Erbay, L. G.& Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.
- Ertaş, H. S. (2006). *Yeme bozuklukları: anoreksiya, bulimia ve diğerleri*. Timaş.
- Eslek, D. (2018). *Erken ergenlik döneminde çocuk cinsel istismarını önleme programının etkililiğinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry*, 57(7), 659-665.
- Fairburn, C. G. Wilson, G. T., & Schleimer, K. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fisher, M. M. Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., ... & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52.
- Fratto, C. M. (2016). Trauma-informed care for youth in foster care. *Archives of psychiatric nursing*, 30(3), 439-446.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Se*, 7, 125-243.
- Freud, S.:1926 “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925- 1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works, 75-176
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child maltreatment*, 6(1), 37-49.

- Geddes, J. R., & Andreasen, N. C. (2020). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, USA.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 852-854.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., ... & Kreipe, R. E. (2015). Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 370-375.
- Grigsby, R. K., Thyer, B. A., Waller, R. J., & Johnston Jr, G. A. (1999). Chalk eating in middle Georgia: a culture-bound syndrome of pica?. *Southern medical journal*, 92(2), 190-192.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: Frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research*, 9(5), 320-325.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1509-1525.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.
- Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 86-93.
- Günaydın SAE. (2021) *Obsesif kompulsif tanısı olan ergenlerde ebeveyn-çocuk metakognisyonlarının hastalık şiddeti, komorbidite ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisi.*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Gürdal, K. A. (2008). *Yeme bozuklukları*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, 63, 81-83.

- Gürhan, N. & Ayhan, F. (2022). *Varcarolis Psikiyatri Hemşireliği Bakım Planlaması El Kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry*, 173(1), 11-53.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371-382.
- Herman JL. (2011) *Travma ve iyileşme*. Tosun T, ç.editör. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 255.
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*, 1-29.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3).
- Hinney, A., & Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current psychiatry reports*, 15, 1-9.
- Hockenberry, M., & Wilson, M. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*: Mosby Elsevier: St. Louis, MO.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hoek, H.W. (2002) *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa*, *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, Edited by Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell, 2nd edition, New York: The Guildford Press, 233-237.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review*, 34(1), 29-43.
- Horton, C. B. ve Cruise, T. K. (2001). *Child abuse and neglect*. New York: The Guilford Press.
- Işkın M. (2021). *İlişkisel bağlamda gastronomi ve diğer disiplinler*. 1. Baskı, Ankara: Astana yayınları, 1-2.

- İmren, S. G., Ayşe, A. Y. A. Z., Yusufoglu, C., & Arman, A. R. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, 26(1), 11-16.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2004). Brief psychiatric behavioral sciences clinical psychiatry, translated by FarzinRezaee.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and anxiety*, 23(3), 145-152.
- Karadere, M. E., & Hocaoglu, Ç. (2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110-118.
- Karamustafalıoğlu, K. O., & Akpınar, A. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(12), 30-44.
- Karamustafalıoğlu, O. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluk. Turkish Family Physician. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*, İstanbul, 1-10.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.

- Kavaklı, A., Pek, H., & Bahçecik, N. (1998). Çocuk Hastalıkları Hemşireliği, Çevik Matbaacılık, İstanbul.
- Kaya, Ö. (2020). Çocukluk çağı travmalarının akılcı olmayan inançlar ve psikopatolojik belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 159-167.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The international journal of psycho-analysis*, 21,344-370.
- Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2002). Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 380.
- Kocakaya, G. (2016). Yeme bozukluğu ile ilişkili olabilecek değişkenlerin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Pamukkale.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.
- Köknel, Ö. (1995). Kişilik: Kaygıdan Mutluluğa,(13. Basım). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köksal, Z. Ü. (2022). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Cinsiyet ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Açısından İncelenmesi. *Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi*, 5(2), 182-198.
- Kulaksızoglu, A. (2002). Ergenlik psikolojisi,(5. Basım). Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikoloji Bülteni*, 5, 10, 32-37.

- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., ... & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link?. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 513-519.
- Laplanche J, Pontalis JB (1973) *The Language of Psychoanalysis*. London, W.W. Norton & Company.
- Lewinsohn, P M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., & Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
- Littré, E. (1839). Hippocrates. Œuvres complètes d’Hippocrate.
- Malatesta V. J. (2007). Introduction: the need to address older women's mental health issues. *Journal of women & aging*, 19(1-2), 1–12.
- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12(2), 147-165.
- Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4), 130-139.
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.
- Meydan, M. S. (2021). *Genç yetişkinlerde deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646.
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive–compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 180-184.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 249-258.

- Newton, J. R. (2013). Presentations of eating disorders later in life. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 43(3), 231-236.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahıloğulları, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2),130–136.
- Öyekçin, D. G., & Deveci, A. (2012). Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 138-153.
- Öyekçin, D. G., & Şahin, E. M. (2011). Yeme bozukluklarına yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1), 29-35.
- Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. L. (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 129-143.
- Pauls D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 149–163.
- Pauls, D. L., Alsobrook 2nd, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 7(1), 33-51.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.
- Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793–802.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). Obsessions and Compulsions. Prentice-Hall. *Englewood Cliffs*.
- Rashid, A. N. S., Taminiu, J. A., Benninga, M. A., Saps, M., & Tabbers, M. M. (2016). Definitions and outcome measures in pediatric functional upper gastrointestinal tract disorders: a systematic review. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 62(4), 581-587.

- Rasmussen SA, Eisen JL. (1990) Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 10-3.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (2002). The course and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*, 1593-1608.
- Rubinstein, T. B., McGinn, A. P., Wildman, R. P., & Wylie-Rosett, J. (2010). Disordered eating in adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 663-666.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448.
- Salzman, L. (1985). Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American journal of Psychotherapy*, 39(3), 323-330.
- Saunders, B. E., Villepontoux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of interpersonal violence*, 7(2), 189-204.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric clinics*, 35(1), 51-71.
- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., & Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 26-37.
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N. E. S. İ. M. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.
- Shanahan, M. E., Runyan, D. K., Martin, S. L., & Kotch, J. B. (2017). The within poverty differences in the occurrence of physical neglect. *Children and youth services review*, 75, 1-6.

- Silverman, J. A. (1997). Sir William Gull (1819–1890) Limner of anorexia nervosa and myxoedema. An historical essay and encomium. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2, 111-116.
- Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (20), 21-27.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., ... & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *international Journal of eating disorders*, 13(2), 137-153.
- Stavrianos, C., Stavrianou, P., Vasiliadis, L., Karamouzi, A., Tatsis, D., & Samara, E. (2011). Physical child abuse: a case report. *The Soc, Sci*, 6, 432-37
- Steketee GS. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: The Guilford Pres, 224.
- Steketee, G., Barlow, D., H. (2002). Obsessive Compulsive Disorder. In: Barlow DH, editor. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. New York: Guilford Press.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health psychology*, 21(2), 131.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 345-355.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Strodl, E., & Wylie, L. (2020). Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite*, 154,1-12, 104802.

- Stunkard A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric quarterly*, 33, 284–295.
- Stunkard, A. J., & Costello Allison, K. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International journal of obesity*, 27(1), 1-12.
- Svaldi, J., Dorn, C., & Trentowska, M. (2011). Effectiveness for interpersonal problem-solving is reduced in women with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 331-341.
- Şahin, A. R., Böke, Ö. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Köroğlu, E. Güleç, C. (Ed.). Obsesif Kompulsif Bozukluk İçinde, Ankara: Ankara Hekimler Yayın Birliği, 343-353.
- Şen, H. (2016). *Bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk eşanlı hastalar: klinik özellikler, kişilik ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aydın.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American journal of psychiatry*, 163(6), 993-1000.
- Theoklitou, D., Kabitsis, N., & Kabitsi, A. (2012). Physical and emotional abuse of primary school children by teachers. *Child abuse & neglect*, 36(1), 64-70.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik psikiyatri*, 6(1), 46-50.
- Toros, F., Tot, Ş., & Avcı, A. (2002). Çocuk ve ergenlerde Tourette Bozukluğu: Sosyodemografik, klinik özellikler ve eşanlılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 187-196.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593.

