



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**FARKLI CİNSEL YÖNELİME GÖRE ÇOCUKLUK ÇAĞI
RUHSAL TRAVMALARIN VE DİSOSİYASYONUN YEME
TUTUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE BEGEN

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**FARKLI CİNSEL YÖNELİME GÖRE ÇOCUKLUK ÇAĞI
RUHSAL TRAVMALARIN VE DİSOSİYASYONUN YEME
TUTUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MERVE BEGEN
(200133036)**

**Danışman
(Dr. Öğretim Üyesi Nevin Kılıç)**

İSTANBUL, 2022

25/07/2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli yüksek lisans öğrencisi 200133036 numaralı Merve BEGEN'in hazırladığı "Farklı Cinsel Yönelime Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaların ve Disosiyasyonun Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi" konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 25/07/2022 Pazartesi günü saat 10:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Çoğunluğu/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Düzeltilme verilmesi halinde:

Adı geçen öğrencinin Tez Savunma Sınavı .../.../20... tarihinde, saat ...:... da yapılacaktır.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının

.....
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. Dr. Öğr. Üyesi Nevin KILIÇ (Danışman)	KABUL
2. Prof. Dr. Haşim Ercan ÖZMEN	KABUL
3. Prof. Dr. Özlem SERTEL BERK	KABUL

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

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 bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Merve Begen

TEŞEKKÜR

Öncelikle benim için zorlu geçen tez aşamasında bana bilgisiyle yol gösteren ve güçlük yaşadığım durumlarda beni yüreklendirerek tekrar çalışmaya devam etmemi sağlayan değerli danışman hocam Dr. Nevin KILIÇ'a teşekkür ederim. İhtiyaç duyduğum her durumda benden yardımlarını esirgemeyen diğer kıymetli hocalarıma da teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca varlığını hep yanımda hissettiğim, bu dönemde de deneyimlediğim sıkıntıları aşmamda bana yardımcı olan, motivasyon sağlayarak süreci tamamlamama katkıda bulunan sevgili ablam Begüm'e, hem maddi hem de manevi açıdan yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Son olarak tez sürecinde bana destek olan tüm meslektaşlarıma, arkadaşlarıma, tanıdıklarıma ve tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Merve Begen

**FARKLI CİNSEL YÖNELİME GÖRE ÇOCUKLUK ÇAĞI
RUHSAL TRAVMALARIN VE DİSOSİYASYONUN YEME
TUTUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**
Merve Begen

ÖZET

Bu çalışmanın amacı farklı cinsel yönelime göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya cinsel yönelim dağılımı bakımından 13'ü homoseksüel, 24'ü biseksüel, 6'sı aseksüel ve 411'i heteroseksüel olan toplam 504 kişi katılmıştır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ve Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) kullanılmıştır. Katılımcıların cinsel yönelim ve atanmış cinsiyet özelliklerine göre yeme tutumları açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi için Ki-Kare analizleri yapılmış, yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda kadın katılımcılar arasında yeme bozukluklarının erkek katılımcılara göre daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Ayrıca farklı cinsel yönelimden kadın ve erkek katılımcılar için yapılan gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda, cinsel yönelime göre bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme sıklığı açısından farklılaşma olduğu görülmüştür. Cinsel yönelim ve cinsiyet değişkenlerine göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisini belirlemek için Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri yapılmış, hem cinsel yönelim hem de cinsiyet özelliklerine göre farklı travma türlerinin anlamlı düzeyde olumlu yönde yordayıcı olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda gruplar arası ortak etkisi bulunan travma türleri de belirlenmiştir. Bunun yanı sıra travma zemininde gelişen disosiyasyonun bozulmuş yeme davranışını tetikleyen önemli bir yordayıcı olduğu görülmüş, yapılan Bootstrap analizi sonucu disosiyasyonun çocukluk çağı ruhsal travmaları ve bozulmuş yeme tutumu ilişkisinde aracılık etkisi gözlenmiştir. Literatür çerçevesinde çalışma bulguları tartışılmış, önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: yeme tutumu, duygusal yeme, çocukluk çağı ruhsal travmaları, disosiyasyon

THE EFFECT OF CHILDHOOD PSYCHOLOGICAL TRAUMAS AND DISSOCIATION ON EATING ATTITUDE ACCORDING TO DIFFERENT SEXUAL ORIENTATIONS

Merve Begen

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effects of childhood psychological traumas and dissociation on eating attitudes according to different sexual orientations. In terms of sexual orientation distribution, a total of 504 people, 13 of whom were homosexual, 24 were bisexual, 6 were asexual, and 411 were heterosexual, participated in the study. Personal Information Form, Eating Attitude Test Short Form (YTT-26), Turkish Emotional Eating Scale, Childhood Trauma Scale (CTQ-33) and Dissociation Scale (DIS-Q) were used as data collection tools. Chi-square analyzes were conducted to examine whether there was a difference in eating attitudes according to the sexual orientation and assigned gender characteristics of the participants. In addition, according to the comparisons between groups and within groups made for male and female participants from different sexual orientations, it was observed that there was a differentiation in terms of impaired eating attitude and emotional eating frequency according to sexual orientation. Multiple Linear Regression analyzes were performed to determine the effects of childhood psychological traumas and dissociation on eating attitudes according to sexual orientation and gender variables, and it was found that different trauma types were significantly positive predictors according to both sexual orientation and gender characteristics. At the same time, the types of trauma that have a common effect between the groups were also determined. In addition, it was observed that dissociation that developed on the basis of trauma was an important predictor that triggered impaired eating behavior, and as a result of the Bootstrap analysis, the mediating effect of dissociation was observed in the relationship between childhood psychological traumas and impaired eating attitude. Within the framework of the literature, the findings of the study were discussed and suggestions were made.

Key words: eating attitude, emotional eating, childhood psychological traumas, dissociation

ÖNSÖZ

Alan yazında yeme bozukluğu ile ilişkili etmenlerin anlaşılmasında cinsel yönelim, çocukluk çağı ruhsal travmaları ve disosiyasyon önemli değişkenler olarak görülmüştür. Ancak Türkiye’de yeme bozuklukları hakkında yapılan çalışmaların çoğunlukla heteroseksüel bireylere yönelik olduğu, toplumsal cinsiyet bağlamına uymayan ve aralarında yeme bozukluğu da dahil birçok psikiyatrik rahatsızlığın yaygın olduğu bilinen cinsel azınlıklara yeteri kadar yer verilmediği fark edilmiştir. Bu bakımdan mevcut çalışma, ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar arasında bir ilk niteliği taşımaktadır. Buna karşın araştırmanın veri toplama sürecinde güçlüklerle karşılaşmış, yeterli sayıda LGBTİ+ katılımcıya ulaşamadığı için çalışma amacına tam olarak ulaşamamıştır. İlk olarak kartopu örnekleme yöntemi ile hedef kitle belirlenerek LGBTİ+ sivil toplum kuruluşları, dernekler ve kişilerle birebir iletişime geçilmiş, ancak araştırmaya yönelik tereddütlü yaklaşımları, güvensizlikleri ve isteksizlikleri dolayısıyla yeterli katılım sağlanamamıştır. Ardından basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile hedef kitle gösterilmeden veri toplamaya devam edilmiştir. Hedeflenen sayıya ulaşamadığı için istatistiksel analizlerde aynı cinsel yönelimden katılımcılar atanmış cinsiyetlerine göre ayrılmadan işlem yapılmıştır. Araştırma sürecinde karşılaşılan bu zorluğun çoğunluk açısından patriarkal bir yapıya sahip olan Türkiye’de LGBTİ+ topluluğuna karşı sürdürülen politikanın bir yansıması olabileceği düşünülmektedir. Batı toplumlarında bu alanda çok sayıda çalışma olmasına karşın, Türkiye’de LGBTİ+’lar ile yapılan çalışmaların bu denli kısıtlı olması ülkemizin sosyokültürel yapısına dikkat çekmekte, toplumsal boyutta insani değerler açısından üzerinde durulması gereken önemli meselelere işaret etmektedir.

Temmuz, 2022

Merve Begen

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ	vii
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	6
1. KURAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. YEME BOZUKLUKLARI	6
1.1.1. Anoreksiya Nervosa	6
1.1.1.1. Tarihsel Gelişim.....	7
1.1.1.2. DSM-5 Tanı Kriterleri	7
1.1.1.3. Epidemiyoloji.....	9
1.1.1.4. Klinik Görünüm.....	9
1.1.2. Bulimiya Nervosa	10
1.1.2.1. Tarihsel Gelişim.....	11
1.1.2.2. DSM-5 Tanı Kriterleri	11
1.1.2.3. Epidemiyoloji.....	12
1.1.2.4. Klinik Görünüm.....	13
1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	14
1.1.3.1. Tarihsel Gelişim.....	14
1.1.3.2. DSM-5 Tanı Kriterleri	15
1.1.3.3. Epidemiyoloji.....	16
1.1.3.4. Klinik Görünüm.....	16
1.1.4. Yeme Bozuklukları Etiyolojisi	17
1.1.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler	17
1.1.4.2. Sosyokültürel Etmenler	19

1.1.4.3. Bireysel Faktörler	22
1.1.5. Prognoz	23
1.1.6. Tedavi.....	24
1.1.7. Yeme Bozukluklarını Açıklayan Psikolojik Yaklaşımlar	27
1.1.7.1. Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar	27
1.1.7.2. Psikodinamik Açıklamalar.....	28
1.2. DUYGUSAL YEME.....	31
1.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI	33
1.3.1. Fiziksel İstismar	35
1.3.2. Duygusal İstismar	36
1.3.3. Cinsel İstismar.....	36
1.3.4. Fiziksel İhmal	38
1.3.5. Duygusal İhmal	38
1.3.6. Travmayla İlişkili Psikiyatrik Rahatsızlıklar	39
1.4. DİSOSİYASYON	40
1.4.1. Disosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması	41
1.4.1.1. Disosiyatif (Konversif) Nöbetler	41
1.4.1.2. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB).....	42
1.4.1.3. Disosiyatif Amnezi	43
1.4.1.4. Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozuklukları	44
1.4.2. Psikiyatrik Eş Tanılar	45
1.5. CİNSEL YÖNELİM.....	46
1.5.1. Etiyoloji.....	48
1.5.1.1. Biyolojik Açıklamalar.....	48
1.5.1.2. Psikodinamik Açıklamalar.....	50
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER	52
İKİNCİ BÖLÜM.....	54
2. YÖNTEM.....	54
2.1. KATILIMCILAR	54
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	54
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu	54

2.2.2. Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26).....	54
2.2.3. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği	55
2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)	56
2.2.5. Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q).....	57
2.3. UYGULAMA.....	57
2.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	58
2.5. SONUÇLAR	58
2.5.1. Cinsiyet ve Cinsel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analizleriyle Karşılaştırılması	64
2.5.2. Çalışmadaki Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları.....	79
2.5.3. Cinsel Yönelime Göre Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme Puanlarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Disosiyasyon Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	86
2.5.4. Cinsiyet Gruplarına Göre Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme Puanlarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Disosiyasyon Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	102
2.5.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme İlişkisinde Disosiyasyonun Aracılık Etkisi.....	118
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	125
3. TARTIŞMA	125
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	138
KAYNAKÇA	141
EKLER.....	160

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Açısından Dağılımı.....	59
Tablo 2. Katılımcıların Psikolojik ve Fiziksel Sağlığına İlişkin Betimleyici İstatistik Tablosu.....	60
Tablo 3. Ölçeklerin Genel Toplam ve Ortalama Toplam Puanları ile Faktör Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu	62
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Faktör Yapıları için Güvenirlilik Analizi Sonuçları	63
Tablo 5. Cinsiyet Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6. Kadın Homoseksüel ve Heteroseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	66
Tablo 7. Kadın Heteroseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	67
Tablo 8. Kadın Homoseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması	69
Tablo 9. Kadın Homoseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması	70
Tablo 10. Kadın Heteroseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	71
Tablo 11. Kadın Biseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması	72
Tablo 12. Erkek Homoseksüel ve Heteroseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	73
Tablo 13. Erkek Heteroseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 14. Erkek Homoseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	75
Tablo 15. Erkek Homoseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	76
Tablo 16. Erkek Heteroseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	77
Tablo 17. Erkek Biseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Varlığının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması	78

Tablo 18. CTQ-33 ve DIS-Q Ölçeklerinin YTT-26 ve Duygusal Yeme Ölçeği ile Korelasyon Analizi Sonuçları	79
Tablo 19. Yeme Tutum Testi-26 ile Duygusal Yeme Ölçeğinin Korelasyon Analizi Sonuçları	84
Tablo 20. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	86
Tablo 21. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	88
Tablo 22. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Sosyal Baskı Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	91
Tablo 23. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	92
Tablo 24. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	94
Tablo 25. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	95
Tablo 26. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	97
Tablo 27. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	100
Tablo 28. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	102
Tablo 29. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Yeme Meşguliyeti Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	104
Tablo 30. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Sosyal Baskı Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	107
Tablo 31. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	108
Tablo 32. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	110
Tablo 33. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	113

Tablo 34. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	115
Tablo 35. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	116
Tablo 36. Katılımcıların YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	118
Tablo 37. Katılımcıların DIS-Q Ortalama Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	119
Tablo 38. Katılımcıların YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı ve DIS-Q Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	119
Tablo 39. Modele Ait Bootstrap Analizi Sonuçları	120
Tablo 40. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	121
Tablo 41. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DIS-Q Ortalama Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	121
Tablo 42. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı ve DIS-Q Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	122
Tablo 43. Modele Ait Bootstrap Analizi Sonuçları	122

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Yeme Tutumu İlişkisinde Disosiyasyonun Aracılık Modeli	118
Şekil 2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Duygusal Yeme İlişkisinde Disosiyasyonun Aracılık Modeli	121

GİRİŞ

Yaşamın devamını sağlayan yeme davranışı fizyolojik ihtiyaçların karşılanması için itkisel olarak beliren ve gelişim sürecinde sosyal öğrenme yoluyla şekillenen bir eylemdir (Altıntaş ve Özgen, 2017). Süreç içerisinde biyolojik etmenler, sosyokültürel ortam, ekonomik koşullar, kişinin besinlere yönelik algısı gibi faktörler yeme davranışının fizyolojik ihtiyaçları gidermenin ötesinde başka anlamlar kazanmasına neden olmakta, aşırı yeme ya da yemeyi reddetme, acıkmadan yeme, duygu değişimlerine bağlı yeme, besin değeri olmayan maddeleri tüketme gibi yeme bozukluklarının gelişiminde basamak görevi gören bozulmuş yeme tutumları gelişebilmektedir (Kadioğlu ve Ergün, 2015). Değişen toplum yapısına bağlı olarak insidansı yükselen yeme bozuklukları (Moradi ve Rottenstein, 2007), bireyi fiziksel sağlığın yanı sıra hem psikolojik hem de sosyal alanlarda etkilemekte, psikososyal işlev kaybına yol açmakta (Berkman vd., 2007) hatta ölüme sonuçlanabilmektedir (Blinder vd., 2006; Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996; Himmerich vd., 2018; Morgan vd., 1975). Bu nedenle yeme bozukluğu etiolojisinin iyi anlaşılması, üzerinde etkili olabilecek faktörlerin incelenmesi ve risk gruplarının tespit edilmesi önem arz etmektedir.

Yeme bozuklukları prevalansında yaşa ve cinsiyete göre farklılıklar görülmektedir. Genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan ve her yaşta görülebilen bu bozukluğa genç yetişkinlik döneminde sık rastlanmaktadır (Bulik, 2002; Galmiche vd., 2019; Kreipe ve Mou, 2000). Ergenlik ve erken yetişkinlik dönemleri gelişim sürecindeki biyolojik değişimler, sosyal rollere uyum ve stresli yaşam olayları gibi psikososyal etmenler dolayısıyla yeme bozuklukları için kritik süreçlerdir (Gönerir-Erbay ve Seçkin, 2016).

Yeme bozuklukları alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, toplumsal cinsiyet rollerinin yeme bozukluğu için belirleyici olduğunu ve yeme bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Green vd., 2008;

Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001; Striegel-Moore vd., 2009). 2000-2018 yılları arası baz alınarak yapılan kesitsel bir çalışmada, yeme bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığının kadınlarda %8,4, erkeklerde %2,2 olduğu bildirilmiştir (Galmiche vd., 2019). Atanmış cinsiyet rollerinin bir etkisi olarak kadınların erkeklere nazaran beden görünümlerine ilişkin daha fazla endişe duydukları, buna bağlı olarak kısıtlama, diyet yapma ya da ödünleyici davranışları da bulunma gibi bozulmuş yeme tutumları sergiledikleri iddia edilmektedir (Green vd., 2008; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001).

Alan yazında, toplumsal cinsiyet farklılığına ek olarak yeme bozuklukları yaygınlığının ve çeşidinin cinsel yönelime göre de değiştiği ifade edilmektedir (Feldman ve Meyer, 2007). Ancak Türkiye’de ulaşılabilen alan yazında cinsel yönelime göre yeme bozukluklarını ele alan araştırmalar bulunmadığı için bu bölümde sunulacak araştırmalar yalnız Batı toplumunu yansıtmaktadır.

Azınlık stres modeline göre lezbiyen, gey, biseksüel, trans, interseks ve artı bireyler (LGBTİ+) ayrımcılık ve önyargının yarattığı stresin bir getirisi olarak heteroseksüel yönelimli bireylere göre yeme bozukluğu açısından daha savunmasız konumdadır (Parker ve Harriger, 2020). Daha ayrıntılı bakıldığında, kadın ve erkeklerde homoseksüel yönelimin yeme bozuklukları ile ilişkisi konusunda farklı yaklaşımlara rastlanmaktadır. Bazı çalışmalar homoseksüelliğin kadınlar için yeme bozukluğuna karşı koruyucu etkiye sahip olduğunu ve eşcinsel kadınların heteroseksüel kadınlara göre daha fazla olumlu beden algısına sahip olduklarını belirtirken (Feldman vd., 2007) bazı çalışmalar farklı yönelimden kadınlar arasında diyet yapma, tıknırcasına yeme ve telafi davranışları gibi bulimik eğilimler açısından belirgin bir farklılığın olmadığını aktarmaktadır (Parker ve Harriger, 2020; Feldman ve Meyer, 2007). Herzog ve arkadaşları (1990) tarafından homoseksüel ve heteroseksüel kadın grupları ile yapılan bir çalışmada, homoseksüel kadınların beden ağırlığı ve görünümüyle daha az ilgilendikleri, heteroseksüel kadınlara göre daha kilolu oldukları ve zayıflık konusunda daha az istek duydukları saptanmıştır. Cinsel yönelimin yeme davranışı üzerindeki etkisinin incelendiği başka bir çalışmada ise (Moore ve Keel, 2002), heteroseksüel kadınların eşcinsel kadınlara göre zayıflık konusunda daha hevesli olmalarına karşın bulimik özellikler, beden memnuniyetsizliği ve vücut ağırlığıyla ilgilenme konularında iki grup arasında anlamlı bir farklılık

gözlenmemiştir. Ayrıca literatürde biseksüel kadınlar arasında heteroseksüel kadınlara göre daha fazla tıknırcasına yeme davranışının sergilendiğini ve aseksüel yönelimli bireylerin bulimiya nervozadan çok anoreksik semptomlar göstermeye eğilimli olduklarını belirten araştırmalara rastlanmıştır (Calzo vd., 2017; Essayli, Murakami ve Latner, 2019).

Alan yazında eşcinsel kadınlardaki yeme bozukluğu konusunda orataya atılan farklı görüşlerin aksine eşcinsel erkeklerin yeme bozukluklarına yatkın olduğuna dair ortak bir kanı bulunmaktadır (Boisvert ve Harrel, 2009). Eşcinsel yönelimin erkeklerde bozulmuş yeme davranışıyla yüksek oranda ilişkili olduğunu öne süren bir çalışmada (French vd., 1994), eşcinsel erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre daha fazla beden imajı bozukluğu, diyet yapma, tıknırcasına yeme ve telafi davranışları sergilediği saptanmıştır. Geylelerin beden görünümüne yönelik daha fazla tatminsizlik yaşadıkları ve ince kaslı görünüme sahip olmanın kendileri için daha cazip görüldüğü ifade edilmiştir (Hospers ve Jansen, 2005; Russell ve Kell, 2001; Williamson ve Hartley, 1998). Lezbiyen, gey ve biseksüel popülasyonu üzerinde yapılan başka bir çalışmada (Feldman ve Meyer, 2007), gey ve biseksüel erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre daha fazla bulimik özellikler barındırdığı ve bozulmuş yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre eşcinsel yönelimin erkekler için beden hoşnutsuzluğu ve bozulmuş yeme tutumunun gelişmesinde belirleyici bir role sahip olabileceği sonucuna varılabilir.

Yeme bozuklukları biyolojik ya da genetik faktörlerin çevresel faktörlerle etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Bakalar vd., 2015). Birçok araştırma, travmatik yaşantıların ve stresli yaşam olaylarının yeme bozuklukları ile güçlü ilişkisini göstermiştir (Goossens vd., 2008; Jaite vd., 2012; Moulton vd., 2015). Özellikle yaşamın en duyarlı ve travma ile mücadele gücünün en zayıf olduğu çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar ile hem duygusal hem de fiziksel ihmal ve istismar olayları çocuğu sonraki yaşantısı için olumsuz psikolojik etkilere hazır kılmakta, (Roesler ve McKenzie, 1994) kendilik algısıyla beraber benzer olaylara karşı aldığı tutumu şekillendirmektedir (Ataoğlu, Ataoğlu ve Ankaralı, 2019). Yeme bozukluğu bulunan hastalar, travma gibi stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında mevcut sorunla başa çıkabilmek için yemeye yönebilir ya da yediklerini kontrol ederek kısıtlı

yeme davranışı sergileyebilir. Yaşanılan travmanın zamanı, çeşidi ve boyutu gösterilen yeme davranışının belirleyicisi olmaktadır. Örneğin yeme bozukluğu tanısı almış ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, tıknıma ve çıkarma semptomları bulunan katılımcıların, çeşitli ve şiddetli travmatik deneyimleri olduğu saptanmıştır (Groth vd., 2020). Bulimik semptomlar gösteren ergenlerin çoğunda fiziksel şiddet öyküsü belirlenmiş, tıknırcasına yemede görülen kontrolsüz yeme davranışı, travma esnasında deneyimlenen kontrolsüzlük ve çaresizlikle bağdaştırılmıştır.

Kişide duygu düzenleme gücüne yol açabilen travmatik deneyimler, çevresel stres faktörlerine karşı sağlıklı olmayan başa çıkma stratejilerinin gelişimine neden olmaktadır. Meneguzzo ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan başka bir çalışmada, çocukluk çağı travma deneyimi bulunan katılımcıların yeme bozukluğu da dahil daha ciddi psikopatolojilere sahip oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluklarıyla sıklıkla ilişkilendirilen cinsel istismar olgularında ise tıknırcasına yeme ve kısıtlama ile laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz ve kusma gibi bulimik semptomlara rastlanmıştır (Gomez vd., 2021; Hall ve Bartlet, 2018).

Travma ile yeme bozukluğu ilişkisinde travma zemininde gelişen disosiyatif semptomlar rol alabilmektedir. Thorney ve arkadaşları (2016) disosiyatif yaşantıların travma deneyimi ve yeme bozukluğu ilişkisinde aracılık işlevi üstelendiğini öne sürmüştür. Bu alanda yapılan araştırmalar özellikle yeme esnasında kontrolün kaybedildiği tıknırcasına yeme epizodlarında, disosiyasyonun en sık karşılaşılan formlarından biri olan disosiyatif amnezinin etkili olabileceğini iddia etmektedir (La Mela vd., 2010; Vanderlinden vd., 1991). Palmisano ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan ve almayan obez katılımcılar arasında yeme bozukluğu tanısı alan grubun daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısına sahip olduğu ve disosiyatif özellikler sergilediği belirlenmiş, duygusal istismar ve ihmalin sık bildirilen travma çeşitleri olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde yeme bozukluklarının disosiyasyonla ilişkisini araştıran bazı çalışmalar, bu bağlantıyı yeme bozukluğu olan birçok kişide rastlanan ve çoğunlukla yeme bozukluğu ile ilgili ifadeler içeren içsel bir sesin varlığına dayandırmaktadır (Thorney vd., 2016). Bu ses sanki kişinin yeme alışkanlığı, ağırlığı ya da beden

şekliyle alakalı yorumlar yapan başka bir kişiye aittir. Tüm yeme bozukluklarında görülme sıklığı %33 ile %96,2 oranında değişmektedir (Noordenbos ve Van Geest, 2017; Wentz vd., 2001). Pugh ve arkadaşları (2018), bu iç sesin özellikle çocukluk çağında deneyimlenen duygusal istismar ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve yeme bozukluğu ile bağlantısında disosiyatif özelliklerin aracılık yaptığını iddia etmektedir. Bu bağlamda çocukluk çağı ruhsal travmaları ve bozulmuş yeme tutumu ilişkisinde disosiyasyon değişkeninin de incelenmesi gerekli olmaktadır.

Tüm bunlardan yola çıkarak mevcut çalışma, farklı cinsel yönelime göre çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve disosiyasyonun yeme tutumu değişkenini ne düzeyde yordadığını, disosiyasyonun travma deneyimi ve yeme tutumu ilişkisinde aracılık rolü olup olmadığını incelemeyi amaçlamaktadır. Buradan hareketle, önce temel kuramsal bilgilere yer verilecek, daha sonra araştırma bulguları aktarılacak, en son elde edilen bulgular alan yazındaki ilgili çalışmalarla kıyaslanarak tartışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. YEME BOZUKLUKLARI

Dünya genelinde yaygınlığı bilinen ve biyopsikososyal etkileşimler sonucu ortaya çıkan yeme bozuklukları, hem fiziksel hem de psikososyal işlev kaybına neden olan hatta ölümlle neticelenebilen ciddi bir mental rahatsızlıktır (Öncü ve Sakarya, 2013). Günümüzde kültürel etmenler dolayısıyla daha çok zayıf olma arzusuyla ilişkilendirilse de obezite oranlarında görülen artış, yeme bozukluklarının farklı boyutlarına dikkat çekmektedir.

Yeme bozuklukları 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu ve tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde kategorize edilmiştir (APB, 2013). Mevcut çalışmada anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve DSM-5 tanı kriterleri bulunmayan ancak bozulmuş yeme tutumu içerisinde değerlendirilen duygusal yeme incelenecektir.

1.1.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza ciddi kilo kaybıyla karakterize bir psikiyatrik rahatsızlık olup yetersiz beslenmeye bağlı olarak birçok tıbbi komplikasyonu beraberinde getirmektedir (Treasure vd., 2015). Yaşa, cinsiyete ve fiziksel sağlığa göre düşük kiloda olma, kilo alma korkusu ve beden algısı bozukluğu ile tanımlanmıştır (APB, 2013). Hastalar kendileri için normal vücut ağırlığını sürdürmekte güçlük yaşamakta ve ideal vücut ağırlıklarının en az %15'ini kaybetmektedir (Bulik vd., 2005). Genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta, erken dönemde müdahale edilmezse kronikleşen fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlere yol açmaktadır (Gonzalez vd., 2007; Preti vd., 2011). Anoreksiyada ölümlere sık rastlanmaktadır (Neumarker, 1997).

Bunda yaşanan medikal sorunlara ek olarak hastaların büyük çoğunluğunun tedaviyi reddetmeleri, patolojiyi sürdürecektir inanç kalıplarını ve davranış biçimlerini tedavi sonrasında bile devam ettirmeleri etkili olmaktadır (Tresure vd., 2015).

1.1.1.1. Tarihsel Gelişim

Günümüzde mental bir bozukluk olarak kabul edilen anoreksiya nervoza, Helenistik ve Orta Çağa kadar uzanan tarihsel süreç içerisinde farklı anlamlar kazanarak mevcudiyetini sürdürmüştür. Fiziksel ihtiyaçlardan azade olmanın ve materyalist dünyayı reddetmenin kültürel açıdan önem arz ettiği dönemlerde, kişinin kendini yiyecekten mahrum bırakması spiritüel bir pratik olarak kabul edilmekteydi (Pearca, 2004). Bu pratik günümüzdeki bazı dini inanışlara göre halen sürdürülmektedir. Anoreksiyanın modern anlamda ilk vaka örnekleri, 1689 yılında İngiliz Doktor Richard Morton tarafından ele alınmış, fiziksel olarak açıklanamayan iştah kaybı ve tükenmişlik, “sinirsel tüketim” olarak tasvir etmiştir (Pearca, 2004). 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren kilo fobisi olarak değerlendirilmeye başlanan anoreksiya (Habermas, 2005), psikopatoloji bildiren anlamda ilk kez 1873 tarihinde Laségue tarafından histeri ile ilişkilendirilerek kullanılmıştır (Öztürk, 2012). Ardından 1873 yılında başka bir İngiliz hekim olan William Gull, günümüzde kullanılan Anoreksiya Nervosa terimini ortaya atmıştır (Gull, 1874).

1.1.1.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

- A. Gereksinimlere göre enerji alımını (erke) kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
- B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması.
- C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir

önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı ve tıknırcasına yeme/çıkarma olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır.

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

Tıknırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur. Yemeyi aşırı kısıtlayarak kilo verme söz konusudur. Kişi besin alımını büyük oranda kısıtlamakta ya da aşırı egzersiz yapma gibi telafi edici davranışlara yönelmektedir.

Anoreksiya nervozanın Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirlenen, yetişkinler için Vücut Kitle İndeksi (VKİ), çocuk ve ergenler için VKİ yüzdebirliğine göre hesaplanan ağırlık düzeyleri bulunmaktadır. Değerler aralıkları aşağıdaki gibidir:

Ağır olmayan: $VKG \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Orta derecede: $VKG 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Ağır: $VKG 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Aşırı düzeyde: $VKG < 15 \text{ kg/m}^2$

Anoreksiya nervoza için belirtilen tanı ölçütlerine kısmen uyan bir hasta grubu da bulunmaktadır. Kişi VKİ değeri belirlenen eşiğin altında olmadığı halde anoreksik özellikler sergileyebilir. DSM-5'te bu nitelikteki hastalar için tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu başlığı altında Değişik (atipik) Anoreksiya Nervoza tanımlanmıştır. Bu tipte belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanır (APB, 2013).

1.1.1.3. Epidemiyoloji

Anoreksiya nervoza her yaş grubunu etkilese de en sık genç popülasyonda görülmektedir (Juli ve Juli, 2014). Hoek ve Hoeken'a (2003) göre anoreksiya, ergen ve genç kadınlar arasında yaygın olup en fazla 14-17 yaş aralığındaki ergen grubunu etkilemektedir. Türkiye'de lisesiler üzerinde yapılan bir çalışmada anoreksiyanın 14-19 yaş grubundaki yaygınlığı %0,3 bulunmuştur (Yeşilbursa, 2000). Anoreksiya için saptanan oranlar toplum bazında farklılaşsa da kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Avrupa'da kadınlardaki prevalansının %<1-4 aralığında olduğu ve kadınlarda erkeklerden 10 kat fazla rastlandığı bildirilmiştir (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001; Striegel-Moore vd., 2009). Amerika'da ise kadınlardaki yaşam boyu görülme sıklığı %0,9 iken erkeklerde %0,3'tür (Hudson vd., 2007).

1.1.1.4. Klinik Görünüm

Fiziksel görünüm açısından dışarıdan bakıldığında hemen fark edilebilecek nitelikte bir zayıflık söz konusudur (Estour, Galusca ve Germain, 2014). Özellikle ergen hastalar büyüme ve pubertal gelişimde gecikmeye bağlı olarak buldukları yaştan daha küçük gösterirler (Gönerir-Erbay ve Seçkin, 2016). Bu denli zayıf olunmasına karşın beden algısındaki bozukluktan dolayı anoreksik hasta, durumun ciddiyetinin farkına varamamakta, bedendeki değişimleri kontrol etme, besin alımı kısıtlaması, sık sık tartılma, devamlı kalori sayımı, laksatif/diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi patolojik davranışları sürdürmektedir. Buna ek olarak soluk, kuru bir cilt, vücut ısısında düşüş, dehidrasyon, sıvı-elektrolit dengesizliği, alopesi, lanugo, akrosiyanoz, tırnak kırılması, kas dokusunun kaybolması, kalp ritim bozuklukları ve fazla hareketlilik görülebilir (Gönerir-Erbay ve Seçkin, 2016). Yeterli besin alımı olmadığı için tıbbi komplikasyonlar gelişebilir. Hastalarda hipotansiyon, bradikardi, ödem gibi kardiyovasküler; anemi, lökopeni, trombosit düşüklüğü gibi hematolojik; kabızlık, pankreatit, karaciğer ve amilaz enzim düzeylerinde yükselme gibi gastrointestinal; kemik dansitesinde azalma ve osteopeni gibi iskelet ve kemik sistemine ilişkin sorunlar ve diğer biyokimyasal parametrelerde normal dışı değişimlere rastlanmaktadır.

Anoreksik hastalar ciddi uyku problemleri çekebilmektedir. EEG çalışmaları anoreksik hastaların uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük yaşadıklarını, uyku sürelerinin kıaldığını göstermiştir (Allison, Spaeth ve Hopkins, 2016).

Anoreksiyaya çoğu zaman başka bir psikiyatrik rahatsızlık eşlik etmektedir. Sıklıkla madde kullanımı, duygudurum bozuklukları ve kişilik bozukluklarıyla beraber görülür (Himmerich vd., 2018). Eksen I patolojisi olarak en yaygın depresyon, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk bildirilmiştir. Tıkınırcasına yeme/çıkarma türünde borderline kişilik patolojisi görülebilmekte, impulsiviteye bağlı olarak kendine zarar verme ve intihar girişimlerine sık rastlanmaktadır (Kelly ve Davies, 2019).

Anoreksiya nervoza, psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde ölümlerin en sık rastlandığı bozukluktur (Neumarker, 1997). Ölüm oranının her yıl %0,56 arttığı bildirilmiştir (Sullivan, 1995). İntihar girişimi sıklığı %3-20 aralığında değişmektedir (Franko ve Keel, 2006). Yüksek ölüm oranlarının madde kullanımı ve kişilik patolojileriyle de ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir.

Anoreksik bireylerin kişilik özellikleri incelendiğinde; mükemmeliyetçi, obsesif, dirençli, kaygılı, içe dönük ve sosyal ilişkilerde kaçınan olma nitelikleriyle beraber düşük kendilik değeri görülür (Bulik vd., 2005; Karpowicz, Skärsäter ve Nevonen, 2009). Kendilik değeri bedensel değişimlere göre şekillenebilmektedir (Bulik vd., 1991). Ayrıca aleksitimik özellikler yaygındır (Parling, Mortazavi ve Ghaderi, 2010). Emosyonel açıdan kısıtlılık söz konusu olup iç görüleri azdır. Ek olarak anoreksik hastalarda zihinsel açıdan sürekli yemekle meşgul olmanın bir getirisi olarak yemek tarifleri toplama, başkaları için yemek hazırlama, tuhaf yeme ritüelleri geliştirme gibi davranışlar görülebilmektedir (Oltmanns vd., 2018). Veenstra ve De Jong'a göre (2011) sürekli yemekle meşgul olmak yemek yeme motivasyonunu azaltmaktadır.

1.1.2. Bulimiya Nervoza

Aşırı yeme sonrasında telafi etme ile karakterize bir yeme bozukluğu çeşididir (APB, 2013). Tıkınırcasına yeme olarak tanımlanan aşırı yeme esnasında kişi kontrolünü kaybederek normalde yiyebileceği miktardan daha fazla yiyeceği

olağandan daha kısa sürede fiziksel açıdan rahatsızlık hissedene kadar tüketmektedir. Ardından yoğun bir pişmanlık ve suçluluk duygusu hakim olmakta, bu da kişinin sonrasında uzun süre bir şey yememe, kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma ya da laksatif kullanma gibi uygunsuz telafi edici tutumlar sergilemesine yol açmaktadır (Maner ve Aydın, 2007). Bulimiyada anoreksiyada görülen bozulmuş beden algısı yoktur. Ancak anoreksiyada olduğu gibi kişi, kendilik değerini büyük oranda dış görünümü ve kilosuna göre belirlemektedir.

1.1.2.1. Tarihsel Gelişim

Bulimiya nervoza, psikiyatrik bir rahatsızlık olarak 1979 yılında Russel tarafından ele alınmış ve “Diyetsel Kaos Sendromu” olarak adlandırılmıştır (Russel, 1979). Anoreksiyanın farklı bir çeşidi olarak düşünülmüş ve ilk olarak DSM-3’te yer almıştır (Bayraktar ve Alper, 1991).

1.1.2.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

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

- 1) Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
- 2) Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

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

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

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

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

Bulimiya nervoza için bir haftalık süreç içerisinde uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre en düşük ağırlık düzeyi belirlenir. Buna göre; haftada ortalama bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması ağır olmayan, dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması orta derecede, sekiz-on kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması ağır, on dört ya da daha çok kez ödünleyici davranışın olması ağır düzeyde bulimiya nervozaya işaret etmektedir (APB, 2013).

Aynı zamanda bulmiya nervozada çıkarma davranışı olup olmasına göre iki tip söz konusudur. Çıkartma olan tipte kendini kusturma, laksatif/diüretik gibi ilaçların kötüye kullanımı görülürken çıkartma olmayan tipte tıkinmadan sonra hiçbir şey yememe ve aşırı diyet yapma gibi uygunsuz ödünleyici davranışlar bulunmaktadır. Hastalar birden fazla telafi davranışını aynı anda gösterebilir.

Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında bulimiya nervozanın düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli görülen olguları için tanımlanmış bir kategori bulunmaktadır. Buna göre tıkinircasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiyanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.

Aynı başlık altında çıkarma bozukluğu olarak tanımlanan başka bir kategori de bulunmaktadır. Bunda bulimiyada görülen vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için tıkinircasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. Kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçların, idrar söktürücü (diüretik) ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yeme kullanımı) söz konusudur (APB, 2013).

1.1.2.3. Epidemiyoloji

Bulimiya nervozanın ortalama başlangıç yaşı 15-18'dir (Aytaç ve Hocoğlu, 2016). Türkiye'de 14-19 yaş aralığındaki bulimiya nervoza prevalansı %4,3 bulunmuş (Yeşilbursa, 2000), Avrupa'da 19-24 yaş grubunda görülme sıklığı %2-4 olarak belirlenmiştir (Yager ve Andersen, 2005). Bir çalışmaya göre üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığın %19'a kadar çıktığı tespit edilmiştir (Juli ve Juli, 2014).

Bulimiya nervozaya, anoreksiyada olduğu gibi ergen ve genç kadınlar arasında erkeklere göre daha sık rastlanmaktadır. Genç kadınlar arasında prevalansı %<1-4 aralığında değişmekte iken genç erkekler için bu oran %0,1 olarak bildirilmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003). Hudson ve arkadaşlarına (2007) göre bulimiyanın yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için %1,5, erkekler için %0,5'tir.

1.1.2.4. Klinik Görünüm

Hastaların çoğu sık diyet yapıyor olmalarına karşın kiloları normal ya da normalin üstündedir. Bazı araştırmalara göre bulimik hastaların ilk olarak diyet yaptıkları ardından birkaç ay sonra tıknırcasına yeme ataklarının belirdiği görülmüştür (Sevinçer ve Konuk, 2013). Tıknırcasına yeme ataklarının disfori ve stres gibi baş etmekte zorlanılan duygularla karşılaşıldığında arttığı öne sürülmektedir (Spoor vd., 2007). Diğer taraftan aşırı yemenin ardından hissedilen hem fiziksel hem de psikolojik sıkıntı dolayısıyla kişi kusma, besin alımını kısıtlama, aşırı egzersiz yapma, laksatif/diüretik kullanımı gibi telafi edici davranışlara yönelmektedir. Nihayetinde hasta tıknıma, çıkarma döngüsü içerisinde bocalamakta, durum kronik bir hal almaktadır. Hastalar sıklıkla durumlarını gizlemektedir.

Bulimiya nervozaya eşlik eden psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar bulunmakta, özellikle kusma gibi çıkarma davranışları ikincil olarak gelişebilen tıbbi sorunlara neden olmaktadır. Kusma esnasında mide asidinin yukarı çıkmasından dolayı boğaz tahrişi, özofajit, diş minelerinin erimesi ve dişlerde çürüme, mide kapağında bozulma, reflü, boyundaki tükürük bezlerinde şişme, yüz ve yanaklarda şişkinlik; midenin motor işlevinde değişikliğe işaret eden, midede dolgunluk hissi (şişkinlik) ve mide boşalma güçlüğü (gastroparezis); laksatif ve idrar söktürücü kullanımı dolayısıyla bağırsak tahrişi ve sindirim sorunları, dehidrasyon, böbrek rahatsızlıkları, pankreatit, elektrokardiyografi anormallikleri görülebilir. Elde, kendini kusturma sonrasında yaralanmalar oluşabilmekte; hipokalemi, magnezyum eksikliği gibi biyokimyasal parametrelerde normal dışı değişimler görülebilmekte, kortizol seviyesinin yükselmesi, leptin alçalması gibi endokrin sisteme ilişkin sorunlar gelişebilmektedir (Gönerir-Erbay ve Seçkin, 2016; Kiss vd., 1990).

Bulimiya nervozanın psikiyatrik komorbiditesi yüksek olup çoğunlukla duygudurum, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları ile beraber görülmektedir (Aytaç ve Hocoğlu, 2016). Bulimiyada sık görülen depresyonun anormal yeme davranışına bağlı yani ikincil olarak geliştiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Sabine, Wood ve Wakeling, 1984). Bunun yanı sıra Eksen II patolojisi olarak en sık borderline kişilik bozukluğuna rastlanmakta, bunu histrionik ve narsistik kişilik patolojileri takip etmektedir (Keçeli, 2006; Tomotake ve Ohmori, 2002). Madde ve alkol kullanım bozuklukları, kendine zarar verme, intihar girişimleri dürtü kontrol sorununa paralel gelişebilmektedir (Maner ve Aydın, 2007). Alkol ve madde kötüye kullanımı yaygınlığı anoreksiklere göre daha fazladır. Ölümler anoreksiya kadar olmasa da intihar girişimleri yüksektir. Bulimik hastaların %25-35'inin özkıyım davranışı sergilediği tespit edilmiştir (Franko ve Keel, 2006).

Obsesif davranışlar, mükemmeliyetçilik, agresyon, kendini cezalandırma, antisosyal eğilimler bulimik hastalarda gözlemlenen kişilik özellikleridir (Vitousek ve Manke, 1994). Bulimik hastaların anoreksiklere göre daha dışa dönük olduğu ve kişilerarası ilişkilerdeki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Casper vd., 1980).

1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğunda kişi normalde yiyebileceğinden çok daha fazla miktardaki yiyeceği normalden daha kısa bir zaman içerisinde yeme dürtüsünü kontrol edemeyerek tüketmektedir. Ancak tıkınırcasına yeme ataklarının ardından bulimiyada görüldüğü gibi kilo kontrolünü sağlamaya yönelik kusma, laksatif/diüretik kullanma, aşırı egzersiz ve diyet yapma gibi telafi edici davranışları olmamaktadır (APB, 2013). Rahatsızlık hissedene kadar yeme, fiziksel olarak aç olmadan yeme, yalnız yeme ve ardından depresif ve suçlu hissetme tipik özellikleridir (De Zwaan, 2001).

1.1.3.1. Tarihsel Gelişim

Tıkınırcasına yeme bozukluğundan ilk olarak 1959 yılında Stunkard bahsetmiş, 1980 yılında obezite ile ilişkisinden yola çıkılarak üzerinde birtakım çalışmalar yapılmıştır (Turan vd., 2015). 1992 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından bulimiya

nervozadan farklı bir bozukluk olarak görülmüş (Spitzer vd., 1992), ayrı bir tanı olarak ilk kez DSM 5'te yer almıştır.

1.1.3.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

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

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi iki saatlik sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediği denetleyemediği duygusu).

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

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yasama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin sıkıntı duyulur.

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

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

Tıknırcasına yeme bozukluğu için bir haftalık süreç içinde uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre en düşük ağırlık düzeyi belirlenir. Buna göre; haftada ortalama bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması ağır olmayan, dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması orta derecede, sekiz-on kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması ağır, on dört ya da daha çok kez ödünleyici davranışın olması ağır düzeyde tıknırcasına yeme bozukluğuna işaret etmektedir (APB, 2013).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli rastlanan olguları için tanımlanan kategorisinde 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.

1.1.3.3. Epidemiyoloji

Toplum temelli çalışmalar, tıkınırcasına yeme bozukluğunun yetişkinlerde en sık rastlanan yeme bozukluğu çeşidi olduğunu ifade etmektedir (Iacovino vd., 2013; Juli ve Juli, 2014). Yaşam boyu prevalansı kadınlar için %3,5, erkekler için %2'dir (Hudson vd, 2007). Kadın erkek oranı 3/2 olarak bildirilmiştir (Spitzer vd., 1992). Avrupa'da tıkınırcasına yeme bozukluğu yaygınlığı kadınlar arasında %<2-3 olarak saptanmıştır (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016). Tıkınırcasına yeme bozukluğu erkekler arasında da yaygın görülen bir bozukluk olup ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğu sıklığının %23,1 olduğu ve erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Kızıltan, 2005).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu obez popülasyonun çoğunu etkilemektedir. Bu bozukluğu bulimiyadan ayırarak literatüre kazandıran Spitzer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1992) kilo kontrol programına katılan obez bireylerin %29'unun tıkınırcasına yeme kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Türkiye'de ise tedavi için başvuran obezlerin %23'ünde tıkınırcasına yeme bozukluğu saptanmıştır (Özbeş vd., 1999). Tedavi arayan obezlerde %23-46 oranında tıkınırcasına yeme bozukluğu olabileceği tahmin edilmektedir (Bulik, 1992).