- Türkiye İstatistik Kurumu, (2020). *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2015-2019*. Erişim adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/tuikhaber-bulteni?category=Adalet%20%C4%B0statistikleri>. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023.
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry research, 165*(3), 281-287.
- Uzun, Ş. (2002). *Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile kendilik imgesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, (1)*, 9-18.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1989). Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue?. *Psychological medicine, 19*(4), 837-845.
- Vardar, E., & Erzenin, M. (2011). The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. *Turkish journal of psychiatry, 22*(4), 205-12.
- Werne, J., Yalom, I. (1995). *Treating Eating Disorders*. U.S.: Jossey Bass Social and Behavioral Science Series. Jossey-Bass Inc.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(2), 261.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review, 6*, 171-187.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., ... & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International journal of eating disorders, 30*(4), 401-412.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., & Smyth, J. (2001). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders, 29*(3), 270-279.

- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 570-574.
- World Health Organization. (2020). *Child Maltreatment Facts Sheet*. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023.
- Yaşan, A., & Gürgen, F. (2004). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Elektroensefalografi Bulguları. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 14(2), 61-67.
- Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637-644.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 8(3), 445-460.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, U., şar, V., Öztürk, M., Kara, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-87.

## EKLER

### EK 1:SOSYO DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

- **Araştırmayı destekleyen kurum:** Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- **Araştırmanın konusu:** Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki
- **Araştırmacının adı:** İrem AYVAZ
- **E-posta:**

Bu araştırma,çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Sizden istediğimiz kendinize en yakın hissettiğiniz cevapları işaretlemenizdir.

Bu çalışma bilimsel amaçlarla yapılmaktadır. Çalışma süresince toplanan veriler anonim olarak değerlendirilecek ve araştırmanın hiçbir aşamasında isimler kullanılmayacaktır. Sonuçlar kişisel bilgileriniz ile eşleştirilmeyecek, araştırma sonucunda herhangi bir kişisel değerlendirme yapılmayacaktır.

Çalışma yaklaşık 30 dakika sürecektir. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esastır. Çalışmaya katılsanız dahi, çalışmaya katılmama hakkınız her zaman geçerlidir. Kendinizi rahat hissetmediğiniz an çalışmayı bırakabilirsiniz. Bu durumda sizden almış olduğumuz veri yok edilecektir.

Bana anlatılanları ve yukarıda yazılanları anladım.

Araştırmaya Katılmayı

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

## SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1)Yaş:.....

2)Cinsiyet:( ) Kadın - ( ) Erkek

3)Medeni Durum:( ) Evli - ( ) Eşi ölmüş - ( ) Boşanmış - ( ) İlişkisi yok - ( ) İlişkisi var -  
( ) Ayrı

4)Eğitim Düzeyi: ( ) İlkokul - ( ) Lise - ( ) Ön Lisans - ( ) Yüksek Lisans - ( ) Doktora

5)Çalışma Durumu:( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

6)Kiminle yaşıyorsunuz: ( ) Tek – ( ) Aile ile – ( ) Arkadaşlar ile – ( )Akrabalar ile  
( ) Bir Kurumda

7)Anne babanız ayrı mı: ( ) Evet – ( ) Hayır

8)Belirli bir tıbbi rahatsızlığınız var mı:( ) Evet – ( ) Hayır

9)Çevrenizde sizi destekleyen insanlar olduğunu düşünüyor musunuz:( ) Evet - ( ) Hayır

10)Son 2 haftadır sizi olumsuz etkileyen hangi önemli bir yaşam olayını yaşadınız?

( ) 1. Bir yakınınız ve tanıdığınızın ölümü

( ) 2. Ailede ekonomik sıkıntı

( ) 3. Aile içi sorunlar

( ) 4. Sağlık sorunu ve sakatlanma

( ) 5. Doğal afetlere maruz kalma (deprem, sel, yangın vb.)