1.1.3.4. Klinik Görünüm

Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireylerin çoğu ya aşırı kilolu ya da obezdir (Fairburn vd., 1998). Başarısız, tekrarlayan diyet girişimleri ve kilo dalgalanmaları sık görülmektedir. Bulimiya nervozada olduğu gibi denetimin kaybedildiği tıkınırcasına yeme ataklarını disforik ruh hali tetikleyebilmekte, yalnız başına ve fiziksel açıdan rahatsızlık hissedene kadar yeme devam etmektedir (Kızıltan vd., 2005). Ancak bulimiyadaki tıkinma örüntüsü genellikle diyet gibi besin

kısıtlaması sonrası gelişirken, tıknırcasına yeme bozukluğunda kısıtlama ya da diğer telafi davranışları olmaksızın düzensiz ve sürekli yeme söz konusudur (Wilfley vd., 2000). Hastaların yeme esnasında impulsif davrandıkları, kendilerini durduramadıkları, hatta neyi ne kadar yediklerini hatırlamayacak ölçüde disosiyeye olabildikleri bildirilmiştir (Marcus vd., 1996).

Eşlik eden diğer fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarla beraber tıknırcasına yeme bozukluğu bireyin hayatını birçok alanda olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmektedir (Turan vd., 2015). Tıknırcasına yemeye bağlı gelişen obezite, ciddi bir kronik hastalık olup ölüm riski taşımaktadır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Vücuttaki fazla yağlanmayla ilişkili olarak tip 2 diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, solunum yolu rahatsızlıkları, kanser gibi morbidite ve mortaliteye sebep olan rahatsızlıklar gelişebilmekte, osteoartrit, polikistik over, uyku apnesi gibi kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Serter, 2003). Herpertz ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, tip 2 diyabet hastalarının %10'unda tıknırcasına yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Tıknırcasına yemenin diyabeti tetikleyerek obeziteyi artırmış olabileceği tahmin edilmiştir.

Tıknırcasına yeme bozukluğunun depresyon ve anksiyete bozukluğu ile komorbiditesi yüksektir (Dingemans, Bruna ve Van Furth, 2002). B ve C kümesi kişilik patolojilerinden sınır durum ve kaçınan kişilik bozuklukları en sık görülenlerdir (Wilfley vd., 2000). Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi tıknırcasına yemede de kendilik değerinin kilo ve beden görünümüyle ölçülmesi, beden şekli ve kiloyla aşırı ilgilenme, negatif duygulanım ve sosyal izolasyon sık rastlanan özelliklerdir (Striegel-Moore vd., 2004).

1.1.4. Yeme Bozuklukları Etiyolojisi

Yeme bozuklukları tek bir sebeple açıklanamamakta, gelişiminde genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler birlikte rol oynamaktadır.

1.1.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler

Beyin görüntüleme, nöroendokrin ve moleküler çalışmalar biyolojik faktörlerin yeme bozukluğu üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Tomografisi (MRT) gibi beyin görüntüleme

çalışmalarından elde edilen bulgular, anoreksik ve bulimik hastaların genişlemiş sulkus ve ventrikül yapılarına sahip olduklarını ve beyin kütlelerinde azalma olduğunu göstermiştir (Frank vd., 2004; Walsh, Gladis ve Roose, 1988). Katzman ve arkadaşlarının (1997) anoreksik ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, hastalık döneminde beyindeki gri ve beyaz madde miktarının azaldığı ve beyin omurilik sıvısı hacminin (cerebrospinal fluid) arttığı görülmüştür. Tedaviden sonra beyaz madde miktarının ve beyin omurilik sıvısının normale yaklaştığı ancak gri madde miktarında değişim olmadığı saptanmıştır. Bu alanda yapılan başka takip çalışmaları da anoreksik bireylerde tedaviden sonra gri madde miktarındaki azalmanın ve beyin omurilik sıvısı hacmindeki artışın devam ettiğini göstermiştir (Husain vd., 1992; Lambe vd., 1997). Bulimiya nervosa ve tıknircasına yeme bozukluğu olan kişilerle yapılan beyin görüntüleme çalışmaları incelendiğinde, anoreksiyada olduğu gibi inferior frontal bölgedeki gri madde miktarında azalma saptanmıştır (Hoffman vd., 1990). Bu bölgedeki bozulma açlık-tokluk sinyallerinin karışması ve davranış bozukluklarıyla ilişkilidir (Bayraktar ve Alper, 1991).

Yeme bozuklukları alanında yapılan nöroendokrin araştırmalar, çeşitli biyolojik, fizyolojik ve davranışsal etkinlikte rol alan serotonin (5-hidroksitriptamin; 5-HT) ve dopamin nörotransmitterlerinin önemine vurgu yapmakta (Halford, 2000), serotonin ve dopamin aktivasyonundaki değişikliklere dikkat çekmektedir (Frank vd., 2004). Bu nörotransmitterler farklı nöral ağlarla beyne bağlanmakta ve 5-HT_{2A}, AMPA gibi spesifik reseptör üzerinden davranış değişikliğine yol açmaktadır. 5-HT_{2A}'nın vücut ağırlığı düzenlemesinde, yeme davranışında ve yeme bozukluklarında etkili olabileceği öne sürülmüş (Brewerton, 1996; Scherag, 2010), aynı zamanda depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok psikiyatrik rahatsızlık ile ilişkilendirilmiştir (Lucki, 1998). Tedavi öncesi takibe alınan anoreksiklerdeki 5-HT_{2A} reseptörünün korteksle olan bağının zayıfladığı (Frank vd., 2002), tedavi sonrasında dahi mezial temporal, parietal ve singulat korteksle bağının güçlenmediği bulunmuştur (Bailer vd., 2004). Buna göre 5-HT_{2A} bağları kuvvetlenmediği için singulate ve temporal bölgeler tarafından aktive olan acıdan kaçınma ve yenilik arayışı özellikleri açığa çıkamamakta, zayıflamaya yönelik çaba devam etmektedir. Diğer taraftan anoreksiyada görülebilen yiyecekte tıksınma,

kilo kaybı, hiperaktivite, beden algısındaki çarpıklık ve obsesif kompulsif bozukluk dopamin aktivitesindeki değişikliklerle açıklanmaktadır (Kaye, 2004). Dopamin, yürütücü işlevler, karar verme, dürtüsellik, aşırma gibi fonksiyonlarda işlev görmekte, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiyada görülen tıknırcasına yeme ataklarıyla ilişkilendirilmektedir (Yu, Miller ve Groth, 2022).

Genetik faktörlerin önemini ortaya koyan aile ve ikiz çalışmaları incelendiğinde ise tek yumurta ikizlerinde hem anoreksiya hem de bulimiya nervoza için çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek konkordans tespit edilmiştir (Juli ve Juli, 2014). Anoreksiya tanısı almış kişilerin birinci derece akrabalarında benzer rahatsızlığa sahip olan ya da bulimiya gibi başka tip yeme bozukluğu bulunan kişilerin olduğu, genetik yatkınlığın ise %48-88 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Bulik, 2000; Kipman 1999). Anoreksik hastaların birinci derece akrabalarının %2,69 oranında yaşam boyu anoreksiya nervoza riski taşıdıkları belirlenmiştir (Gorwood, Kipman ve Foulon, 2003). Bulimik hastalar için ise genetik yatkınlığın %28-83 aralığında değiştiği düşünülmektedir (Kuruoğlu, 2000). Bulik ve arkadaşları tarafından (1992) obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğunda genetik ve çevre etkileşiminin payının incelendiği bir araştırmada, obeziteye yatkınlığın bulimiya ve tıknırcasına yeme bozukluğu için de risk teşkil ettiği öne sürülmüştür. İkiz çalışmaları, obezitenin ve tıknırcasına yemenin genetik aktarımla da ilişkili olduğunu göstermekte, tıknırcasına yeme bozukluğunun heritabilitesi yaklaşık %57 olarak bildirilmektedir (Hudson vd., 2006). Bazı genler ailevi yatkınlığı belirlemekte ve bireyi hastalığa yatkın kılmaktadır.

1.1.4.2. Sosyokültürel Etmenler

Yeme bozuklukları sıklığının ve çeşidinin atanmış cinsiyete ve sosyo-ekonomik düzeye göre farklılaştığını ifade eden çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır.

Stice Modeline göre sosyokültürel ortam bireyin bedenine yaklaşımını ve yeme alışkanlıklarını şekillendirmektedir (Stice, 1994). Toplumun kadına atfettiği cinsiyet rolleri, ideal zayıf beden imajı ve bunlara uyum sağlandığında elde edileceği düşünülen başarı yanılgısı bozulmuş yeme tutumunu tetiklemektedir. Aile, akran ve internet, kadın dergileri gibi medya araçları sosyokültürel mesajların bireye

iletmesinde rol alan kanallardır. Özellikle medya üzerinden ulaşılması neredeyse imkansız olan bir güzellik algısı oluşturulmakta ve birçok kadın özellikle de kimlik kazanımı sürecindeki ergenler kendi bedenlerine yönelik negatif bir algı oluşturmaktadır (Bell ve Dittmar, 2011; Levine ve Murnen, 2009). Medyanın zayıflık fikrini içselleştirme, fiziksel görünümünü başkalarıyla kıyaslama, kilo tatminsizliği yaşama ve zayıflık yönünde çabalama gibi tutumlara yol açabileceği iddia edilmiştir. (Garner ve Garfinkel, 1979). Birey ne kadar derin kimlik karmaşası yaşar ve kendilik değeri ne kadar düşük olursa yöneltilen bu mesajların baskısı altında ezilerek durumu içselleştirme yoluna gidebilir (Maner ve Aydın, 2007). Neticede kendi bedeninden rahatsızlık duymaya başlayarak, ideal bedene ulaşmak için diyet yapma, besin alımını kısıtlama ve sonrasında tıkinma davranışları geliştirebilir.

Feminist yaklaşımlara bakıldığında; zayıflığı yüceltip şişmanlığı yeren ataerkil toplum, bu ideolojiyle kadınlar üzerinde kontrol sağlamayı ve kadın özgürlüğünü kısıtlamayı amaçlamaktadır (Gilbert ve Thompson, 1996). Zaman içerisinde kadınların odağı giyim ve modadan, kozmetik, diyet, sağlıklı beslenme gibi alanlara kaymış, bu da birçok kadını bedenleri ve beslenmeleriyle alakalı sürekli bir zihinsel uğraşa itmiştir. Aynı zamanda kilo kaybının kişide güç ve kontrol duygusu sağladığı, kişiyi cinsel bir obje olarak görünmekten alıkoyduğu iddia edilmektedir. Yeme bozukluklarına sosyokültürel düzeyi yüksek, başarıya önem veren kadınlarda sık rastlanmaktadır. Erkek egemen toplumda kadın olduğu için değersiz hissedilen birey, kilo kaybı yoluyla kadınlığı minimize ederek başarı duygusunu pekiştirip aynı zamanda fiziksel açıdan daha az alan kaplayarak sembolik tehditten uzaklaşmaktadır (Maner ve Aydın, 2007). Feminist açıklamalar, kadınlar için bulimiya nervozanın toplum tarafından değersizleştirilen anne ya da eş olmak gibi kadınlığa ilişkin kimliklerden bir kaçış yolu olduğunu ifade etmektedir (Gilbert ve Thompson, 1996).

Diğer taraftan erkeklerin de kadınlar gibi sosyokültürel faktörlerden etkilendiği ve yeme bozukluğu semptomları geliştirdiği bilinmektedir. Ricciardelli ve McCabe tarafından erkek ve kadın ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada (2003), iki grup için de beden görünümüne ilişkin tatminsizlikte aile ve akran gruplarının etkili olduğu, medyanın ise kilo verme ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca kendilik

değerinin hem kadın hem de erkek grup için beden memnuniyetsizliğinden büyük oranda etkilendiği gözlenmiştir.

Yeme bozukluklarının gelişiminde aile ortamı büyük öneme sahiptir. Yeme bozukluğu tanısı alan hastaların ebeveynlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, her şeye karışan, çocuğunun büyümesini ve gelişimini tolere edemeyen ve dış görünümle aşırı alakadar bir anne figürü ile çocuğu ile soğuk, mesafeli bir ilişki kuran, işleriyle fazla meşgul, alkol bağımlısı baba figürü bildirilmiştir (Morgan vd., 1975). Bebeklikten itibaren çocuklarına yönelik yüksek beklenti içerisinde olma, başarı konusunun büyük önem taşıması, mükemmeliyetçilik, duygu ifadesinde yoksunluk, diyet yapma, kilo alma korkusu gibi ebeveyn tutumları anoreksik bireylerin ebeveynlerinde gözlemlenen başka özelliklerdir (Toker ve Hocaoğlu, 2019). Tozzi ve arkadaşları (2002) tarafından anoreksiya tanısı almış kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, katılımcılar disfonksiyonel aile yapısı, kilo kaybı, diyet ve stresli yaşam olayları sonucu hissedilen baskı gibi unsurları yeme bozukluklarının kaynağı olarak gördüklerini rapor etmişlerdir. Disfonksiyonel aile yapısı aile içi çatışma, kavga, ilgisiz ancak fazla kontrolcü ebeveynler, duygusal istismar, ebeveynlerle yeterli ilişki kurulamaması gibi özelliklerin varlığını içermektedir. Hem aile unsuru gibi çevresel faktörlerin hem de stres gibi kendileriyle alakalı içsel dinamiklerin anoreksiyanın gelişimine ve sürdürülmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (Maner ve Aydın, 2007).

Bulimik vakaların aile dinamikleri incelendiğinde, beklenti düzeyi yüksek olunmasına karşın sosyokültürel açıdan yetersiz, çocuğunun bireyselliğini önemsemeyen, duygu ifadesinden yoksun, çatışmalı bir aile profili görülmektedir (Johnson, 1985). Aile ile yakın temas halinde olursa da sürdürülen ilişkinin sağlıklı olmadığı ileri sürülmektedir. Bazı açıklamalara göre, sürekli tıknama ve çıkarma davranışları, aileyle bütünleşmeyi ve bir olmayı temsil ederken yeme eyleminin ardından gerçekleşen kusma gibi çıkarma davranışları özerkliği elde etme çabası olarak nitelendirilmiştir (Toker ve Hocaoğlu, 2019). Bulimik hastalarla yapılan çalışmaların bir kısmında aile baskısından sonra diyete başlandığı ve akran baskısı dolayısıyla da tıknama/çıkarma davranışlarının geliştirildiği tespit edilmiştir (Mitchell vd., 1986). Bununla beraber bulimik hastaların birinci ve ikinci derecede akrabalarında

alkol kullanım oranının yüksek olduğu (Bulik, 1987) ve aile öyküsünde cinsel istismar olgularına da rastlandığı bildirilmiştir (Sloan, 1986).

Striegel-Moore ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2004), tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip kadınların çocukluk obezitesi, ailede fazla yeme ve tıknırcasına yeme alışkanlıklarının bulunması, ailede huzursuzluk ve ebeveynlerin yüksek beklentisi risk faktörü olarak ifade edilmiştir. Aynı zamanda olumsuz duygulanım, ebeveynlerde duygu durum ve madde kullanım bozukluklarının olması, yetersiz ebeveynlik, aileden ayrılma ve anneye yaşanan çatışmalar, fazla kilo nedeniyle deneyimlenen sosyal baskı bu bozuklukta etkin rol almaktadır. Ailenin duygu paylaşımından yoksun olması, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının giderilememesi, fazla kontrol az ilgi tüm yeme bozukluklarında ortak görülen özelliklerdir (Tunç, 2020).

1.1.4.3. Bireysel Faktörler

Anoreksiya nervoza hastalarının birçoğunda geçmişte yapılan bir diyet sonrası kontrolü kaybederek zayıflamayı durduramama söz konusudur. Kişi diyet yapmaya aile ya da medya gibi çevresel faktörlere bağlı olarak başlayabilmekte ancak diyetin sürdürülmesinde kişisel özellikler etkili olmaktadır (Arıca vd., 2011). Mükemmeliyetçi ve dirençli kişilik özellikleri ile negatif beden algısı dolayısıyla anoreksik birey ne kadar kilo kaybetse de tatminsizlik yaşamakta, sağlığını kaybetmesine rağmen kilo vermek için çabalamaktadır (Bulik vd., 2005).

Çocukluk obezitesi ve çocukluk çağı ruhsal travmaları yeme bozuklukları için risk teşkil etmektedir (Fairburn, 1984; Zwaan, 2001). Travma deneyimi ya da olumsuz yaşam olayları sonucu ortaya çıkan negatif duyguları tolere etmekte güçlük yaşayan birey duygu regülasyonunu sağlamak için yemeye başvurabilir. Tıknırcasına yeme bozukluğunun kaygıyı yatıştırdığı ve depresyonu hafiflettiği belirtilerek (Andersen ve Yager, 2005) kişinin bu yolla olumsuz duyguları dengelemeye çalıştığı ve yiyeceği haz verici bir ödül olarak gördüğü ifade edilmektedir. Bu açıdan güçlük yaşanan durumlarla başa çıkma yetilerinin yetersizliği bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu için risk faktörü olarak görülmüştür. Benzer şekilde Cooper'ın kaçınma modeline göre (2003) tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde kendiliğinden farkında olmanın getirdiği itici

ve tiksindirici duygulardan uzaklaşma çabası söz konusudur. Kişi dikkatini kendine rahatsızlık verecek uyaranlardan bedene ve yemeye yönlendirir. Bununla beraber bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi bir bağımlılık çeşidi olarak düşünülmüş, özellikle bulimiklerde alkol kullanım bozukluğunun sık olması bu kişilerin genetik ya da başka nedenlerle bağımlı davranışlara eğilimli olabileceği fikrini güçlendirmiştir (Hantaş, 2002).

1.1.5. Prognoz

Anoreksiya ve bulimiya nervozada relapslar sık olmakta, bozukluk kronikleşebilmektedir. Özellikle anoreksik hastalardaki bozulmuş beden algısından dolayı durumun ciddiyetinin yeterince farkında olmama tedaviyi güçleştirmektedir (Gönerir-Erbay ve Seçkin, 2016). Uzunlamasına yapılan çalışmaların çoğu anoreksik hastaların yarıdan azının tam iyileşme gösterdiğini, 1/3'ünün kısmi iyileştiğini, 1/5'inde ise bozukluğun kronikleştiğini göstermiştir (Steinhousen, 2002). Katzman ve arkadaşlarının (2013) anoreksik hastalar üzerinde yaptığı izlem çalışmasında, bir yıllık periyotta hastaların %50-60'ının tam, %25-35'inin kısmi iyileşme gösterdiği, %15'inin ise tedaviye yanıt vermediği görülmüştür. Tam iyileşme gösteren hastaların ise 1/3'ünde relapslar görülmüştür. 41 anoreksik hasta üzerinde yapılan başka bir takip çalışmasında hastaların tedaviye verdikleri ilk yanıtların olumlu olduğu ve çoğunun normal ağırlığa döndüğü gözlenmiş ancak vakaların yarısında taburculuktan sonra hastalığın nüks ettiği ve tekrar yatış gerektiği belirlenmiştir (Morgan ve Russell, 1975). Süreç içerisinde gidişatını olumsuz etkileyen faktörler arasında hastalığın uzun süredir devam etmesi, önceki yatışlar, kişilik özellikleri, ebeveynler ve diğer aile üyeleri ile çatışmalı ilişkiler bulunmaktadır.

Bulimiya nervoza alanında yapılan uzunlamasına çalışmalar ise 5-12 yıllık süre bazında hastaların yarısının tam iyileşme gösterebildiği, 1/3'ünün ise durumunun kronikleştiğini göstermiştir (Herzog vd., 1999). Anoreksiyada olduğu gibi bulimiya nervozada tam remisyona nadir görülmektedir (Önal Sönmez, 2017).

Tıknırcasına yeme bozukluğu bulunan hastalar diyet tedavisine büyük oranda olumlu yanıt verdikleri için tedavi süreci anoreksiya ve bulimiya nervozada olduğu kadar zorlu geçmemektedir (Özbey vd., 1999). Relaps yüzdesi anoreksiya ve

bulimiyaya göre daha azdır. 5 yıllık bir takip çalışmasında, tedaviden sonra hastaların %10'unun yine tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerini sağladığı tespit edilmiştir (Fairburn vd., 2000).

Yeme bozukluklarının tedavi sürecinde ölümler görülebilmektedir. Anoreksiyada ölümler genelde intihara bağlı olarak gelişse de yetersiz beslenmeye bağlı yaşanan bedensel komplikasyonlar da bunda etkili olabilmektedir (Franko ve Keel, 2006; Sullivan, 1995). Bulimiyada mortalite oranları anoreksiyaya göre daha düşüktür (Keel, 1997). Tıknırcasına yeme bozukluğunda ise obezite kaynaklı kronik rahatsızlıklara bağlı ölümler olabilmektedir (Friederich vd., 2006).

Yeme bozukluklarının birbirine evrilmesi sık rastlanan bir durumdur. Anoreksiklerin iyileşme dönemlerinde tıknıma ve çıkarma davranışları sergiledikleri saptanmıştır (Eddy vd., 2002; Tozzi vd.,). Bu bakımdan tedavi sürecinde anoreksiyadan bulimiyaya geçiş de görülebilmekte ancak bulimiyadan anoreksiyaya geçişler sık olmamaktadır. Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğundan anoreksiya ve bulimiya nervozaya geçiş nadir görülmektedir (Fairburn, 2000).

1.1.6. Tedavi

Yeme bozuklukları tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım önemlidir. Hastanın durumuna göre farmakolojik tedavi, psikoterapi ya da ikisi birden uygulanabilir. Beslenme ve yaşanan bedensel yakınmalara ilişkin ilgili birimlerle işbirliği kurmak gerekebilir.

Anoreksiya ve bulimiya nervoza hastalarının durumuna göre ayaktan tedavi, yatış ya da kısmi yatış verilebilmektedir. Anoreksik hastanın tıbbi durumu ağır ve beden kitle indeksi %30'un altında ise yatış gerekli olmaktadır (Gürdal, 1999). Bulimiya nervoza hastalarında sıvı-elektrolit bozukluğuna bağlı yatışlar, sıvı kaybına yol açan laksatif kötüye kullanımı gibi alışkanlıkların denetim altına alınıp bırakılmasında kolaylık sağlamaktadır (Weltzin vd., 1995).

Yeme bozuklukları için medikal tedaviden faydalanılsa da etkinliği kesin kanıtlanmış bir ilaç yoktur (Gürdal, 1999). Bozukluğa eşlik eden depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ile hezeyana benzeyen problemler

dolayısıyla antidepresan ve antipsikotik ilaçlar kullanılabilir (Aigner vd., 2011; Brewerton, 2012; Kraus vd., 1999; Mitchell, Roerig ve Steffen, 2013).

Yeme bozukluklarına sıklıkla affektif bozuklukların eşlik etmesi antidepresan kullanımının faydalı olacağını düşündürmüştür. Trisiklik antidepresanlar iştah açısı etkisi olduğu için anoreksikler üzerinde denenmiş, ancak ciddi yan etkileri dolayısıyla tartışmalı bulunmuştur (Mitchell, Roerig ve Steffen, 2013). Diğer taraftan serotonerjik antidepresanlar üzerinde çalışmalar yapılmış, obsesif semptomların azalmasında etkili olan fluoksetinin beden ağırlığı ve yemekle ilgili uğraşları azalttığı ve duygudurum değişikliklerine neden olduğu yönünde bulgular edinilmiştir (Gwirtsman vd., 1990). Bazı çalışmalar da fluoksetinin tedavi başlangıcındaki anoreksikler için fayda sağlamadığını ancak normal kiloya ulaşmış hastalar için relaps olasılığını azalttığını belirtmiştir (Attia vd.,1998). Ek olarak olanzapinin anksiyete, depresyon ve yeme bozukluğuyla ilgili semptomların yatışmasında etkinliği bulunmaktadır (Aigner vd., 2011; Brewerton, 2012; Mitchell, Roerig ve Steffen, 2013).

Bulimik hastalarla yapılan çalışmalar atipik depresyonda kullanılan MAOI'nın yeme ataklarının azalmasında etkili olduğu ancak yan etkileri açısından sorun oluşturduğunu göstermiştir (Walsh, Gladis ve Roose, 1988). Amitriptilin gibi iştah açıcı ilaçlar kilo alma korkusu olan hastalar için problem oluşturmaktadır (Mitchell, 2013).

Anoreksiklerde görülen bozulmuş beden algısı psikozdaki delüzyonel düşünce yapısına benzemektedir (Kraus vd., 1999). Buradan yola çıkarak antipsikotiklerin anoreksikler üzerindeki etkisinin incelendiği birçok çalışma yürütülmüş, ancak kilo kazanımına ilişkin ilerlemeye yol açtığına dair bulgu elde edilememiştir (McKnight ve Park, 2010).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde kullanılan SSRI antidepresanlarının tıkinma ataklarını baskılama nadiren de tamamen sonlandırma etkisinin olduğu ve kilo kaybı konusunda ılımlı düzeyde etkinlik gösterdiği bulunmuştur (Mitchell, 2013). Ayrıca tıkinma ataklarının azalmasında ve kilo kaybında opiramatin ve zonisamidin gibi antiepileptik ilaçlardan da faydalanılmaktadır.

Farmakolojik tedavinin yanı sıra Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), psikodinamik terapiler, motivasyonel terapi gibi bireysel psikoterapi teknikleri ile aile terapisi, grup terapisi gibi kişilerarası psikoterapi yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Ancak hangi terapi yaklaşımının daha etkili olduğu tartışma konusu olmuştur.

Bilişsel davranışçı terapinin (BDT) yeme bozukluklarındaki etkinliğini ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Agras vd., 1992; Waller vd., 2014). BDT ilk olarak bulimiya nervoza hastalarını tedavi etmek için Fairburn tarafından kullanılmış, daha sonra üzerinde çalışmalar yapılarak genişletilmiş ve G-BDT şeklinde güncellenmiştir (Oğur ve Taşkale, 2022). Terapide bedene ve besinlere yüklenen fazla anlamla çalışılır. Hastaların kendilik değeri büyük oranda yemek ve kilo üzerinden şekillendiği için patolojik düşünce yapıları incelenir. BDT Sayıla bulimiya ve tıknircasına yeme bozukluğu bulunan hastalarda tercih edilse de anoreksik hastalarda çarpık beden algısının düzelmesinde etkili olduğu ve kilo kazanımından sonra nüksleri azalttığı bildirilmiştir (Gürdal, 1999).

Bulimiya nervozada uygulanan BDT’de sağaltım genellikle üç aşamada yapılır (Fairburn, 1981). İlk aşamada tıknırma/çıkarma nöbetlerini azaltmak için haftada 2 ya da 3 kez görüşülür. Bu aşamada bireye hastalığı ve sonuçları hakkında psikoeğitim verilir, kendini izleme ve alternatif davranışlar geliştirmeye yönelik çalışılır. Sonraki aşamada affektler üzerine odaklanarak hastanın korku, endişe gibi duyguları ele alınır. Sağlıksız başa çıkma stratejileri davranışsal etkinlikler ve kognitif yaklaşımlar sayesinde sağlıklı olanlarıyla değiştirilir. Hastalar zamanla korktukları yiyecekleri beslenmelerine ekleme konusunda cesaretlendirilir. Son aşamada ise değişimin sürdürülmesi hedeflenmektedir. İşlevi olmayan şemaların, kusma, laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışların azalması beklenmektedir. BDT’nin genişletilmiş versiyonunda bozukluğu devam ettiren içsel faktörlerle beraber hastanın kısıtlama eğilimini ya da tıknırma/çıkarma ataklarını tetikleyebilecek dışsal etmenlerin üzerinde durulmaktadır. Bireyin aile çatışmaları, kişilerarası problemleri, duygu regülasyonu ve toleransı, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik bu kapsamda değerlendirilen hususlardır. G-BDT tedavisi alan hastalarla yapılan çalışmalar yeme bozukluğu, anksiyete ve

depresyon semptomlarında azalma olduğunu ve psikososyal işlevselliğin arttığını göstermektedir (Onslow vd., 2016; Signorini vd., 2018).

Yeme davranışını değiştirmeye yönelik davranışçı yaklaşımlar ve patolojik düşünce yapısına odaklanan kognitif terapiler dışında yapılandırılmış, süre açısından sınırlı ve kapalı grup terapileri (Hay ve Bacaltchuk, 2008) ve hastanın çatışmalarını anlaması açısından psikodrama faydalı olabilmektedir (Prosen, 2016).

Ergen veya ailesiyle beraber yaşayan gençlerde bozukluğun erken döneminde aileyi de içeren bir müdahale programı uygulamak değişimin devam etmesini kolaylaştırmaktadır (Treasure vd., 2015). Aile terapisinde güvensiz bağlanma, ayrılık anksiyetesi, ayrılma-bireyleşme ve otonomi kazanma konularında çalışılmaktadır (Wilson vd., 2007). Bununla beraber yeme bozuklukları tedavisinde psikodinamik terapilerin de fayda sağladığı görülmüş (Abbate-Daga, vd., 2016) ancak anoreksiyada aktarımın zor olması ve hastaların tedaviye isteksiz olması nedeniyle klasik psikanalitik terapiden yeterince faydalanılamadığı bildirilmiştir (Gürdal, 1999).

1.1.7. Yeme Bozukluklarını Açıklayan Psikolojik Yaklaşımlar

1.1.7.1. Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar

Davranışçı kurama göre tıkinma, stres yaratan durumlarda başvuru alan yetersiz bir başa çıkma stratejisi olarak görülmektedir. Yeme, içsel ve dışsal uyaranlara karşı kişide geçici bir rahatlama sağlamaktadır (Andersen ve Yager, 2005). Fiziksel görünüm, tat, ve duygu durumu koşullu uyarıcılar olup koşulsuz uyarıcı olan aşırı yemeyi tetiklemektedir. Koşullu uyarıcılar kişinin öznel olarak hissettiği yeme açlığı gibi fiziksel reaksiyona neden olmakta, bu da tıkinmayı getirmektedir (Maner ve Aydın, 2007). Öte yandan bulimiya nervozada görülen kusma, yeme sonrasında açığa çıkan anksiyeteyi yatıştırıcı bir etkiye sahiptir (Rosen vd., 1985). Kişi bunu bir kez deneyimledikten sonra öğrenmekte ve istemsizce kusma davranışını yinelemektedir. Kusmadığı takdirde kişide kilo alımı ve yemeye ilişkin kaygı artmaktadır.

2003 yılında Cooper ve arkadaşları tarafından bulimiyanın ortaya çıkması ve sürdürülmesine yönelik hususları içeren bilişsel bir model geliştirilmiştir. Erken dönem olumsuz yaşantılar ya da travmatik deneyimler kendiliğe yönelik olumsuz inançlara neden olmakta, kişi bunlarla baş edebilmek için bazı şemalar

geliştirmektedir. Örneğin, *diyet yaparsam ya da kilo verirsem hem kendim hem de çevremdekiler tarafından daha çok değer ve kabul görürüm* inancı en sık rastlanan düşünce kalıplarındandır. Bu düşüncelerin olumsuz karşılıkları da bulunmakta, kişi kilo alırsa yeterince değer görmeyeceğini ya da sevilmeceğini düşünmektedir. Bu inanç kalıpları aile, akran grubu ya da medya aracılığıyla şekillenmekte, kişinin fiziksel görünümü ya da beslenme biçimine ilişkin çevresinden aldığı olumsuz bir yorum tarafından hemen tetiklenebilmektedir. Bu düşünceler kişide rahatsızlık ya da suçluluk gibi olumsuz duygulara yol açmaktadır. Bulimik hasta bir taraftan yemeğin kontrol etmekte zorlandığı olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etmekte yardımcı olacağını düşünürken diğer taraftan yemenin getirdiği şişmanlama korkusu onu tedirgin etmekte ve bu korkuyu yenemediğinde kusma eylemi ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra bulimik hasta yiyeceğin hayatını kontrol ettiği, yemeye başlarsa kontrolü kaybedip kendini durduramayacağına ilişkin kontrol dışı olma düşüncelerine sahiptir (Maner ve Aydın, 2007).

Bilişsel davranışçı yaklaşımlara bakıldığında; Fairburn'e (1989) göre düşük kendilik saygısı ve bedenle aşırı ilgilenme kişiyi diyet gibi kısıtlayıcı davranışlara yöneltmekte, bu da tıkinmayı tetiklemekte, ardından kusma, müshil ya da idrar söktürücü kullanımı gibi uygunsuz ödünleyici davranışlar ortaya çıkmaktadır. Hastalar mükemmeliyetçi ve dikotom düşünce yapısına sahiptir ve ödünleyici davranışlara tıkinma sonrası ortaya çıkan olumsuz duyguları bertaraf etmek için başvurmaktadır (Fairburn, 1997).

1.1.7.2. Psikodinamik Açıklamalar

Psikoseksüel gelişim kuramına göre Freud, besin alımında karşılaşılan güçlüğü oral fiksasyon ile ilişkilendirmiş ve yeme davranışını cinsellikle eş görmüştür (Maner ve Aydın, 2007). Freud'a göre gelişimin her bir adımında yaşanan aksaklık hayatın sonraki evrelerinde kendini göstermektedir. Oral dönemde, bebek emme aracılığıyla cinsel hazzı deneyimler. Bu evrede yaşanan aksaklıklar ilerleyen süreçlerde içsel çatışmaların bir uzantısı olarak farklı şekillerde kendini gösterir. Anoreksiyadaki besin alımını reddetme ya da tıkinırcasına yeme bozukluğundaki fazla besin alımı bu yollardan bir tanesidir. Bununla beraber bulimiyadaki tıkinma kusma döngüsü, ağız yoluyla gebe kalma korkuları ile bir nevi baş etme yöntemidir. Freud ve Abraham gibi

psikanalistler tarafından savunulan bu görüŖe göre bulimiyada kiŖi tıkınarak ağız yoluyla doyumsuz bir haz yaşamakta ancak ardından gebe kalma korkusunun yol açtığı anksiyeteyi ortadan kaldırmak için kendini kusturmaktadır. Diğery taraftan Freud, ergenlik dönemindeki kızlarda anoreksiya gelişimini, açığa çıkan cinsel uyarılmanın histerik biçimde ifadesi olarak belirtmiştir (Caparrotta ve Ghaffari, 2006). Kızı Anna Freud da (1946) ergenlerde yeme bozukluklarını açıklarken oral ambivalansa dikkat çekerek genital öncesi ve genital dönem itki ve fantezileri arasında sıkışan ergenin bir yandan oral yolla gebe kalma fantezileri taşırken diğery yandan fobik biçimde kendini yiyecekten alıkoyduğunu ifade etmiştir.

Rose (1943) ise oral yolla gebe korkuları yerine, anoreksiyayı büyüme ve değıŖime karşı geliştirilen bir direnç olarak görmüştür. Benzer şekilde Sandler (1989) anoreksiyanın ödipal dönemde beliren feminen özelliklere karşı savunma biçimi olduğunu ve kişiyi ergenliğe ulaşmamış, menstrüel döngüye sahip olmayan kız çocuğı konumunda tuttuğunu belirtmektedir.

Ego psikolojisine göre id ve süperego arasındaki çatışma dolayısıyla açığa çıkan anksiyeteyi yatıştırmak için ego birtakım savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Freud ve Breuer, anoreksik semptomların travma yaşantısı neticesinde hissedilen yoğun stres tepkisinin ifade edilerek çözümlenememesi sonucu geliştiğini belirtmiştir. Bu bağlamda tıknırcasına yeme içsel çatışmaların yol açtığı huzursuzluğu tolere edememe nedeniyle başvuru olan bir yoldur (Maner ve Aydın, 2007).

Nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi açısından bakıldığında; Klein'ın teorisine göre bebek kendinde hakim olan agresyona bağılı olarak annenin memesiyle sadistik biçimde ilişkilenebilir ve onu yok etme arzusu duymaktadır (Mitchell, 1981). Memeye bilinçdışında yoğun biçimde duyulan kıskançlık oral agresyonla, dışarıdan bakıldığında bebeğın annesiyle yaşadığı gözlemlenebilir beslenme zorluğu ile ifade edilmektedir (Caparrotta ve Ghaffari, 2006). Winnicott'un ego, nesne ve dışsal çevre ile anne bebek etkileşimine dayalı kuramına gelindiğinde, yeme bozuklukları çocuğın kendini güvende hissederek kimlik kazanabileceğı kucaklayıcı çevrenin sağlanamaması sonucu oluşmaktadır. Anoreksik hastaların iyi nesne ile kurduğı ilişkinin onu reddetmek ve reddetme yoluyla onu tekrar yaratmak olduğunu ifade eden

Winnicot, anoreksiklerin tedavi süreçlerinin zorlu olmasını ve tedaviye devam etmeyerek yarıda kesmelerini bununla ilişkilendirmiştir (O'Brien, 2010). Anne kız etkileşiminin yeme bozukluklarını anlamada önemli olduğunu ifade eden Selvini Palazzoli'ye göre ise anoreksik hasta bedenini tehdit olarak görmektedir. Çünkü bedenini kendine hükmederek pasif kılmaya çalışan (anneyle ilgili) kötü nesne konumuna koymaktadır. Bu nedenle ego beden bünyesindeki kötü nesneyi idare etmekte güçlük yaşamaktadır. Ergenlik döneminde bedeni kontrol eden ve kimliği belirleyen ego bölümleri arasında bölünme gerçekleşmekte ve kötü nesne bastırılmaktadır. Bu şekilde açığa çıkan çarpık beden, kendilik ve nesne temsilleri anoreksik semptomlarla ifade edilmektedir. Kendini aç bırakma, bir nevi kadın cinselliğine tepki oluşturarak anneyle kurulan özdeşimi azaltma ya da çözme girişimi; kilo alma korkusunu içeren bozulmuş beden imajı ise kötü nesne ile bağdaştırılan bedenin sinyallerini ve ihtiyaçlarını tanımakta başarısızlık olarak düşünülmüştür (Caparrotta ve Ghaffari, 2006). Mahler'in teorisinden yola çıkan Masterson da yeme bozukluklarını açıklarken ayrışma-bireyleşme evresindeki gelişimsel tutukluğa dikkat çekmiş, anoreksik hastanın hem ayrılığa karşı düşmanlık, reddeden ve kısıtlayıcı tutumları yansıtan ve kendine suçlu, kötü hissettiren hem de ödüllendirici ve destekleyici olup kendine uyumlu ve iyi hissettiren anneyle ilgili temsilleri bir arada barındırdığını, ikiye bölünmüş kendilik ve nesne temsilleri dolayısıyla olgun nesne temsillerine ulaşamadığını belirtmiştir (Horne ve Gallen, 2018).

Kendilik psikolojisi okulundan Kohut ve Goodsitt, yeme bozukluklarını gelişim sürecinde annenin eksik empatik aynalaması ve idealizasyonu ile ilişkili görmüştür. Bu eksikliği yaşayan çocuk ayrışma sürecinde başarılı olamamakta, bu nedenle kendiliğin bir bütünlük içerisinde düzenlenmesi ve sürdürülmesi engellenmekte, birey kendi bedenini kontrol edecek özgüvene sahip olamamaktadır. Bunun sonucu olarak kişi, dışarıdan gelebilecek baş edilmesi zor müdahaleler karşısında kendilik bütünlüğü olmayan, bedensel açıdan çaresiz ve kontrol dışı durumda kalmaktadır. Yeme bozukluğu olan ergenlerde görülen bedensel ve duygusal değişimler, kişiyi bireyselleştirerek kendine yeten bir birey olmasına engel olacak bir tehdit olarak algılanmakta ve kişi yeme bozukluğu semptomları yoluyla ayrışmayı

engelliyerek ergenlikten önceki beden şekline geri dönmektedir (Caparrotta ve Ghaffari, 2006; Goodsitt, 1983).

Yeme bozuklukları incelenirken bu bozukluğun gelişiminde ve sürdürülmesinde riskli görülen bozulmuş yeme tutumlarının da ele alınması önemlidir (Garner ve Garfinkel, 1979). Bu bağlamda bilhassa tıknırcasına yeme atakları ile ilişkisinden dolayı duygusal yemeye yer verilecektir.

1.2. DUYGUSAL YEME

Duygusal ya da emosyonel yeme, bozulmuş yeme tutumu kapsamında değerlendirilen ve daha çok öfke, üzüntü, korku gibi olumsuz duygularla başa çıkmak için gerçekleşen yeme eylemidir (Ganley, 1989). Duygusal yeme için tanılanmış herhangi bir DSM kriteri bulunmamaktadır. Obez bireylerde, yeme bozukluğu bulunan kadınlarda, normal kiloda olup diyet yapan kişilerde yaygınlığı bildirilmiştir (Bekker, Meerendonk ve Mollerus, 2004; Polivy, Herman ve McFarlane, 1994). Duygusal yemenin obezite ile güçlü ilişkisi saptanmış, kilo kazanımında etkili olabileceği öne sürülmüştür (Lazarevich vd., 2016). Genelde evde ya da kimsenin olmadığı bir ortamda gizlice yapılmakta, öğün vakitleri yerine daha çok öğün aralarında atıştırma şeklinde gerçekleşmektedir (Macht, 2008).

Duyguların yeme davranışı üzerindeki etkisi birçok çalışmada ortaya konmuştur. Örneğin olumlu duygular bireyi sağlıklı ve az miktarda gıda alımı yönünde tercih yapmaya iterken olumsuz duygular zararlı yiyeceklere yöneltebilmektedir (Lyman, 1982). Bazı çalışmalara göre öfke ve neşe gıda alımında artışa neden olurken korku ve mutsuzluk daha az aç hissetmeye neden olmaktadır (Economy, 2013; Herman vd., 1987). Öfke esnasında kişi dürtüsel biçimde önüne ne gelirse yer halde olabilirken mutluluk esnasında yemenin sağlık ve lezzet boyutuna daha fazla önem verebilmektedir. Başka bir çalışmaya göre ise depresyon ve yorgunluğun gıda alımını artırırken korku, gerilim ve ağrı gibi emosyonların iştahı azalttığı belirtilmektedir (Macht, 1999). Diğer taraftan yemek kişide haz ve ödül sistemini aktive ettiği için kişide iyilik hali oluşabilmektedir. Yemenin anksiyete gibi olumsuz duyguları ne şekilde azalttığına yönelik net bir bilgi olmamasına karşın protein ve karbonhidrat

tüketiminin beyinde serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterleri aktive ettiği yönünde bulgular mevcuttur (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Emosyonel yeme bir bakıma olumsuz duygularla uygunsuz biçimde baş etme yöntemi olarak görülebilir. Bu konuda ileri sürülen kaçış teorisine göre duygusal yeme davranışı gösteren kişi kendiyile ilgili farkındalık yaratacak ve egoda çatışma oluşturabilecek olumsuz durumla baş edebilmek için yemek gibi dışsal bir uyarıya dikkati başka tarafa çekmeye çalışmaktadır (Wallis, 2004). Olumsuz uyarılar karşısında yemeye başvurarak odağı sıkıntı hissettiren duygulardan başka tarafa çekme stratejisi yeme bozukluklarıyla da ilişkili bulunmuştur (Lindeman ve Stark, 2001). Spoor ve arkadaşları (2007) tarafından negatif duygulanım, başa çıkma stratejileri ve duygusal yeme üzerine yapılan bir çalışmada duygu odaklı baş etme stratejisi olarak hem yeme bozukluğu tanısı olan hem de olmayan kadınların duygusal yeme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir.

Duygusal yeme bilinçli ya da bilinçsiz olarak gerçekleşebilir. Kişi negatif etki uyandıran durumlarda yemeye yöneldiğinin farkında olabileceği gibi aleksitimi gibi duyguların tanımlanamadığı durumlarda yeme davranışı refleksif olarak gerçekleşir (Da Ros, 2011). Burada yeme eylemi otomatik olarak ortaya çıkar. Öğrenme kuramına göre emosyonel yiyecekler hayatlarının önceki dönemlerinde nötral duygudurumları esnasında beslenme ile anksiyöz durumlardan kaçınmayı öğrendikleri için anksiyeteyi yatıştırmak adına kompulsif yeme davranışları gösterebilir (Ruderman, 1983). Bruch'a göre (1997) açlık hissi öğrenilebilen de bir olgudur. Hatalı ve kafa karıştırıcı erken dönem yaşantıları yanlış açlık farkındalığına neden olabilir. Bu şekilde kişi besin alım arzusunu olumsuz duygulardan ayırt etmekte zorlanarak emosyonel yeme davranışı geliştirebilir.

Psikosomatik teoriye göre duygusal yeme davranışı gösteren obez kişilerin duyguları tanımadaki becerisi zayıftır (Ouwens, 2003). Bu kişilerde iştah durumu açlık tokluk hislerine bağlı olarak değil de duygulara göre şekillenir. Schachter'e göre ise obezlerde korku ve anksiyetenin normal kişilerde bıraktığı açlığı yatıştırıcı etki görülmemekte, içsel uyarılara karşı bu denli tepkisiz kalmak yemeyi başlatma ve bitirmede dışsal bir uyarıya ihtiyacı gerekli kılmaktadır (Schachter, Goldman ve Gordon, 1968).