( ) 6. Herhangi bir kaza (trafik, iş kazası vb.)

( ) 7. Diğer (Lütfen yazınız.....)

( ) 8. Herhangi bir problem ile karşılaşmadım.

## **EK 2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-33)**

Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Türkçe Versiyon

1) Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

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

### **Çocukluğumda ya da ergenliğimde...**

1) Yeterli yemeğim olurdu.

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

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

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

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

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

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

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

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

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

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

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

7) Sevildiğimi hissediyordum.

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

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

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

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

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

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

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

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

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

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

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

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

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

14) Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

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

16) Çocukluğum mükemmeldi.

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

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

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

18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19) Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

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

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

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

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

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

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

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

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

25) Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.

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

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

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

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

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

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

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

29) Ailemdelikler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

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

30) Ailemdelikler her şeyime karışırdı.

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

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

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

32) Ailedekiler rahat vermeyecek derecede peşimdehydiler.

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

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

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



### EK 3: YEME BOZUKLUKLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 ile 5	6 ile 12	13- 15	16-22	23-27	Her gün
1	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecekmiktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)	0	1	2	3	4	5	6
4	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

		Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
19	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	0	1	2	3	4	5	6
20	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	0	1	2	3	4	5	6
21	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	0	1	2	3	4	5	6

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

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

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

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız) .....

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

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

#### EK 4. PADUA ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
1	Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2	Vücut salgıları ile ( ter, tükürük, idrar , v.b. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3	Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4	Çöpe veya kirliliğe dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumituvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6	Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7	Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8	Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kaptığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim	0	1	2	3	4
9	Bir şeye dokunduğumda "mikrop kaptığımı" düşünerek, derhalyıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10	Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hissederek ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11	Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12	Konuşurken aynı şeyleri veya aynı cümleleri birkaç kez tekrarlama ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4
13	İnsanların söyledikleri ilk seferinde anladığım halde birkaç kez tekrar ettirme ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4
14	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
15	Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
16	Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17	Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
18	Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
19	Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
20	Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrartekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4


	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
22 Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
23 Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
24 Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
25 Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
26 Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
27 Gerçekte bir şeyi yaptığımı bildiğim halde, bazen bundan emin olamam.	0	1	2	3	4
28 Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
29 Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum.	0	1	2	3	4
30 Belirli şeyleri gerektiğinden daha fazla yapmaya devam ettiğimiçin, bazen geç kalırım.	0	1	2	3	4
31 Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
32 Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
33 Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
34 Müstehcen veya kötü kelimeler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
35 Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4
36 Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
37 Birilerine bilmeden zarar verebileceğime ilişkin uzun süre düşünür veya kaygılanırım.	0	1	2	3	4
38 Ne zaman bir felaket haberi duysam, bir şekilde benim hatam olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
39 Bazen kendime zarar verdiğim veya bazı hastalıklarımın olduğuna ilişkin uzun süre sebepsiz yere kaygılanırım.	0	1	2	3	4
40 Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
41 Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
42 Bir şey okuduğum sırada, en azından iki veya üç defa, önemli bir şeyleri kaçırdığım kaygısıyla geri dönmek ve pasajı yeniden okumak zorunda olduğum izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
43 Önemsiz şeyleri bütünüyle hatırlayabilmek uğruna kaygılanır ve onları unutmamak için çabalarım.	0	1	2	3	4
44 Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
45 Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4


		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
46	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissedirim.	0	1	2	3	4
47	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altınaatabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
48	Bazı zamanlar içimden kalabalığın içinde soyunmak gelir.	0	1	2	3	4
49	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
50	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içerendüşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
51	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
52	Bazen içimde gerçekten aptalca ve yapmak istemediğim şeyleribana yaptıran bir şey olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
53	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissedirim.	0	1	2	3	4
54	Bazen içimden bir his hiçbir işime yaramadığı halde, başka insanların eşyalarını çalmaya zorlar.	0	1	2	3	4
55	Bazen neredeyse karşı konulmaz bir biçimde süper marketten birşeyler çalmak içimden geçer.	0	1	2	3	4
56	Bazen savunmasız çocuklara veya hayvanlara aniden zarar verecekmişim gibi gelir.	0	1	2	3	4
57	Belirli hareketleri yapmam veya özel bir şekilde yürümem gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
58	Belirli durumlarda, sonrasında rahatsız olacağımı bildiğim halde aşırı yeme isteği duyarım.	0	1	2	3	4
59	Bir intihar veya bir cinayet haberi duyduğumda, uzun bir süre boyunca üzülürüm ve bu olay üzerinde düşünmekten bir türlü kendimi alamam.	0	1	2	3	4
60	Mikroplar ve hastalıklara ilişkin gereksiz kaygılar üretirim	0	1	2	3	4