Duygusal yemenin tıknırcasına yeme dışında diyet yapma gibi besin alımında kısıtlamayla da ilişkisi bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre sürekli diyet yapan kişilerin anksiyete ile karşılaştıklarında yiyecek tüketimini artırdığı bulunmuştur (Poliv vd., 1994).

Duygusal yemeyi açıklayan yaklaşımların bir bölümü yeme bozukluklarında olduğu gibi erken dönem travma deneyimlerinin ve olumsuz yaşam olaylarının önemine dikkat çekmektedir (Goossens vd., 2008; Jaite vd., 2012; Moulton vd., 2015; Roesler ve McKenzie, 1994). Çocukluk döneminde maruz kalınan yoğun stresle baş etmekte zorlanan bireyin yaşamın sonraki evrelerinde benzer durumla karşılaştığında duygu toleransındaki zayıflığa ve duygu düzenleme güçlüğüne bağlı olarak yemekle ilişkili sağlıklı olmayan başa çıkma stratejileri geliştirebileceği fikri ileri sürülmüştür (Balkan ve Şahin, 2016).

1.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI

Travma zaman içerisinde birçok tartışmaya konu olmuş, hem fiziksel hem de psikolojik boyutu olan geniş bir kavramdır. Genel itibariyle bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü sarsan, zedeleyen ve mücadele gerektiren olaylardır (Özen, 2019). Deprem, sel, kuraklık gibi doğal felaketler, savaş, terörizm, yerinden edilme gibi politik şiddet ya da cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal gibi kişiler arası ilişkilere bağlı gelişen durumlar travma kapsamında değerlendirilir (Altınöz ve Kaptanoğlu, 2018). Travmaya bağlı olarak kişide yoğun korku ve çaresizlik duyguları hakim olmakta, uzun vadede kişinin duygu ve düşünceleri olayın etkisinden sıyrılamamaktadır.

Travmanın tıp literatüründeki anlamı birçok yerde bedene dışarıdan gelen zararlı müdahaledir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2010). 19. ve 20. yüzyılda travma alanında yapılan çalışmalar travmanın toplumsal açıdan ele alındığını, bireysel ölçekte incelenmediğini göstermektedir. Yaşanan savaş ya da politik süreçler travmanın psikolojik tarafına dikkat çekmiş, akabinde travma kavramı bugünkü kullanımına en yakın biçimde travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tanımlanmasıyla beraber DSM-3' te yer almıştır (Özen, 2019).

DSM-5'te Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu başlığı altında travmatik (örseleyici) olaylara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre örseleyici olay kapsamında “gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğramış olma” ele alınmış, kişinin “doğrudan örseleyici olayı yaşamaması ya da buna tanıklık etmesi, aileden bir yakınının ya da bir arkadaşının başına gelen kaba güçle ya da kaza sonucu gerçekleşen ölüm gibi örseleyici bir olayın öğrenilmesi ve bu örseleyici olayların ayrıntıları ile yineleyici biçimde aşırı düzeyde maruz kalınması” TSSB'ye neden olan unsurlar olarak ifade edilmiştir (APB, 2013).

Travmatik deneyimler bireyin yaşantısını birçok alanda olumsuz etkilemektedir. Evrensel bir problem olması ve etkilerinin erişkinlik döneminde çeşitli psikopatolojiler ve sosyal işlev bozuklukları ile devam etmesi bakımından çocukluk çağı ruhsal travmaları, birçok araştırmaya konu olmaktadır (Helvacı-Çelik ve Hocaoğlu, 2018). Çocukluk çağında deneyimlenen travmaların bu denli etkili olması, yetişkinlikteki gelişmiş psikolojik savunmalar çocuklukta henüz oluşum aşamasında olduğu için karşılaşılan güçlüklerle mücadele gücünün zayıf olması ile ilişkilendirilmektedir (Meneguzzo, 2021).

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, bakım veren-çocuk ilişki örüntüsünün zararlı etkileşimleri içermesiyle karakterize olup istismar ve ihmal kapsamında değerlendirilir (Dvir vd., 2014). Çocuk istismarında ve ihmali, çocuğun bakımını üstlenen annesi, babası ya da bakıcısı gibi yetişkin biri tarafından gerçekleştirilen; çocukta fiziksel, ruhsal, bilişsel ya da sosyal alanlarda hasara yol açarak çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen ve tahribata yol açtığı profesyoneller ve toplumsal normlar tarafından onaylanmış tutumlar söz konusudur (Taner ve Gökler, 2004). İstismar bakım verenin kasıtlı biçimde çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda gelişimini örseleyen önlenemez davranışlarıdır (Polat, 2007). Aktif bir eylemdir. İstismarın gerçekleştiği toplumun kültürel değerleri dışında kalması ve uzman bir kişi tarafından bu yönde kabul edilmesi gerekmektedir. İhmal ise kabaca çocuğun temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasına yönelik pasif bir eylem biçimidir (Helvacı-Çelik ve Hocaoğlu, 2018).

Çocuk istismarı dünya genelinde yaygın bir problem olmasına karşın tespiti kolay olamamaktadır. İçinde bulunulan kültürel, ekonomik, sosyal koşullara göre travmanın çeşidi ve tespit edilen oranlar farklılaşmaktadır (WHO, 2002). Türkiye'deki çocuk istismar oranı %10-53 aralığında değişmektedir (Yılmaz, 2009). Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fonunun (UNICEF) 2010 yılı raporuna göre Türkiye'de 7-18 yaş aralığındaki çocuklarda %56 oranında fiziksel istismar, %49 oranında duygusal istismar, %10 oranında cinsel istismar ve %25 oranında duygusal/fiziksel ihmal öyküsüne rastlanmıştır. Dereboy ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarının üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığının %31,3 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada travma yaşantısı bildiren katılımcıların çoğunun alt gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Çocukluk çağı ruhsal travmaları için risk faktörleri incelendiğinde, ailesel, toplumsal ve bireysel faktörlerin birlikte rol aldığı görülmektedir. Düşük sosyoekonomik statü, işsizlik, suç oranının yüksek olması, sağlık hizmetlerinin yetersizliği bildirilen yaygın toplumsal etmenlerdir (Polat, 2000). Diğer taraftan ebeveynde istismar öyküsünün bulunması, genç yaşta evlilik, eğitim seviyesi düşük anne babalar, aile içi iletişim problemleri, şiddet, çok çocuklu bir ailede olmak, istenmeyen gebelik, anne ve babada kişilik bozuklukları, depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı aile ile ilişkili faktörlerdir (Deveci ve Açıık, 2003; Stier,1993). Prematüre doğma, kronik rahatsızlıklar, fiziksel ya da zihinsel engelin bulunması, hiperaktivite ise çocuğa ilişkin bireysel faktörlerdir (Devlin vd., 1994).

Çocukluk çağı ruhsal travmalarının alt başlıkları istismar ve ihmal kapsamında incelenmektedir. Çocuk istismarı fiziksel, duygusal ve cinsel olmak üzere üç gruba, çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Topbaş, 2004).

1.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismarda çocuğun bir yetişkin tarafından kaza dışı olmak suretle fiziksel sağlığını bozacak boyutta zarar görmesi söz konusudur (Dereboy vd., 2018;

Kulaksızoğlu, 2001). İstismarcı, çocuğun bakım vereni olabileceği gibi başka kişiler de olabilir. Eylem ya gizli ya açık olarak gerçekleştirilir (Glaser, 2002). Tokat, tekme, itip kakma, çimdikleme gibi direkt temas kurularak ya da kemer, kayış, hortum, ev eşyaları gibi nesnelere, sıcak yiyecek ve içecekler kullanılarak çocuğu dövmek ve hırpalamak yaygın rastlanan biçimleridir. Maruz kalınan fiziksel şiddete bağlı olarak yüz, kol ve sırt başta olmak üzere vücudun birçok bölümünde yara, kırık, yanık ve lezyonlar oluşmaktadır (Polat, 2005).

Diğer taraftan fiziksel şiddet, istismarı yapan ebeveyn/ler tarafından çoğunlukla gizlenmektedir. Ancak yapılan tıbbi muayeneler neticesinde istismara ilişin ipuçları bulunabilmektedir.

1.3.2. Duygusal İstismar

İstismarcı bakımı üstlenen kişidir ve eylem dışarıdan gözlemlenebilir (Glaser, 2002). Aşağılama, kk düşürücü yorumlarda bulunma, reddetme, tehdit etme gibi sözel şiddet unsurlarıyla beraber dşmancıl tavırlar sergileme, çocuktan karşılayamayacağı boyutta taleplerde bulunma, onu yasa dışı işler için kullanma, uygunsuz davranışlara yönelme, eve kapatılarak izole etme, akranları ve yetişkinlerle iletişim kurmasını engelleme gibi davranış biçimlerini içermektedir (Dereboy vd., 2018; Polat, 2017). ocuğu kafa karıştırıcı travmatik olaylara ya da aile içi şiddete maruz bırakmak da diğer duygusal istismar çeşitleridir. Ne yazık ki bu tarz muamelelere maruz bırakılan çocukların bir çoğu sözel şiddet yoluyla üzerlerine giydirilen olumsuz atıfları yetişkinlik dönemlerinde tamamen benimsemiş ve ielleştirmiş olmaktadır (Yargıç vd., 2011).

Birçok vakada diğer istismar türleri ile beraber görülmektedir. Özellikle cinsel ve fiziksel istismar, duygusal istismarı da kapsamaktadır (Polat, 2017). Ancak duygusal istismarda, fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi vücutta fiziksel bulgular yoktur.

1.3.3. Cinsel İstismar

18 yaşından kk ocuk ya da ergenin kendinden en az beş yaş büyük biri tarafından tehdit ya da fiziksel g yoluyla cinsel amaçla kullanılmasıdır (Topbaş,

2004). İstismarcı birincil bakım veren olabileceği gibi genellikle başka biridir ve eylem gizli gerçekleştirilir (Glaser, 2002).

Hem temas içeren hem de temas içermeyen davranışlardan oluşabilir. Cinsel penetrasyon, dokunma, interfemoral ilişki temaslı eylemlerdir (Aktepe, 2009). Temassız biçimleri ise istismarcının çocuğa cinsel organını gösterdiği ya da yanında mastürbasyon yaptığı teşhircilik ve çocuğu soyunukken gizli ya alenen izlemek gibi röntgencilik eylemlerini içermektedir.

Cinsel sömürü ile özellikle evlerinden kaçan çocuklarda sık rastlanan çocuk fuhuşu cinsel istismarın diğer formlarıdır (Polat, 2005). Cinsel sömürde çocukla doğrudan cinsel temas kurmadan parasal kazanç elde etme söz konusudur. İstismarcı çocuk görüntülerini ya da videolarını içeren pornografik yayınları özel kullanımı için ayırabileceği gibi pazarlama yolunu da seçebilmektedir.

Cinsel istismar kapsamında ele alınan ensest ilişki biçimi istismarın en ağır şekillerinden biridir. Ensest kısaca hukuken evlenmesine izin verilmeyen iki kişi arasında gerçekleşen cinsel ilişkidir (Genç, 2013). Hem aile ilişkileri açısından hem de toplumsal bağlamda uygun görülmemesi, ensestin diğer cinsel istismar türlerine göre aydınlatılmasını güçleştirmekte ve kurban rolündeki çocukta hem fiziksel hem de psikolojik açıdan etkileri ömür boyu sürebilecek hasarlara neden olmaktadır (Şahin vd., 2012). Ensest ilişki ailenin parçalanması korkusu ve toplumsal bir tabu olması dolayısıyla gizli tutulmakta ve istismar yıllarca sürebilmektedir. Ensestte istismarcı sıklıkla baba, kurban ise kız çocuğudur. İstismar edilen erkek çocukları fazla olsa da bildirilmediği düşünülmektedir (Aktepe, 2009). Ensest ilişkide risk faktörleri olarak babada alkol kullanımı, annenin geç çalışma saatleri dolayısıyla çocuklarının bakımının babanın ya da üvey babanın üstlenmesi, annenin hasta olması ya da evi terk etmesi, çocuğun yetişkinlerle aynı odayı paylaşması, ailede psikiyatrik rahatsızlık bulunması, kız çocukları için 6-8 yaş aralığında bulunmak ve babadan ayrı yaşıyor olmak, çocukta zihinsel geriliğin olması gibi durum ve nitelikler belirtilmektedir (Helvacı-Çelik ve Hocaoğlu, 2018).

Cinsel istismar vakalarında çocuk yaşanan durumu kendi hatası olarak görebilir ve suçluluk duyabilir. Özellikle ensest ilişkide olay ortaya çıkarsa ailenin

dağılmasından sorumlu olacağı düşüncesi, diğerleri tarafından suçlanma, alay edilme, dışlanma korkusu çocukta ciddi psikolojik sorunlara yol açabilir (Balkan ve Şahin, 2016).

1.3.4. Fiziksel İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişinin çocuğun fiziksel ihtiyaçlarını karşılamamasıdır (Polat, 2017). Çocuğun beslenme, bakım, koruma, eğitim gibi fiziksel ihtiyaçlarının giderilmemesi, sağlık hizmetlerinden faydalandırılmaması, evden kovulması gibi durumlar fiziksel ihmal kapsamındadır (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2018). Çocuğun zararlı maddelerle maruz kalmasını engellememe, çocuğu yeterince korumama, denetlememe, hijyenini sağlamayarak hasta olmasına yol açma gibi hususlar ihmalin diğer boyutlarıdır. Fiziksel ihmal çoğu zaman duygusal ihmalle beraber gitmekte (Barnett, Manly ve Cicchetti, 1993), ihmal edilmiş çocuklarda duygusal sorunların yanı sıra, bilişsel zayıflık, akademik sorunlar, sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve içe atım sorunları gelişebilmektedir (Bifulco, vd., 2002).

1.3.5. Duygusal İhmal

Çocuğun sevgi, ilgi, destek, bağ kurma gibi emosyonel ihtiyaçlarının giderilememesi, duygusal yakınlıktan mahrum bırakılması, cinsel istismarın önlenmemesi davranış biçimlerini içerir (Aral, 2001). Çocuğu yeterli bilişsel uyarandan yoksun bırakmak, onunla yeterince konuşmamak, çocuğun yeni şeyler tecrübe edip öğrenmesine ve diğer insanlarla etkileşim kurarak psikososyal gelişimini tamamlamasına engel olmak duygusal ihmalin diğer formlarıdır. İstismarcı bakım veren kişidir ve eylem gözlemlenebilir (Glaser, 2002). Duygusal ihmalde ulaşılamazlık ve sorumluluk almama söz konusudur (Glaser, 1993). Bu tutumlar bakım veren kişinin duyarsızlığıyla ilişkilidir. Bakımı üstelenen kişiler psikolojik rahatsızlıklar, madde kullanımı ya da ağır gelen iş yükü gibi kendileriyle ilgili güçlük yaşadıkları başka meselelerle meşgul iken çocuğun duygusal ihtiyaçları için yetersiz ya da ulaşılamaz olmaktadır.

Duygusal ihmalde bakım verenin çocuğun gelişimiyle alakalı disiplinler bilgilerden yoksun olduğu ve büyük oranda benzer muamelelere kendi çocukluğunda maruz kaldığı fikri ileri sürülmektedir (Glaser, 2002). Başka bir anlatımla bakım

verenin çocukla kurduğu etkileşim zarar verici olsa da bunun hatalı hareket etme, bilinçsizlik ve düşüncesizlikten ileri geldiği belirtilmektedir.

1.3.6. Travmayla İlişkili Psikiyatrik Rahatsızlıklar

Travmanın çocuk üzerindeki etkisi istismarcı ile kurulan ilişkiye, travmanın çeşidine, süresine ve şiddetine göre şekillenebileceği gibi çocuğun yaşı, fiziksel ve psikolojik gelişim seviyesine göre farklılaşmaktadır (Aktepe, 2009; Meneguzzo vd., 2021). Travma sonrasında fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal bakımdan alışıktan olmayan tepkiler açığa çıkmakta; ilerleyen süreçlerde çocuğun duyguları anlayıp tanımlamasında, olumsuz duygularla baş edebilmesinde ve sağlıklı bir kendilik algısı geliştirmesinde güçlükler neden olmaktadır (Dereboy vd., 2018).

Çocukluk çağı ruhsal travmaları birçok psikiyatrik rahatsızlık ile ilişkili bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, alkol/madde kullanım bozuklukları, özkıyım ve cinsel işlev bozukluğu en yaygın bildirilenlerdir (Balkan ve Şahin, 2016; Bülbül vd., 2013; Zoroğlu, vd., 2001).

Çocukluk dönemindeki fiziksel ve duygusal istismar öyküsü yetişkinlik dönemindeki kendine zarar verme davranışları ve intihar ile ilişkili bulunmuştur (Yargıç vd., 2011). Bipolar bozukluk, depresyon ve şizofreni tanısı alan hastalarda fiziksel ve duygusal ihmal öyküsüne rastlanmaktadır (Helvacı Çelik ve Hocaoğlu, 2018). Cinsel istismarın uzun dönem etkileri olarak travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kötüye kullanımı, özkıyım, cinsel işlev bozuklukları, dürtü kontrol sorunları ve yeme bozuklukları görülebilmektedir (Aktepe, 2009). Cinsel taciz öyküsünün yeme bozuklukları ile ilişkisini ortaya koyan bir çalışmada (Balkan ve Şahin, 2016) travmanın getirdiği öfke, korku, üzüntü gibi olumsuz duygularla başa çıkmakta zorlanan kişinin bu duyguları bastırarak yemekle ilgili uğraşlara döndürdüğü ifade edilmektedir. Duygusal istismar öyküsü bulunan bireylerde ise sonraki dönemlerde duygu düzenleme güçlüğüne bağlı olarak duygusal yeme atakları ve yeme bozuklukları gelişebilmektedir (Burns vd., 2012; Michopoulos vd., 2015; Rosmond, 2004).

Travma ve yeme bozukluğu ilişkisini açıklayan bazı yaklaşımlara göre tıknama atakları esnasında görülen kontrol dışı olma durumu, travmaya bağlı gelişen disosiyatif belirtiler ile açıklamakta ve disosiyasyonun aracı rolü üstlendiği belirtilmektedir (La Mela vd., 2010; Thorney vd., 2016; Vanderlinden vd., 1991).

1.4. DİSOSİYASYON

Disosiyasyon kelime anlamı olarak dağılma, çözülme, ayrışma anlamlarına gelmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018). Bilinç, bellek ve kimlik bütünlüğünün travma gibi güçlü etki yaratan durumlarla karşılaşıldığında bozulması şeklinde tariflenebilir (Derin ve Öztürk, 2018). Disosiyasyon kavramını ilk kez Pierre Janet histerik nevroz ifadesiyle kullanmıştır (Vanderlinden vd., 1992). Histerik nevrozlarda inanç, istek, anı ve duyguların belli durumlara bağlı olarak zayıflamış bilinçten ayrışması yani bilincin bir süre kendini dış uyarılara kapatarak egonun çatışma halini yatıştırma çabası söz konusudur (Janet, 1907). Histerik nevroz günümüzde yerini disosiyasyon ve konversiyon kavramlarına bırakmıştır.

Disosiyasyonun travma gibi üstesinden gelmekte zorlanılan olaylara karşı geliştirilen bir savunma mekanizması olduğunu ileri süren görüşe göre normal psikobiyolojik baş etme stratejilerinin keşfedildiği durumlarda disosiyasyon belirtileri açığa çıkmaktadır (Spiegel vd., 2011). Kişi karşılaşılan durumla bilinçli halde baş etmekte güçlük yaşamakta, kendi de dahil olmak üzere gerçeklikten koparak hissedilen yoğun çaresizlik ve acı durumlarından uzaklaşmaktadır. Bu şekilde disosiyasyon tepkisi, kendilikle ağır psikolojik etkiler uyandıran travma hafızası arasında kopuşu sağlamaktadır (Spiegel, 1986).

Disosiyasyonla ilgili etiyolojik çalışmalar incelendiğinde, disosiyasyonun genetik özellikler, erken gelişimsel bozukluklar, mizaç özellikleri (Butler vd., 1996) ve savunma düzenekleri henüz oluşum aşamasında olan çocukluk çağında deneyimlenen aile içi şiddet, fiziksel/cinsel/duygusal travmalar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Derin ve Öztürk, 2018; Kulacaoğlu vd., 2017). Disosiyatif amnezisi olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda cinsel ve fiziksel istismar öyküsünün yaygınlığı dikkat çekmiştir (Chandara ve Malla, 1989; Grave vd., 1996). Travma deneyimi arttıkça disosiyasyon tepkisi şiddetlenmektedir (Zoroğlu vd., 2001). Karşılaşılan

travmatik olaylar karşısında yoğun duygulanım içerisinde boğulan çocuk, bu duygularla nasıl başa çıkacağını bilememekte, trans olabilme yatkınlığına göre disosiyatif duruma geçerek olayın acı verici hatıralarını bilinç düzeyinden uzaklaştırmaktadır (Putnam, 1989). Putnam'ın sunduğu modele göre bebeklikten yetişkinliğe kadar entegrasyonu tamamlanmaya devam eden duygu ve davranış örüntüsü nedeniyle çocuklar yetişkinlere göre daha kolay disosiye olabilmektedir. Eğer çocuk yeterli duygusal desteğe sahip olamazsa, tekrarlayan istismar olaylarına karşı geliştirdiği disosiyasyon mekanizmasını sürdürebilmekte, bu da varsa alter kimlikleri daha güçlü ve kompleks bir hale getirmektedir (Irwin, 1999; Oltmanns vd., 2018).

Disosiyatif fenomenler bir spektrum olarak incelenmektedir (Mulder vd., 1998). Birçok insan normal yaşantıda dalgınlık, hayal kurma, unutkanlık gibi patolojik olmayan disosiyatif belirtiler gösterebilir (Çelikel, 2007). Bununla beraber travma ve yoğun strese karşı savunma olarak geliştirilip ardından kronikleşerek kişinin hayatını birçok alanda olumsuz etkileyecek formları da bulunmaktadır. Bu açıdan disosiyasyon, patolojik olan ve olmayan şeklinde ayrılmaktadır.

1.4.1. Disosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması

DSM-5'te disosiyatif nöbetler, disosiyatif kimlik bozukluğu, disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ, depersonalizasyon, derealizasyon gibi patolojik boyutta disosiyasyon türleri yer almaktadır (APB, 2013). Belli bir disosiyatif bozukluk kümesi içerisinde yer almayan ancak işlevselliği etkileyen diğer disosiyatif yaşantılar ise tanımlanmış diğer bir disosiyatif bozukluk ve tanımlanmamış disosiyatif bozukluk başlıkları altında toplanmıştır. En ağır ve üzerinde en çok çalışılan formu disosiyatif kimlik bozukluğudur (Şar, 1998).

1.4.1.1. Disosiyatif (Konversif) Nöbetler

DSM-5'te somatik semptom ve ilişkili bozukluklar kategorisinde tanımlanan konversiyon bozukluğudur (APB, 2013). Konversif bayılmalar organik bir nedene bağlı olmaksızın, travma gibi güçlü bir stresöre karşı bilişsel süreçlerin geçici bir süre kapanması durumudur (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018). Disosiyatif bayılmalarda biliş kaybına ek olarak bedensel işlevlerde geçici yetiyitimi oluşabilmektedir (Berkol vd.,

2017). Konversif bayılmalar epileptik baygınlıklara benzemekte, epilepside olduğu gibi kasılmalar ve çırpınma hareketleri görülebilmektedir. Diğer taraftan bilinç açıktır ve hasta etraftaki sesleri duyabilir. Bu tür nöbetler ruhsal açıdan zorlayıcı bir duruma bağlı geliştiği için psikojenik non-epileptik nöbetler olarak adlandırılmaktadır (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018).

1.4.1.2. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)

Çoğul ya da çoklu kişilik bozukluğu olarak da bilinmektedir (Şar, 1998). Kişide tekrarlayıcı olarak birden fazla kişilik ortaya çıkmakta ve alter kişilikler bireyin hayatına belli bir süre yönetmektedir. Bir hastada 2-10 arasında farklı isimlerle anılan alter kimlik bulunabilmekte, değişen karakterlere bağlı olarak duygusal, davranışsal ve bilişsel açıdan farklılıklar oluşabilmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018).

DKB’de bellekle beraber kendilik algısı da bozulmakta, kişi davranışlarının kendine ait olmadığını düşünmektedir. Disosiyatif kişilik bozukluğunda alter kişilikler arasında kopukluk bulunmakta, yapılan eylemler konusundaki habersizlik unutkanlıkla açıklanamamaktır (APB, 2013). Bu açıdan alter kimlikler birbirinden bağımsız zihinsel yapılanmalar olarak düşünülebilir (Şar, 1998).

Disosiyatif kimlik bozukluğunun yetişkin popülasyondaki yaygınlığı %0,4-1,5 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı daha yüksektir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018; Şar, Akyüz ve Doğan, 2007).

DKB’nin ilk etapta tanınması güç olmaktadır. Genellikle yaşanan ikincil bir problem dolayısıyla başvuru yapılmakta; alter kimliklerin kendi aralarında konuşmaları, tartışmaları, kişiyi yöneten, eleştiren sesler duyma, kendine zarar verme ve öfke patlamaları gibi belirtiler psikoz veya borderline gibi kişilik bozukluklarıyla karşılaştırılabilmektedir (Şar, 1998). Diğer taraftan bazı DKB hastaları histerik psikoz niteliği gösteren psikoz benzeri nöbetler geçirebilmektedir (Tutkun vd., 1998).

DKB’nin DSM-5 tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesinin varlığı; bu durum kimi kültürlerde posesyon yaşantısı olarak tanımlanmaktadır. Kimlikte bu bölünme kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım,

davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/veya duyuşal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu bulgu ve belirtiler başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

- B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve veya travmatik olayları anımsarken yineleyici boşluklar vardır.
- C. Bu belirtiler klinik olarak belirgin rahatsızlık veya toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.
- D. Bu bozukluk genel kabul gören kültürel veya dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir (Çocuklarda imgesel oyunlarla ve arkadaşlıklarla açıklanamaz.).
- E. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örn. alkol intoksikasyonu) ya da başka bir tıbbi duruma (örn. kompleks parsiyel epileptik nöbetler) bağlanamaz.

1.4.1.3. Disosiyatif Amnezi

İlk olarak savaş travmalarıyla gündeme gelmiş, psikojen amnezi olarak literatürde yerini almıştır (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018). Gündelik hayatta birçok insanın deneyimlediği dalgınlık ya da unutkanlıktan farklıdır. Kişi büyük çapta hayatının bir bölümünü hatırlamamaktadır. Bellek kaybı normal unutkanlığa göre daha geniş ve nettir. Akut seyirli olup bir anda başlayıp bitmektedir (APB, 2013). Disosiyatif amneziyi spesifik kılan, unutulmuş dönemlerin ağır travmalar içeren zaman dilimlerine denk gelmesidir. Amnezinin gelişmesine yol açan durumlar çoğunlukla kişide yoğun utanç, üzüntü, suçluluk ya da öfke uyandıran çatışmalı bir ortamdır (Coons, 1998). Kişi aynı ortamda kalmaya devam ettiği müddetçe amnezi de sürekliliğinin korumaktadır.

Disosiyatif amnezi ile beraber görülen *disosiyatif füğ* alt türünde kişi kimliğini ya da diğer otobiyografik bilgileri hatırlamamakta, amaçlı gibi görünse de dezorganize biçimde seyahat etme ve dolaşma eylemleri göstermektedir (APB, 2013). Hatta bazı durumlarda kişi, bulunduğu yerden uzun süre ayrı kalıp başka bir kimlik kazanarak yaşamını sürdürmektedir (Staniloiu ve Markowitsch, 2014).

Disosiyatif amnezinin genel nüfustaki yaygınlığının %1,8 ile %7 arasında değiştiği bildirilmiştir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018).

Disosiyatif Amnezinin DSM-5 tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- A. Genellikle travmatik veya stres yaratıcı nitelikte olan önemli otobiyografik bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklayamayacak bir biçimde anımsayamama.
- B. Bu belirtiler klinik olarak belirgin rahatsızlık veya toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örn. alkol, madde, ilaç), nörolojik veya başka bir tıbbi duruma (örn. kompleks parsiyel epileptik nöbetler, kraniyal travma) bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk DKB, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu veya major/hafif nörobilişsel bozukluk ile açıklanamaz.

1.4.1.4. Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozuklukları

Depersonalizasyon, Türkçe'ye özyabancılaşma olarak çevrilmiştir. Kişi kendi benliği, vücudu, duygu ve davranışlarını değişmiş, yabancılaşmış olarak algılar. Kendine ait olan eşyaları dahi tanımayabilir. Sanki kendini dışarıdan izliyor gibidir. DSM-5'te *"kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, bedeni veya eylemleri ile ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma veya dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğın gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/veya bedensel uyuşma)"* şeklinde ifade edilmiştir (APB, 2013).

Derealizasyon, DSM-5'te *"çevredekilerle ilgili gerçekdışılık ve kopukluk"* olarak tariflenmiştir (APB, 2013). İnsanlar ya da nesnelere gerçek dışı, düşsel, sisli, cansız ya da çarpık olarak algılanır. Kişi kendini çevreden ayrılmış halde gerçek değilmiş gibi hissetmekte, kendini rüyada gibi algılamaktadır. Diğer taraftan gerçeği değerlendirmede bozulma yoktur. Ancak toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte bozulma olabilir.

Bu iki yaşantı türünün genel toplumdaki prevalansı %26-74 aralığında değişmektedir (Hunter, Sierra ve David, 2004). Tanı olarak bildirilen oran ise genel toplumda %1-3, klinik tabloda %16'dır (Balcıoğlu ve Balcıoğlu).

1.4.2. Psikiyatrik Eş Tanılar

Disosiyatif bozukluklar birçok araştırmada diğer psikiyatrik rahatsızlıklara ikincil bir belirti olarak ele alınmıştır (Şar, 1998). Bu bozukluğa çok sayıda Eksen I ve II bozuklukları eşlik ettiği için tanılanması güçtür. Travmatik zemine bağlı olarak travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresyon sık rastlanmakta, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar, madde bağımlılığı ve sınır kişilik bozukluğu eşlik edebilmektedir (Derin ve Öztürk, 2018; Şar, 1998; Zorluoğlu vd., 2001). Disosiyatif bozuklukların yeme bozuklukları ile de ilişkisi saptanmış (La Mela vd., 2010; Palmisano vd., 2018), Vanderlinden ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (1993) korku, dehşet ve utanç duyguları ile baş edilemediği durumlarda açığa çıkan disosiyatif belirtilerin bulimiya nervozada tıknırcasına yeme atakları için risk teşkil ettiği ifade edilmiş, yine benzer bir çalışmada disosiyatif amnezi ile denetimin sağlanamadığı tıknırcasına yeme atakları arasında ilişki olduğu gözlenmiştir (Vanderlinden vd., 1991). Bunun dışında disosiyatif bozukluğu olan hastalarda kendine zarar verme eğilimi ve özkıyım sıklığı yüksek bulunmuştur (Zweig-Frank, Paris ve Guzder, 1994).

Yeme bozuklukları alanındaki etiyolojik çalışmalar kadar epidemiyolojik araştırmalar da önem arz etmekte, risk gruplarının belirlenmesinde etkili olmaktadır. Alan yazındaki birçok araştırma yeme bozukluklarının kadınlarda erkelere göre daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Green vd., 2008; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001; Striegel-Moore vd., 2009). Bazı çalışmalar ise cinsiyet farklılıklarına ek olarak cinsel yönelim çeşitliliğine göre de yeme bozukluğu prevalansında değişim görüldüğünü ifade etmektedir (Feldman ve Meyer, 2007; Hospers ve Jansen, 2005; Russell ve Kell, 2001; Williamson ve Hartley, 1998;). Bu bakımdan söz konusu çalışmada cinsel yönelim faktörü de göz önünde bulundurulmuştur.

1.5. CİNSEL YÖNELİM

Bu bölümde ilk olarak cinsiyetle ilgili sık kullanılan bazı temel kavramlara ve tanımlara yer verilecek, daha sonra cinsel yönelim konusu hakkındaki detaylar ve literatür bulguları aktarılacaktır.

Bedensel ya da biyolojik cinsiyet (sex) sıklıkla kişinin sahip olduğu genital özellikleri ve üreme işlevleri ile ilişkilendirilen, genotipik ve fenotipik özelliklere dikkat edilerek belirlenen cinsiyettir (Başar, 2014). Seks kromozomu XX olan bir bireyin genotipik cinsiyeti kadın, seks kromozomu XY olan bir bireyin genotipik cinsiyeti erkek olarak kabul edilmektedir (Haqq ve Donahoe, 1988). Diğer taraftan bireyin genital organı ve üreme işlevine göre fenotipik cinsiyetiyle ilgili bilgi edinilebilir. Ancak bu her zaman güvenilir sonuçlar vermemektedir. İnterseks olarak adlandırılan ve nadir rastlanan durumlarda birey hem erkek hem de kadın cinsel organını bulundurmaktadır (Ahmed, Morrison ve Hughes, 2004).

Diğer taraftan doğuştan getirilen özelliklere bakılarak eril ve dişil şeklinde sınıflandırılan cinsiyet kavramı, yalnız bedensel özelliklerini ifade etmemektedir. Bilhassa feminist hareketlerle beraber 1970'lerden bu yana geleneksel cinsiyet anlayışından uzaklaşarak cinsiyeti tanımlayanın toplumun atfettiği roller olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır. Ardından toplumsal düzlemde bireye belli roller atanarak, kişinin cinsiyet bağlamında kadın ve erkek olarak kategorize edilmesi *toplumsal cinsiyet (gender)* olarak tanımlanmıştır (Vatandaş, 1988).

Cinsiyet rolü kültürel ve tarihsel bağlama göre şekillenen ve kişiden atanmış cinsiyetine göre beklenen kişilik özellikleri, tutum ve davranışlardır (Kaos GL, 2020). Buna erkek ve kadınlar için ayrı ayrı kabul gören kıyafet, meslek, hal ve tavırlar örnek verilebilir. *Cinsiyet ifadesi* ise kültüre bağlı gösterim ve cinsel yönelimin algılanışıdır (CETAD, 2013). Bireyin davranışı, beden dili, ses tonu, giyimi, makyajı, kullandığı isimler ya da kişi zamirleri gibi dış göstergelerle cinsiyetin yansıtılmasıdır.

Toplumsal cinsiyetten tamamen ayrı olarak kişinin cinsiyetine yönelik kendi beyanı *cinsiyet kimliği* kavramı ile ifade edilmektedir. Cinsiyet kimliği, bireyin kendini belli bir cinsiyette konumlandırmasıdır (Kaos GL, 2020). Bu kişinin içsel algısına göre şekillenir. Genellikle cinsiyet kimliği bedensel cinsiyetle uyumlu

olmakla beraber bazen bedensel cinsiyeti kadın olan bir birey kendini erkek, bedensel cinsiyeti erkek olan bir birey de kendini kadın olarak hissedebilir. Bu durumda kişi trans olarak adlandırılmaktadır (Gainor, 2020). Trans birey bedensel cinsiyetinin getirdiği özelliklerden rahatsızlık duyabilir ve cinsiyet kimliğinin rollerine uygun hareket etmek isteyebilir (Başar, 2014). DSM-5'te bu konu cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) başlığı altında yer almaktadır (APB, 2013).

Cinsel yönelim cinsel bir uyarana karşı verilen psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkilerin bütünü olup bireyin belli bir cinsiyete karşı hissettiği cinsel ve romantik çekimi ifade etmektedir (Eşel, 2006; Kaos GL, 2020). Cinsel kimlik kişinin kendini hangi cinsiyette konumlandığı ile ilgili iken cinsel yönelim hangi cinsiyete ilgi duyduğunu ifade etmektedir (Başar, 2014). Tıpta kullanımı doğrultusunda cinsel yönelim karşı cinse yönelik olabileceği gibi (heteroseksüellik) bireyin hemcinsine (homoseksüellik) ya da her iki cinse (biseksüellik) karşı olabilir. Bununla birlikte kişi herhangi cinsten birine cinsel çekim duymayabilir (aseksüellik). Homoseksüel kavramı, uzun yıllar bozukluk bildiren anlamda kullanıldığı için LGBTİ+ topluluğu içerisinde kullanımı tercih edilmemekte, eşcinsel erkekler için gey, eşcinsel kadınlar için ise lezbiyen ifadeleri kullanılmaktadır. Cinsel yönelimin farklılığına dair yapılan araştırmalar sonucu ulaşılan ortak kanı cinsel yönelimin kişinin iradesi ile gerçekleştirdiği bir tercih olmadığı yönündedir (Başar, 2014). Eşcinsellik 1973 yılında Amerikan Psikiyatrist Birliği, 1992 yılında ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalık sınıflandırmasından çıkarılarak insan cinselliğinin olağan bir formu olarak kabul edilmiştir (Yalçın-Armağan, 2019).

Araştırma soruları nedeniyle cinsel yönelim sıklığını belirlemek güç olmaktadır. Ipsos'un (Pazarlama ve ve Kamuoyu Araştırmaları Global Uzmanı) 27 ülkeyi baz alarak dünya çapında yaptığı bir araştırmada 2021 yılında dünya nüfusunun %80'inin kendini heterokseksüel, %3'ünün homoseksüel, %4'ünün biseksüel ve %1'inin panseksüel, aseksüel ve diğer yönelimlerden tanımladıkları saptanmıştır. Bunun yanı sıra kuşaklar arası cinsel yönelim açısından farklılık da bulunmuştur. Z kuşağında kendini biseksüel olarak tanımlayan kişi sayısı daha fazladır. Ayrıca kadınlar arasında homoseksüelliğin daha yaygın olduğu görülmüştür.

1.5.1. Etiyoloji

Doğada olağan bir olgu olan eşcinsellik, geçmişte daha çok psikososyal faktörlerle ilişkilendirilmiş olsa da güncel çalışmalar biyolojik faktörlerin önemine dikkat çekmektedir (CETAD, 2013).

1.5.1.1. Biyolojik Açıklamalar

Biyolojik çalışmalar cinsel yönelimin hormonal, genetik, nöral bağlar, epigenetik, annenin bağışıklık sistemi ve çevresel faktörlerle etkileşimi sonucu belirlenmiş olabileceğini ifade etmektedir (Wang, Liu ve Sun, 2017).

Doğum öncesi (prenatal) hormon çalışmaları

Bazı araştırmacılara göre doğum öncesi evrede maruz kalınan gonadal hormonlar ve endokrin bozucular nöral sistemde kalıcı değişimlere yol açmaktadır (Hines, 2011; Schulz vd., 2009). İnsan ve kemirgenlerdeki embriyonun cinsel gelişim evresinde, beynin dışsal steroid hormonu salgısını algıladığı ve tepki verdiği görülmüştür (Celotti, Negri-Cesi ve Poletti, 1997; McCarthy vd., 2009). Olgunlaşmamış testis, testesteron hormonu salgılasa beyin, maskülen karakter kazanacak ya da embriyo maruz kalınan steroidi etkileyecek testesteronu salgılayamazsa feminen özellikler gelişecektir (Bao ve Swaab, 2011; McCarthy vd., 2009). Diğer taraftan östrojen salgılanması feminen özellik kazanımıyla ilişkili bulunmuştur (Bakker ve Baum, 2008). Androjen ve östrojen gibi cinsiyet hormonlarının gebelik döneminde erkek ve kadın fenotipik özelliklerin gelişiminde etkili olduğu başka çalışmalarla da desteklenmektedir (Arnold, 2012; Hines, 2011).

Kadın doğurganlığı, annenin bağışıklık sistemi ve doğum sırası

Bogaert and Skorska'a göre (2011) annenin bağışıklık sistemi, her başarılı erkek fetüs gelişimde Y kromozomuna bağlı antijenlere karşı bağışıklık kazanmaktadır. Bu durum beynin cinsiyet ayrışmasını etkilemekte ve daha sonra doğan erkek çocukların cinsel yönelimi üzerinde belirleyici olmaktadır (Blanchard ve Bogaert, 1996). Buna göre doğan her erkek çocuk bir sonraki doğumdaki erkek çocuğun eşcinsel özellik geliştirmesine %21-33 oranında katkı sağlamaktadır. Buna doğum sırası etkisi de denmektedir (Blanchard, 2018; Bogaert and Skorska, 2011).

Aseksüel yönelim, diğer cinsel yönelimlere göre büyük oranda heterojen özellik göstermektedir. Aseksüelite ile ilgili yapılan çalışmalar pek fazla olmamakla beraber aseksüel oluşumlarla ilgili doğum öncesi biyolojik faktörlerin önemine vurgu yapılmakta, (Bogaert, 2004) eşcinsellikte olduğu gibi doğum sırasının ilişkili bir etmen olabileceği öne sürülmektedir (Yule vd., 2014).

Kalıtım (kromozom) ve epigenetik

Bazı bulgulara göre eşcinsel erkekler için anne tarafından babaya göre daha fazla eşcinsel akrabaya (kuzen, dayı ya da teyze) sahip olduğu gözlenmiştir (Hamer vd., 1993; Hu vd.,1995).

Doğum öncesi ve sonrası çevre etkileşimleri birçok türde fizyolojik ve davranışsal özellikleri epigenetik düzenlemeler aracılığıyla etkilemektedir (Rice, Friberg ve Gavrilets, 2012; Wang, Liu ve Sun, 2017). Hayvan çalışmaları üzerinden bazı bulgular, çevresel hormonların cinsel davranışları ve eş seçimini DNA metilasyonu ve aminoasit üreten proteinlerin başkalaşmasıyla şekillendirdiğini ortaya koymaktadır (Crews vd., 2007; Gore, 2017; Rice, Friberg ve Gavrilets, 2012).

Beyin bölgeleri farklılıkları

Beyin yapıları kadın ve erkeklerde farklılaştığı gibi homoseksüel ve heteroseksüel bireylerde de farklılık göstermektedir. Savic and Lindstrom'e göre (2008) heteroseksüel kadın ve homoseksüel erkeklerin beyin yarım küreleri simetrik iken heteroseksüel erkeklerin ve homoseksüel kadınların sağ beyin bölgelerinin daha geniş olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra heteroseksüel kadınların heteroseksüel erkeklere göre daha geniş ön komissüre sahip olduğu, benzer şekilde homoseksüel erkeklerin de heteroseksüel erkeklere göre ön komissür hacminin daha geniş olduğu belirlenmiştir (Allen ve Gorski, 1992). Aynı şekilde hipotalamusa ait bölümlerde de boyutsal açıdan değişiklikler görülmüştür (Allen vd.,1989; Garcia-Falgueras ve Swaab, 2008). Beynin koklamaya ilgili bölümlerinde de farklılık olduğu; heteroseksüel ve homoseksüel bireylerin feromon olarak adlandırılan cinsel hormonları kokladıktan sonra farklı beyin bölgelerinin aktive olduğu gözlenmiştir (Savic, Berglund ve Linstrom, 2005). Ayrıca beynin duygusal hafıza ve duygusal

tepkilerin oluşmasıyla ilişkili olan amigdala bölgesinde, cinsel yönelime göre farklı işlevsel bağlantılar olduğu belirtilmektedir (Savic and Lindstrom, 2008).

1.5.1.2. Psikodinamik Açıklamalar

Psikanalitik çevrede eşcinsellik, üzerinde yoğun tartışılan ve farklı bakış açıları geliştirilen bir konusu olmuştur. İlk olarak Freud'un açıklamaları incelendiğinde, eşcinselliğe yaklaşımda farklılık görülmektedir. Cinsellik Üzerine Üç Makale'de sapkınlığa eğilim olarak nitelendirdiği eşcinselliği psikonevrozların bir getirisi olarak görmekte (Erdeğer, 2021), çocuğun yetiştiği aile ortamının, kurduğu ilişkilerin ve ruhsal travmaların eşcinsel oluşumlarda etkisi olabileceğini varsaymaktadır. Diğer taraftan Freud, eşcinselliğin psikanalitle tedavi edilebilecek bir hastalık olmadığını ve karşı cinsellikle aralarında üstünlük yarışı kurulamayacağını belirtmektedir (Engindeniz, 2014). 1935 yılında kendisinden eşcinsel oğlu için yardım isteyen bir anneye yazdığı mektupta, eşcinselliğin avantaj olarak nitelendirilemeyeceği gibi utanılacak ya da suçlanacak bir durum olmadığını ifade etmiştir (Grotjahn, 1951).

Devam eden süreçlerde eşcinselliği sapkınlık ya da hastalık olarak nitelendiren Rado, Bergler ve Socarides gibi heteronormativiteyi destekleyen ve eşcinselliğin travmatik deneyimlere bağlı zorunlu olarak geliştiğini ifade ederek dürtü kontrol sorunları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile ilişkilendiren psikanalistler gelmektedir (Friedman ve Downey, 1998). Sandor Rado, tüm insanların özünde heteroseksüel olduğu varsayımı ile eşcinselliği, karşı cinse duyulan erotik çekimin korku ve tehdit uyandırması dolayısıyla bastırılarak hem cinse yöneltmesi şeklinde açıklamaktadır (Rado, 1940). Buradan hareketle eşcinselliğin psikanalitik tedavisindeki amacının bastırılan heteroseksüel arzuların farkındalığa ulaşmasını sağlamak olduğu ifade edilmektedir (Friedman ve Downey, 1998).

Benzer şekilde Wilhelm Reich eşcinselliği olağandışı bir cinsel oluşum olduğunu belirterek gençleri bundan korumak gerektiği görüşünü savunmuştur (Engindeniz, 2014).