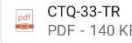
## EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Psikoloji yüksek lisans tezim kapsamında çocukluk çağı travmaları ölçeğinizden faydalanmak istiyorum. Ölçeğin Türkçe formunu bana iletebilir misiniz? Olumlu ya da olumsuz cevabınızı paylaşabilirseniz çok memnun olurum. Saygılarımla. İyi çalışmalar dilerim.

Gönderen [Outlook](#)


 Kime: 'irem ayvaz'  
15.11.2022 Sal 18:12


 ctq-33-jtd  
PDF - 2 MB


 CTQ-33-TR  
PDF - 140 KB


2 ek (2 MB)

Kullanabilirsiniz.

 basak yucel  
Kime: irem ayvaz  
19.11.2022 Cmt 09:52

 EDE-Q-CAPA-2  
DOC - 98 KB

 EDE-Q değerlendirme-grup1  
DOC - 25 KB

 EDE-Q değerlendirme-grup1  
PDF


3 ek (210 KB)


İrem Hanım merhaba,  
Hangi okulasınız acaba?  
Kaynak göstererek ölçeği kullanabilirsiniz.  
Ölçeği, değerlendirme formunu ve kaynak göstereceğiniz makaleyi iletiyorum.  
İyi çalışmalar dilerim.


15 Kas 2022 Sal,

22:50 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Başak Hanım;  
Psikoloji yüksek lisans tezim kapsamında yeme bozukluğu ölçeğinizden faydalanmak istiyorum. Ölçek formunu iletebilir misiniz? Olumlu ya da olumsuz cevabınızı paylaşırsanız çok memnun olurum. Saygılarımla. İyi çalışmalar dilerim.

 Lütfullah Beşiroğlu  
Kime: irem ayvaz  
20.02.2023 Pzt 21:25

 PADUAENVANTERıkısa  
DOC - 106 KB

 padua-faktorler  
DOC - 47 KB

2 ek (152 KB)

Kullanmanızda sakınca yoktur. tepe tepe kullanabilirsiniz. :) ekte ölçek ve faktör yapısı var. İyi çalışmalar. etik kurula selam

20 Şub 2023 Pzt,

20:56 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Lütfullah Bey;  
Psikoloji yüksek lisans tezim kapsamında padua envanterinizden faydalanmak istiyorum. Ölçek formunu iletebilir misiniz? Olumlu ya da olumsuz cevabınızı paylaşırsanız çok memnun olurum. Saygılarımla. İyi çalışmalar dilerim.

## EK 6: ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ

### NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR SURETİ

**Toplantı Tarihi** : 27.02.2023  
**Toplantının Yeri**: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası  
**Toplantı Sayı** : 2023/10  
**Toplantı Saati** : 14:00

#### **Gündem:**

**Gündem1.** Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi İrem Ayvaz'ın Psikoloji programı öğrencisi yardımcı araştırmacı ve sorumlu araştırmacı olarak Dr. Öğr. Üyesi Bahar Akoğlu'nun bulunduğu "Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki" adlı çalışmasının incelenmesi.

#### **Kararlar:**

**Karar1.** Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi İrem Ayvaz'ın Psikoloji programı öğrencisi yardımcı araştırmacı ve sorumlu araştırmacı olarak Dr. Öğr. Üyesi Bahar Akoğlu'nun bulunduğu "Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. *Uğur* YOZGAT  
Başkan