Adler (1930) de eşcinselliği, seksüel başarısızlığın bir getirisi olarak görmektedir. Ona göre eşcinsellik sevgi problemini normal yollarla çözebilecek cesareti kendinde bulamayan bireylerin çocukluktan itibaren geliştirdiği bir yöntemdir.

Adler eşcinsellik de dahil olmak üzere cinsel sapıklık olarak tanımladığı sadizm, mazoşizm, fetişizm gibi olguların kadın ve erkek arasındaki derin ruhsal uzaklığın bir göstergesi olduğunu, bireyin zayıflamış kişilik duygusunu güçlendirmek için bir başkaldırı niteliğinde bu yola başvurduğunu, erkekler için kadın karşısında hissedilen aşağılık duygusunu telafi etme çabası iken kadınlar için güçlü gözüyle bakılan erkeğe ulaşabilmenin bir yolu olduğu varsayımını iddia etmektedir.

Eşcinsellikle ilgili ortaya atılan karşıt görüşlere ek olarak eşcinsellerin psikanalist olamaması gerektiği fikri de savunulmaktaydı. Ancak eşcinselliği normal bir oluşum olarak değerlendirilen Sullivan ile eşcinselliğin narsizmin bir ifadesi olarak yaratıcılığı simgelediğini belirten Kohut aynı zamanda gey oldukları idda edilen önemli psikanalistlerdir (Blencher, 2005; Engindeniz, 2014).

Sullivan ve Kohut'a ek olarak Rober Stoller, Jung gibi cinsel kimlik kazanımına geleneksel anlayışın dışında yaklaşan başka psikanalistler de bulunmaktadır (Friedman ve Downey, 1998). Jung, eşcinselliği patolojik olarak görmemekte ancak eksik kalmış bir gelişim süreci olarak değerlendirmektedir (Erdeğer, 2021).

Psikanalitik çevrenin eşcinsellere karşı sürdürdüğü politika muhalefet edenler olmasına karşın 1991 yılında Amerikan Psikanaliz Birliği tarafından sonlandırılmıştır (Paker, 2009). 1997 yılında Amerikan Psikanaliz Birliği'nin yayınladığı eşcinsel hastaların tedavisiyle ilgili bildiri, eşcinselliğin psikopatoloji ya da kişilikle ilgili bir bozukluk olmadığı, eşcinsellerin karşılaştığı ön yargı ve ayrımcılığın içselleştirilmiş homofobiye ve birçok psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı, psikanaliz sürecinde hastanın cinsel yönelimini değiştirmek yerine onu önyargısız biçimde anlamaya çalışmanın amaç edinilmesi gerektiği hususları üzerinde durulmuştur (Engindeniz, 2014).

Görüldüğü üzere eşcinsellik üzerine tarihsel süreç içerisinde farklı yaklaşımlar ileri sürülmüş, eşcinselliği psikososyal etmelerle açıklamaya çalışan kuramlar yerine biyolojik açıklamalar önem ve hız kazanmış, eşcinsellik artık hastalık kategorisinden çıkarılmıştır. Buna karşın ikili cinsiyet rejiminin doğruluğunu savunan ve cinsel yönelim, cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolleri arasında doğrusal bir ilişki olduğunu ileri

süren heteronormativite düşüncesinin (Kaos GL, 2020) hakim olduğu toplumlarda LGBTİ+'lara karşı olumsuz duygu, düşünce ve davranışları ifade eden homofobik yaklaşımlar sürdürülmektedir. Bu tarz tutumlar söz konusu bireylerde yeme bozukluğu da dahil birçok psikiyatrik rahatsızlığın belirmesine yol açmaktadır. Farklı cinsel yönelimler kendi başına ruhsal bir rahatsızlık olmamakla beraber LGBTİ+'ların karşılaştığı istismar ve ayrımcılığın ruhsal hastalıklara yol açtığı belirtilmektedir (Meyer, 2003). Bu bireylerin karşılaştığı homofobik tutumlar, kendilerine yönelik utanç ve nefret duygularına yol açabilmekte ve cinselliklerini gizleme hatta yok sayma gibi içselleştirilmiş homofobi olarak tanımlanan probleme yol açabilmektedir (CETAD, 2013). İçselleştirilmiş homofobi eşcinsel bireylerin kendilerini aileleri de dahil kimseye açmalarına izin vermemekte ve ağır bir yük altında bu bireyleri intihara dahi sürükleyebilmektedir.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER

Mevcut çalışma, farklı cinsel yönelim ve cinsiyet özelliklerine sahip bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantıların ve disosiyasyonun yeme tutumu değişkeninin anlamlı bir yordayıcısı olup olmadığını, gruplararası farklılıkları ve disosiyasyonun aracılık etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

H1: Yeme bozukluklarının kadınlar arasındaki yaygınlığı erkeklere göre daha fazladır.

H2: Heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu görülme sıklığı homoseksüel ve biseksüel kadınlara göre daha fazladır.

H3: Heteroseksüel erkekler arasında yeme bozukluğu görülme sıklığı homoseksüel ve biseksüel erkeklere daha azdır.

H4: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile yeme bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Disosiyasyon ile yeme bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile disosiyasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile disosiyasyon yeme bozukluklarının pozitif yönlü anlamlı birer yordayıcılarıdır.

H8: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile yeme bozuklukları ilişkisinde disosiyasyonun aracılık etkisi bulunmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Araştırma örneklemini 18-35 yaş aralığındaki ($\bar{x}= 26,11\pm 4,12$) 411'i kadın (%81,5), 93'ü erkek (%18, 5) olmak üzere toplam 504 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların 461'i (%91,5) cinsel yönelimini heteroseksüel, 13'ü (%2,6) homoseksüel, 24'ü (%4,8) biseksüel ve 6'sı (%1,2) aseksüel olarak belirtmiştir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ve Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) kullanılmıştır.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, medeni durum, eğitim seviyesi, meslek, ekonomik düzey, boy, kilo gibi fiziksel özellikler, psikiyatrik geçmiş ve fiziksel hastalıklar, travma deneyimi, sigara/alkol/madde kullanımı gibi kişisel bilgilerini edinmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (Ek-1).

2.2.2. Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26)

Garner, Olmstad, Bohr ve Garfinkel tarafından 1982 yılında riskli yeme davranışlarının tespiti için geliştirilen ve dünya çapında yaygın olarak kullanılan Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) 2019 yılında Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk tarafından üniversite örneklemini üzerinden Türkçe'ye uyarlanmış halidir. 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen ve Savaş ve Erol (1989) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan Yeme Tutum Testi-40'ın kısaltılmış formudur. Orijinal çalışmadaki diyet yapma, bulimiya/yeme meşguliyeti ve yemeyi

kontrol şeklindeki üç faktörlü yapı Yeme Meşguliyeti (1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 14, 18, 21, 22), Kısıtlama (5, 6, 7, 16, 17, 19, 23) ve Sosyal Baskı (8, 13, 15, 20) olarak revize edilmiştir. Ölçeğin yeme meşguliyeti faktörü beden ve yemekle ilgili artmış zihinsel faaliyeti, kısıtlama faktörü diyet yapma ve belli tür yiyeceklerden kaçınma davranışlarını, sosyal baskı faktörü ise başkalarının yanında yemek yemekten kaçınma ve diğerlerinin kendi bedeniyle ilgili yorumlarını değerlendirme biçimlerini içeren maddelerden oluşmaktadır (Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk, 2020). İlk 25 soru için Daima (3), Çok Sık (2), Sık Sık (1), Bazen (0), Nadiren (0), Hiçbir Zaman (0) şeklinde puanlanan ölçeğin son maddesi ters madde olup Bazen (1), Nadiren (2), Hiçbir Zaman (3) ve diğerleri 0 olacak şekilde hesaplama yapılmaktadır. Ölçekte aynı zamanda doğum tarihi, boy, kilo bilgisi alınmakta son bölümde yeme bozukluğu tanılmasına yardımcı olabilecek son 6 ayı baz olan sorular yer almaktadır. Klinik olmayan grupta tarama amacıyla kullanılan ölçekten 20 ve üzeri puan alınması yeme tutumunda bozulmaya işaret etmektedir (Mintz ve O'Halloran, 2000). Uyarılama çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,84 ve test tekrar test kararlılık katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır. Faktör bazında incelendiğinde; Yeme Meşguliyeti Faktörü için 0,85, Kısıtlama Faktörü için 0,76 ve Sosyal Baskı Faktörü için 0,62 olarak bulunmuştur (Ek-2).

2.2.3. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği

Sinem Bilgen tarafından 96 kişiye uygulanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği 30 soruluk 5'li likert tipi bir ölçektir. Söz konusu ölçek duygu değişimine bağlı yeme tutumunda meydana gelen bozulmayı saptamak üzere geliştirilmiştir (Bilgen, 2018). Ölçeğin uygulanabilir olma kriteri daha önce yeme bozukluğu tanısı almamış olmaktır. Ölçeğin ilk bölümünde cinsiyet, boy, kilo, medeni durum ve eğitim düzeyi bilgileri sorulmaktadır. Sonraki bölümde yer alan sorular 1. Asla, 2. Nadiren, 3. Bazen, 4. Sayıla, 5. Neredeyse Her Zaman şeklinde puanlanmaktadır. 26, 28, ve 29. maddeler ters madde olup puanlama yapılırken ters çevrilmelidir. Gerginlik Durumunda Yeme (1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 17, 18, 21), Olumsuz Duygular ile Başa Çıkabilmek için Yeme (6, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 22, 30), Kendini Kontrol Edebilme (8, 23, 26, 27, 28, 29) ve Uyarın Karşısında Kontrol (7, 24, 25) olmak üzere 4 faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır. Gerginlik

durumunda ve olumsuz duygularla başa çıkmak için yeme faktörleri sıkıntı hissettiren duygular karşısında kişinin yemeye ne derecede yöneldiğini, kendini kontrol faktörü bu durumlarda kişinin kendini ne boyutta denetleyebildiği, uyaran karşısında kontrol faktörü ise yemeğe ilişkin koku, görüntü gibi uyaranlar karşısında kişinin kontrolünü sağlayıp sağlayamadığını belirlemeye yönelik maddeleri içermektedir (Bilgen, 2018). Ölçekten en düşük 30, en fazla 150 puan alınabilmekte, 75 puan ve üstü duygusal yemeye dikkat çekmektedir. Orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılığı ilk iki aşamada 0,96 son aşamada ise 0,95 olarak hesaplanmıştır. İç tutarlılık katsayısı Gerginlik Durumunda Yeme Faktörü için 0,94, Olumsuz Duygularla Başa Çıkma Faktörü için 0,95, Uyaran Karşısında Kontrol Faktörü için 0,68 ve Kendini Kontrol Edebilme faktörü için 0,77 bulunmuştur. Ölçek birçok tezde kullanılmış, olumlu sonuçlar vermiştir. Mevcut çalışmada ölçek DYÖ şeklinde kısaltılarak kullanılacaktır (Ek-3).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından 20 yaşına dek deneyimlenen ihmal ve istismar öykülerini değerlendirmek için geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin, 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Uyarlanan ölçek 3'ü travma minimazyonunu belirten toplam 28 maddeden ve Duygusal İhmal (5, 7, 13, 19, 28), Duygusal İstismar (3, 8, 14, 18, 25), Fiziksel İstismar (9, 11, 12, 15, 17), Fiziksel İhmal (1, 4, 6, 2, 26) ve Cinsel İstismar (20, 21, 23, 24, 27) olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. 2020 yılında Şar ve arkadaşları tarafından uyarlanan ölçek üzerinde revizyon çalışması yapılmış, soru sayısı 33'e çıkarılmış ve Aşırı Koruma-Kontrol (29,33) alt boyutu eklenmiştir. Yeni haliyle genişletilmiş 6 bölümlük ölçekte 25-150 arasında puan alınmakta, yüksek puanlar travma deneyimini göstermekte ve (1) Hiçbir Zaman, (2) Nadiren, (3) Kimi Zaman, (4) Sık Olarak, (5) Çok Sık olacak şekilde puanlanmaktadır. CTQ toplam puanı hesaplanırken 1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28, 31 maddeleri ters çevrilmelidir. Travma minimazyonunu ölçen inkar puanları (10, 16, 22) travma toplam puanını etkilememektedir. İnkâr maddeleri için en yüksek puanın seçildiği her durumda 1 puan verilmekte, toplam inkar puanı 0-3 arasında değişmektedir. CTQ-33'ün Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,87 bulunmuştur. Faktör bazında değerlendirildiğinde

Duygusal Taciz için 0,88, Fiziksel Taciz için 0,81, Fiziksel İhmal için 0,77, Duygusal İhmal için 0,89, Cinsel Taciz için 0,90 ve Aşırı Koruma Kontrol için 0,84 olarak hesaplanmıştır (Ek-4).

2.2.5. Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)

Vanderlinden ve arkadaşları (1993) tarafından disosiyatif bozuklukları taramak için geliştirilen DIS-Q ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması Şar ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Değişen sayılarda disosiyatif kimlik bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk (BTADB), iki uçlu duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu bulunan ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerden oluşan 167 örneklem grubu üzerinde güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. 63 sorudan oluşan 5'li likert tipi ölçeğin ilk bölümünde travmatik yaşantılara ilişkin sorular yer almaktadır. A.B.D kökenli olarak daha önce geliştirilen ve görece daha fazla tercih edilen 28 soruluk Disosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden (DES) farkı ise daha fazla belirti taranması ve yeme bozukluğuna ilişkin maddelere de yer vermesidir. Ölçek soruları Hiç (1), Biraz (2), Orta (3), Çok (4), Tam (5) şeklinde puanlanmakta ve ortalama toplam puan hesaplanmaktadır. Kronik karmaşık disosiyatif bozukluk taraması için kesim noktası 3 puan olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte BTADB için 2,9 Travma Sonrası Stres Bozukluğu için 2,7, Yeme Bozukluğu için 2,2, Şizofrenik Bozukluk için 2, Obsesif Kompulsif Bozukluk için 1,7, Genel Toplum için 1,5 ve 1,61 puan aralıkları belirlenmiştir. Uyarlama çalışmasında DIS-Q ölçeğinin Cronbach Alpha iç tutarlılığı 0,98 bulunmuştur (Ek-5).

2.3. UYGULAMA

Anketler katılımcılara çevrimiçi formlar aracılığı ile iletilmiştir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi seçilmiş, sıra etkisini kontrol etmek için ölçeklerin karışık sırada verildiği 6 adet anket formu oluşturulmuştur. Katılımcılara ilk olarak bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş, gönüllü olarak katılmayı kabul eden kişilerin verileri toplanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı olan katılımcılara DYÖ verilmemiştir. Anketlerin doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmektedir.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan verilerin analizi için IBM SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. İlk olarak demografik bilgi formunda yer alan sorularla ilgili frekans dağılımları incelenmiş, kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizleri yapılmıştır. Sonrasında ölçeklerin toplam ve faktör puanlarının betimleyici istatistikleri hesaplanmış, normal dağılım sağlanamadığı için Spearman Korelasyon analizleri yapılmıştır. Ardından Ki-Kare analizi ile cinsiyet ve cinsel yönelim grupları arası karşılaştırmalar gerçekleştirilmiş, sonrasında her grup için Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri ile Stepwise tekniği kullanılarak çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisine bakılmıştır. Literatürde Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri için örneklem büyüklüğüne dair net bir varsayım koşulu bulunmamakta ancak güvenilir sonuçların elde edilebilmesi ve evrene genelleme yapılabilmesi için tahmin edilen her değişkenin en az 10-15 katı kadar gözlemin olması gerektiği belirtilmektedir (Kılıç, 2013). Mevcut çalışmada, heteroseksüel yönelim dışındaki cinsel yönelimler için yeterli gözlem sayısı bulunmamasına karşın regresyon modeli için temel varsayımlar sağlandığı takdirde evren çok iyi temsil edilemese bile genel bir tahmin yürütebilmek adına serbestlik derecesi hesaplanabilen cinsel yönelimler için de regresyon analizleri yapılmıştır. Son olarak katılımcıların çocukluk çağı ruhsal travmaları ile yeme tutumu arasındaki ilişkide disosiyasyonun aracılık etkisini gösteren iki model kurulmuş, modeller SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizinden yararlanılarak Bootsrap yöntemi ile test edilmiştir.

2.5. SONUÇLAR

Bu bölümde yapılan analizler sonucu ulaşılan bulgulara yer verilmiştir. İlk aşamada katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile psikolojik ve fiziksel sağlığına ilişkin elde edilen frekans dağılımları Tablo 1 ve Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Açısından Dağılımı

Değişken	Kategori	N	%	
Cinsiyet	Kadın	411	81,5	
	Erkek	93	18,5	
Cinsel Yönelim	Homoseksüel	Kadın	6	1,5
		Erkek	7	7,5
	Heteroseksüel	Kadın	379	92,2
		Erkek	82	88,2
	Biseksüel	Kadın	21	5,1
		Erkek	3	3,2
	Aseksüel	Kadın	5	1,2
		Erkek	1	1,1
Yaş	18-25 yaş aralığı	245	48,6	
	26-35 yaş aralığı	259	51,4	
Medeni Durum	Bekar	407	80,8	
	Evli	97	19,2	
Eğitim durumu	Lise	73	14,5	
	Ön lisans	13	2,6	
	Lisans	249	49,4	
	Lisansüstü	169	33,5	
Meslek	Öğrenci	158	31,3	
	Psikolog	39	7,7	
	Akademisyen	33	6,5	
	Mühendis	33	6,5	
	Diğer	241	47,8	
Çalışma durumu	Çalışıyor	249	48,8	
	Çalışmıyor	258	51,2	
Gelir durumu	Kötü	76	15,1	
	Orta	284	56,3	
	İyi	144	28,6	
Toplam		504	100	

Araştırmaya katılan 504 kişinin %81,5'i kadın (411 kişi), %18,5'i (93 kişi) erkektir. Kadın katılımcıların %1,5'i (6 kişi) cinsel yönelimini homoseksüel, %92,2'si (379 kişi) heteroseksüel, %5,1'i (21 kişi) biseksüel ve %1,2'si (1 kişi) aseksüel olarak bildirmiştir. Erkek katılımcıların ise %7,5'i (7 kişi) cinsel yöneliminin homoseksüel, %88,2'si (88 kişi) heteroseksüel, %3,2'si (3 kişi) biseksüel ve %1,1'i (1 kişi) aseksüel olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 48,6'si (245 kişi) 18-25 yaş aralığında, %51,4'ü (259 kişi) 26-35 yaş aralığındadır. %80,8'i (407 kişi) bekar, %19,2'si (97 kişi) evli olan katılımcıların %14,5'i (73 kişi) lise, %2,6'sı (13 kişi) ön lisans, %49,4'ü (249 kişi) lisans, %33,5'i (169 kişi) lisansüstü mezundur. Katılımcıların %31,3'ünü (158 kişi) lisans ve üzeri öğrencilerin oluşturduğu çalışmada %7,7 oranında (39 kişi) psikolog, %6,5 oranında (33 kişi) akademisyen, %6,5 oranında (33 kişi) mühendis ve %47,8 oranında (241 kişi) öğretmen, avukat, doktor, mimar, hemşire, fizyoterapist,

diyetisyen, muhasebeci, esnaf gibi çeşitli meslek gruplarından bireyler yer almaktadır. Katılımcıların %48,8'i (249 kişi) çalışmakta, %51,2'si (258) çalışmamaktadır. Ekonomik durum açısından incelendiğinde katılımcıların %15,1'inin (76 kişi) gelir seviyesini kötü, %56,3'ünün (284 kişi) orta, %28,6'sının ise (144 kişi) iyi olarak belirttiği görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Psikolojik ve Fiziksel Sağlığına İlişkin Betimleyici İstatistik Tablosu

Değişken	Kategori		n	%	
Psikiyatrik Tanı	Var		95	18,8	
	Yok		409	81,2	
Psikolojik Tedavi (İlaç ve/ya psikoterapi)	Devam eden		38	40,00	
	Devam etmeyen		57	60,00	
Psikiyatrik Hastalık Çeşidi	Eksen I	Anksiyete Bozukluğu	22	23,2	
		Duygudurum Bozuklukları	21	22,1	
		Depresyon, Anksiyete Bozukluğu Eş tanısı	13	13,7	
		Yeme Bozuklukları	17	18,1	
		OKB	10	10,5	
		DEHB	6	6,3	
		Panik Bozukluk	2	2,1	
		TSSB	1	1,1	
	Eksen II	B Kümesi Kişilik Bozuklukları	Borderline	1	1,1
			Narsistik	1	1,1
Yeme Bozukluğu Çeşidi	Anoreksiya Nervoza		5	29,4	
	Bulimiya Nervoza		5	29,4	
	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu		1	5,9	
	Seçici Yeme		2	11,8	
	Atipik Yeme		1	5,9	
Yeme Bozukluğu Eş Tanısı	Depresyon Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi		4	23,5	
	OKB		2	11,8	
Travma Geçmiş	Var		171	33,9	
	Yok		333	66,1	
Beden Kitle İndeksi	<18,5 (zayıf)		62	12,3	
	18,5-24,99 (normal)		306	60,7	
	25-29,99 (fazla kilolu)		101	20	
	30-39,99 (obez)		28	5,6	
	>40 (morbid obez)		7	1,4	
Fiziksel Hastalık Tanısı	Var		95	18,8	
	Yok		409	81,2	
Sigara Kullanımı	Var		123	24,4	
	Yok		381	75,6	
Alkol Kullanımı	Var		170	33,7	
	Yok		334	66,3	
Madde Kullanımı	Var		10	2,0	
	Yok		494	98,0	

Notlar: OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Katılımcıların psikolojik sağlığına ilişkin frekans değerleri incelendiğinde %18,8'inin (95 kişi) psikiyatrik geçmişi bulunmakta, %40'ının (38 kişi) psikolojik

tedavileri devam etmektedir. Tanı alan grubun %23,2'sinin (22 kişi) Eksen I patolojisi olarak anksiyete bozukluğu, %21,2'sinin (21 kişi) duygudurum bozuklukları, %13,7'sinin (13 kişi) depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi, %18,1'inin (17 kişi) yeme bozuklukları, %10,5'inin (10 kişi) obsesif kompulsif bozukluk, %6,3'ünün (6 kişi) dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, %2,1'inin (2 kişi) panik bozukluk, %1,1'inin (1 kişi) travma sonrası stres bozukluğu ve %1'inin (1 kişi) uyku bozukluğu bildirdiği görülmüştür. Eksen II patolojisi olarak B kümesi kişilik patolojilerinden 1 kişi (%1,1) borderline, 1 kişi (%1,1) ise narsistik kişilik bozukluğu bildirmiştir.

Yeme bozukluğu tanısı olan katılımcıların %29,4'üne (5 kişi) anoreksiya nervoza, %29,4'üne (5 kişi) bulimiya nervoza, %5,9'una (1 kişi) tıkınırcasına yeme, %11,8'ine (2 kişi) seçici yeme ve %5,9'una (1 kişi) atipik yeme bozukluğu teşhisi konmuş, %17,6'sı (3 kişi) ise psikiyatrik tedavi görmelerine karşın hangi tanıları aldıklarını belirtmemiştir. Bununla beraber yeme bozukluğu tanısı olan katılımcıların %23,5'nin (4 kişi) depresyon ve anksiyete komorbiditesi, %11,8'inin (2 kişi) obsesif kompulsif bozukluk eş tanıları bulunmaktadır.

Katılımcıların %33,9'unun (171 kişi) "Hatırladığınız kadarı ile tüm yaşamınız boyunca, size ağır derecede zarar veren, sizi ölümlle yüz yüze getiren ya da çok sarsıcı ve üzücü bir olay başınızdan geçti mi?" sorusuna "Evet" yanıtını verdikleri görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplamasına göre katılımcıların %12,3'ü (62 kişi) zayıf, %60,7'si (306 kişi) normal, %20'si (101 kişi) fazla kilolu, %5,6'sı (28 kişi) obez, %1,4'ü (7 kişi) morbid obez kategorisinde yer almaktadır. Katılımcıların %18,8'inin (95 kişi) tanılanmış fiziksel bir rahatsızlığı bulunmaktadır; en sık bildirilen bedensel rahatsızlıklar arasında astım, diyabet, tiroid hastalıkları, irritabl bağırsak sendromu ve migren bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların %24,4'ü (123 kişi) sigara kullanımı, %33,7'si (170 kişi) alkol kullanımı ve %2'si (10 kişi) madde kullanımı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Ölçeklerin Genel Toplam ve Ortalama Toplam Puanları ile Faktör Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu

Değişken	n	En küçük değer	En büyük değer	\bar{x}	s
YTT-26 Ölçeği Genel Toplam Puanı	504	0	59	13,66	11,19
YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör Puanı	504	0	33	7,21	7,94
YTT-26 Kısıtlama Faktör Puanı	504	0	18	3,66	3,58
YTT-26 Sosyal Baskı Faktör Puanı	504	0	12	2,15	2,57
DYÖ Genel Toplam Puanı	487	30	148	80,99	29,65
DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör Puanı	487	11	55	29,14	12,62
DYÖ Olumsuz Duygular ile Başa Çıkabilmek için Yeme Faktör Puanı	487	10	50	25,72	12,10
DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör Puanı	487	6	30	16,24	5,02
DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanı	487	3	15	9,88	2,99
CTQ-33 Ölçeği Toplam Puan	504	30	114	54,00	18,10
CTQ-33 Duygusal Taciz Faktör Toplam Puanı	504	5	25	9,41	4,61
CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktör Puanı	504	5	23	6,56	3,34
CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktör Puanı	504	5	19	7,97	3,25
CTQ-33 Duygusal İhmal Faktör Puanı	504	5	25	11,64	5,06
CTQ-33 Cinsel Taciz Faktör Puanı	504	5	25	7,10	4,38
CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	504	2	10	4,12	2,15
CTQ-33 İnkâr Faktör Puanı	504	1	3	1,91	0,64
DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puan	504	1	4,92	2,26	0,78

Ölçeklerin betimleyici istatistik tablosuna göre YTT-26 genel toplam puanı için en küçük değer 0, en büyük değer 59 ($\bar{x}=13,66\pm 11,19$) olduğu görülmüş; Yeme Meşguliyeti Faktörü en küçük değeri 0, en büyük değeri 33 ($\bar{x}=7,21\pm 7,94$); Kısıtlama Faktörü en küçük değeri 0, en büyük değeri 18 ($\bar{x}= 3,66\pm 3,58$); Sosyal Baskı Faktörü en küçük değeri 0, en büyük değeri 12 ($\bar{x}= 2,15\pm 2,57$) olarak bulunmuştur. Duygusal Yeme Ölçeği genel toplam puanı için en küçük değer 30, en büyük değer 148 ($\bar{x}= 80,99\pm 29,65$) olduğu görülmüş; Gerginlik Durumunda Yeme Faktörü en küçük değeri 11, en büyük değeri 55 ($\bar{x}= 29,14\pm 12,62$); Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek için Yeme en küçük değeri 10, en büyük değeri 50 ($\bar{x}= 25,72\pm 12,10$); Kendini Kontrol Edebilme Faktörü en küçük değeri 6, en büyük değeri 30 ($\bar{x}= 16,24\pm 5,02$) ve Uyarın Karşısında Kontrol Faktörü en küçük değeri 3, en büyük değeri 15 ($\bar{x}= 9,88\pm 2,99$) olarak belirlenmiştir. CTQ-33 Ölçeği toplam puanı için en küçük değer 30, en büyük değer 114 ($\bar{x}= 54,00\pm 18,10$) olduğu görülmüş; Duygusal Taciz Faktörü en küçük değeri 5, en büyük değeri 25 ($\bar{x}= 9,41\pm 4,61$); Fiziksel Taciz Faktörü

en küçük değeri 5, en büyük değeri 23 ($\bar{x}= 6,56\pm3,34$); Fiziksel İhmal Faktörü en küçük değeri 5, en büyük değeri 19 ($\bar{x}= 7,97\pm3,25$); Duygusal İhmal Faktörü en küçük değeri 5, en büyük değeri 25 ($\bar{x}= 11,64\pm5,06$); Cinsel Taciz Faktörü en küçük değeri 5, en büyük değeri 25 ($\bar{x}= 7,10 \pm4,38$); Aşırı Koruma Kontrol Faktörü en küçük değeri 2, en büyük değeri 10 ($\bar{x}= 4,12\pm2,15$) ve İnkâr Faktörü en küçük değeri 1, en büyük değeri 3 ($\bar{x}= 1,91\pm0,64$) olarak bulunmuştur. DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı için en küçük değer 1, en büyük değer 4,92 ($\bar{x}= 2,26\pm0,78$) olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Faktör Yapıları için Güvenirlik Analizi Sonuçları

Değişken	n	k	Cronbach Alfa
YTT-26	503	26	0,85
YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktörü	504	11	0,90
YTT-26 Kısıtlama Faktörü	503	7	0,68
YTT-26 Sosyal Baskı Faktörü	504	4	0,58
DYÖ	487	30	0,96
DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktörü	487	11	0,94
DYÖ Olumsuz Duygular ile Başa Çıkabilmek için Yeme Faktörü	487	10	0,95
DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktörü	487	6	0,76
DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktörü	487	3	0,68
CTQ-33 Ölçeği	504	30	0,92
CTQ-33 Duygusal Taciz Faktörü	504	5	0,84
CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktörü	504	5	0,87
CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktörü	504	5	0,76
CTQ-33 Duygusal İhmal Faktörü	504	5	0,87
CTQ-33 Cinsel Taciz Faktörü	504	5	0,92
CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktörü	504	2	0,65
CTQ-33 İnkâr Faktörü	504	3	0,82
DIS-Q Ölçeği	503	63	0,97

Yapılan güvenirlilik analizi sonuçlarına göre Yeme Tutum Testi-26 Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Yeme Tutum Testi-26'nın faktörleri incelendiğinde; Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının Yeme Meşguliyeti Faktörü için 0,90, Kısıtlama Faktörü için 0,68 ve Sosyal Baskı Faktörü için 0,58 olduğu görülmüştür. Duygusal Yeme Ölçeğinin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak hesaplanmış, faktör bazında değerlendirildiğinde; Gerginlik Durumunda Yeme Faktörü için 0,94, Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktörü için 0,95, Kendini Kontrol Edebilme Faktörü için 0,76 ve Uyarın Karşısında Kontrol Faktörü için 0,68 olarak bulunmuştur. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı CTQ-33 Ölçeği için 0,92 olarak bulunmuş; faktörlere göre Duygusal Taciz Faktörü için 0,84,

Fiziksel Taciz Faktörü için 0,87, Fiziksel İhmal Faktörü için 0,76, Duygusal İhmal Faktörü için 0,87, Cinsel Taciz Faktörü için 0,92, Aşırı Koruma Kontrol Faktörü için 0,65 ve İnkâr Faktörü için 0,82 olarak hesaplanmıştır. DIS-Q Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,97’dir (Tablo 4).

2.5.1. Cinsiyet ve Cinsel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analizleriyle Karşılaştırılması

Tablo 5. Cinsiyet Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	p
			Kadın	Erkek		
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	17	0	17	0,029
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	4,1	0	3,4	
	Yok	Sayı	394	93	487	
		Satır Yüzdesi (%)	80,9	19,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	95,9	100	96,6	
Toplam		Frekans	411	93	504	
		Satır Yüzdesi (%)	81,5	18,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	100	8	108	0,000
		Satır Yüzdesi (%)	92,6	7,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	24,3	8,6	21,4	
	Düşük	Frekans	311	85	396	
		Satır Yüzdesi (%)	78,5	21,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	75,7	91,4	78,6	
Toplam		Frekans	411	93	504	
		Satır Yüzdesi (%)	81,5	18,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	217	38	255	0,009
		Satır Yüzdesi (%)	85,1	14,9	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	55,1	40,9	52,4	
	Düşük	Frekans	177	55	232	
		Satır Yüzdesi (%)	76,3	23,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	44,9	59,1	47,6	
Toplam		Frekans	394	93	487	
		Satır Yüzdesi (%)	80,9	19,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Katılımcıların cinsiyet özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan Fisher’ in Tam Olasılık Testi sonucuna göre katılımcıların cinsiyet özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir, $\chi^2_{(1)}= 3,981$; $p<0,05$. Bu sonuca göre kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısı bildirdiği söylenebilir.

Katılımcıların cinsiyet özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre katılımcıların cinsiyet özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir, $\chi^2_{(1)}= 11,144$; $p<0,001$. Bu sonuca göre kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla bozulmuş yeme tutumu bildirdiği söylenebilir.

Katılımcıların cinsiyet özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre katılımcıların cinsiyet özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir, $\chi^2_{(1)}= 6,096$; $p<0,01$. Bu sonuca göre kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla duygusal yeme davranışı bildirdiği söylenebilir.

Gruplar arası karşılaştırmalara ek olarak yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda kadın katılımcıların %4,1'inin (17 kişi) yeme bozukluğu tanısı aldığı, %24,3'ünün (100 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %55,1'inin (217 kişi) duygusal yeme davranışı sergilediği gözlenmiştir. Erkek katılımcılar arasında ise yeme bozukluğu tanısı alan kimsenin bulunmadığı, katılımcıların %8,6'sının (8 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %40,9'unun (38 kişi) duygusal yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre yeme bozukluğu tanısı alan tüm katılımcıların kadın olduğu ve kadın katılımcıların yarıdan fazlasının, erkek katılımcıların ise yarıya yakınının duygusal yeme davranışı gösterdiği söylenebilir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadın Homoseksüel ve Heteroseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Homoseksüel	Heteroseksüel		
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	0	13	13	0,813
		Satır Yüzdesi (%)	0	100	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	0	3,4	3,4	
	Yok	Frekans	6	366	372	
		Satır Yüzdesi (%)	1,6	98,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	96,6	96,6	
Toplam		Frekans	6	379	385	
		Satır Yüzdesi (%)	1,6	98,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	3	87	90	0,143
		Satır Yüzdesi (%)	3,3	96,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	23	23,4	
	Düşük	Frekans	3	292	295	
		Satır Yüzdesi (%)	1,0	99,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	77	76,6	
Toplam		Frekans	6	379	385	
		Satır Yüzdesi (%)	1,6	98,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	4	202	206	0,449
		Satır Yüzdesi (%)	1,9	98,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	66,7	55,2	55,4	
	Düşük	Frekans	2	164	166	
		Satır Yüzdesi (%)	1,2	98,8	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	33,3	44,8	44,6	
Toplam		Frekans	6	366	372	
		Satır Yüzdesi (%)	1,6	98,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,213$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 2,412$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan

Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 0,315$; $p > 0,05$.

Gruplar arası karşılaştırmalara ek olarak yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda homoseksüel kadın katılımcılar arasında yeme bozukluğu tanısı alan kimsenin bulunmadığı, katılımcıların %50'sinin (3 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %33,3'ünün (2 kişi) duygusal yeme davranışı sergilediği gözlenmiştir. Heteroseksüel kadın katılımcıların ise %3,4'ünün (13 kişi) yeme bozukluğu tanısı aldığı, %23'ünün (87 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %55,2'sinin (202 kişi) duygusal yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuçlara bakılarak, heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı almış olma ve duygusal yeme yaygınlığının daha fazla olmasına karşın homoseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumunun daha sık görüldüğü söylenebilir (Tablo 6).

Tablo 7. Kadın Heteroseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

		Cinsel Yönelim		Toplam	p	
		Heteroseksüel	Biseksüel			
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	13	4	17	0,009
		Satır Yüzdesi (%)	76,5	23,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	3,4	19	4,3	
	Yok	Frekans	366	17	379	
		Satır Yüzdesi (%)	95,6	4,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	96,6	81	95,8	
Toplam		Frekans	379	21	400	
		Satır Yüzdesi (%)	94,8	5,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	87	10	97	0,014
		Satır Yüzdesi (%)	89,7	10,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	23	47,6	24,3	
	Düşük	Frekans	292	11	303	
		Satır Yüzdesi (%)	94,6	3,6	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	77	52,4	75,8	
Toplam		Frekans	379	21	400	
		Satır Yüzdesi (%)	94,8	5,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	202	10	212	0,485
		Satır Yüzdesi (%)	95,3	4,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	55,2	58,8	55,4	
	Düşük	Frekans	164	7	171	
		Satır Yüzdesi (%)	95,9	41,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	44,8	41,2	44,6	
Toplam		Frekans	366	17	383	
		Satır Yüzdesi (%)	95,6	4,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir, $\chi^2_{(1)}= 11,926$; $p<0,05$. Bu sonuca göre heteroseksüel kadınların biseksüel kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısı bildirdiği söylenebilir.

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir, $\chi^2_{(1)}= 6,589$; $p<0,05$. Bu sonuca göre heteroseksüel kadınların biseksüel kadınlara göre daha fazla bozulmuş yeme tutumu bildirdiği söylenebilir.

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile duygusal yeme tutumu seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,087$; $p>0,05$.

Biseksüel kadın katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda, katılımcıların %19'unun (4 kişi) yeme bozukluğu tanısı aldığı, %47,6'sının (10 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %58,8'inin (10 kişi) duygusal yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Heteroseksüel kadınların biseksüel kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısı ve bozulmuş yeme tutumu bildirmelerine karşın heteroseksüel ve biseksüel kadınların grup içi yüzdeler dağılımları incelendiğinde biseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzdelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 7).

Tablo 8. Kadın Homoseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	p
			Homoseksüel	Biseksüel		
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	0	4	4	0,341
		Satır Yüzdesi (%)	0	100	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	0	19	14,8	
	Yok	Frekans	6	17	23	
		Satır Yüzdesi (%)	26,1	73,9	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	81	85,2	
Toplam		Frekans	6	21	27	
		Satır Yüzdesi (%)	22,2	77,8	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	3	10	13	0,638
		Satır Yüzdesi (%)	23,1	76,9	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	47,6	48,1	
	Düşük	Frekans	3	11	14	
		Satır Yüzdesi (%)	21,4	78,6	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	52,4	51,9	
Toplam		Frekans	6	21	27	
		Satır Yüzdesi (%)	22,2	77,8	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	4	10	14	0,565
		Satır Yüzdesi (%)	28,6	71,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	66,7	58,8	60,9	
	Düşük	Frekans	2	7	9	
		Satır Yüzdesi (%)	22,2	77,8	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	33,3	41,2	39,1	
Toplam		Frekans	6	17	23	
		Satır Yüzdesi (%)	26,1	73,9	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan Fisher' in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 1,342$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,011$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel

yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 0,115$; $p > 0,05$.

Ayrıca yüzdeler dağılımlara bakılarak yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda biseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı (%19) ve duygusal yeme yüzdeler diliminin (%41,2); homoseksüel kadınlar arasında ise bozulmuş yeme tutumu yüzdeler diliminin (%50) daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 8).

Tablo 9. Kadın Homoseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Homoseksüel	Aseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	3	0	3	0,121
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	0	27,3	
	Düşük	Frekans	3	5	8	
		Satır Yüzdesi (%)	37,5	62,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	50	100	72,7	
Toplam		Frekans	6	5	11	
		Satır Yüzdesi (%)	54,5	45,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	4	1	5	0,175
		Satır Yüzdesi (%)	80,0	20,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	66,7	20	45,5	
	Düşük	Frekans	2	4	6	
		Satır Yüzdesi (%)	33,3	66,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	33,3	80	54,5	
Toplam		Frekans	6	5	11	
		Satır Yüzdesi (%)	54,5	45,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puanı seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 3,438$; $p > 0,05$.

Kadın katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 2,396$; $p > 0,05$.

Buna ek olarak aseksüel kadın katılımcılar arasında yeme bozukluğu tanısı ve bozulmuş yeme tutumu bildirilmemiş, katılımcıların %20'sinin (1 kişi) duygusal yeme

davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre homoseksüel ve aseksüel kadınlar arasında grup içi yüzdelerle bakılarak yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda homoseksüel kadınlar arasında daha yüksek bozulmuş yeme tutumu (%50) ve duygusal yeme (%33,3) yüzdelerle gözlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Kadın Heteroseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Heteroseksüel	Aseksüel		
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	13	0	13	0,841
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	3,4	0	3,4	
	Yok	Frekans	366	5	371	
		Satır Yüzdesi (%)	98,7	1,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	96,6	100	96,6	
Toplam		Frekans	379	5	384	
		Satır Yüzdesi (%)	98,7	1,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	87	0	87	0,275
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	23	0	22,7	
	Düşük	Frekans	292	5	297	
		Satır Yüzdesi (%)	98,3	1,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	77	100	77,3	
Toplam		Frekans	379	5	384	
		Satır Yüzdesi (%)	98,7	1,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	202	1	203	0,132
		Satır Yüzdesi (%)	99,5	0,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	55,2	20	54,7	
	Düşük	Frekans	164	4	168	
		Satır Yüzdesi (%)	97,6	2,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	44,8	80	45,3	
Toplam		Frekans	366	5	471	
		Satır Yüzdesi (%)	98,7	1,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan Fisher' in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 0,178$; $p > 0,05$.

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher' in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların heteroseksüel ve aseksüel

yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 1,484$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların heteroseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların heteroseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 2,465$; $p>0,05$.

Gruplar arası karşılaştırmalara ek olarak yapılan yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda heteroseksüel kadınların yeme bozukluğu tanısı (%3,4), bozulmuş yeme tutumu (%23) ve duygusal yeme (%55,2) yüzdelik dilimlerinin aseksüel kadınlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 10).

Tablo 11. Kadın Biseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Biseksüel	Aseksüel		
Yeme Bozukluğu Tanısı	Var	Frekans	4	0	4	0,400
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	19	0	15,4	
	Yok	Frekans	17	5	22	
		Satır Yüzdesi (%)	77,3	22,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	81	100	84,6	
Toplam		Frekans	21	5	26	
		Satır Yüzdesi (%)	80,8	19,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	10	0	10	0,066
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	47,6	0	38,5	
	Düşük	Frekans	11	5	16	
		Satır Yüzdesi (%)	68,8	31,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	52,4	100	61,5	
Toplam		Frekans	21	5	27	
		Satır Yüzdesi (%)	80,8	19,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	10	1	11	0,155
		Satır Yüzdesi (%)	90,9	9,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	58,8	20	50	
	Düşük	Frekans	7	4	11	
		Satır Yüzdesi (%)	63,6	36,4	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	41,2	80	50	
Toplam		Frekans	17	5	22	
		Satır Yüzdesi (%)	77,3	22,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için

yapılan Fisher' in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile yeme bozukluğu tanısının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,126$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 3,869$; $p>0,05$.

Kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre kadın katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 2,329$; $p>0,05$.

Ayrıca grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda biseksüel kadınların yeme bozukluğu tanısı (%19), bozulmuş yeme tutumu (%47,6) ve duygusal yeme (%58,8) yüzdeleri dilimlerinin aseksüel kadınlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 11).

Tablo 12. Erkek Homoseksüel ve Heteroseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	p
			Homoseksüel	Heteroseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	1	6	7	0,448
		Satır Yüzdesi (%)	14,3	85,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	14,3	7,3	7,9	
	Düşük	Frekans	6	76	82	
		Satır Yüzdesi (%)	7,3	92,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	85,7	92,7	92,1	
Toplam		Frekans	7	82	89	
		Satır Yüzdesi (%)	7,9	92,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	5	32	37	0,103
		Satır Yüzdesi (%)	13,5	86,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	71,4	39	41,6	
	Düşük	Frekans	2	50	52	
		Satır Yüzdesi (%)	3,8	96,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	28,6	61	58,4	
Toplam		Frekans	7	82	89	
		Satır Yüzdesi (%)	7,9	92,1	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,432$; $p>0,05$.

Erkek katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 2,788$; $p>0,0$.

Gruplar arası karşılaştırmalara ek olarak yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda, homoseksüel erkek katılımcıların %14,3'ünün (1 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %71,4'ünün (5 kişi) duygusal yeme davranışı sergilediği gözlenmiştir. Heteroseksüel erkek katılımcıların ise %7,3'ünün (6 kişi) yeme tutumunda bozulma olduğu ve %39'unun (32 kişi) duygusal yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre homoseksüel erkek katılımcıların bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzdelik dilimlerinin heteroseksüel erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 12).

Tablo 13. Erkek Heteroseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	p
			Heteroseksüel	Biseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	6	0	6	0,801
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	7,3	0	7,1	
	Düşük	Frekans	76	3	79	
		Satır Yüzdesi (%)	96,2	3,8	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	92,7	100	92,9	
Toplam		Frekans	82	3	85	
		Satır Yüzdesi (%)	96,5	3,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	32	0	32	0,237
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	39	0	37,6	
	Düşük	Frekans	50	3	53	
		Satır Yüzdesi (%)	94,3	5,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	61	100	62,4	
Toplam		Frekans	82	3	85	
		Satır Yüzdesi (%)	96,5	3,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve heteroseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 0,236$; $p > 0,05$.

Erkek katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların heteroseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 1,878$; $p > 0,05$.

Ayrıca yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda, heteroseksüel erkekler arasında biseksüel erkeklere göre daha yüksek bozulmuş yeme tutumu (%7,3) ve duygusal yeme (%39) yüzdelik dilimleri görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 14. Erkek Homoseksüel ve Biseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Homoseksüel	Biseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	1	0	1	0,700
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	14,3	0	10	
	Düşük	Frekans	6	3	9	
		Satır Yüzdesi (%)	66,7	33,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	85,7	100	90	
Toplam		Frekans	7	3	10	
		Satır Yüzdesi (%)	70,0	30,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	5	0	5	0,083
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	71,4	0	50	
	Düşük	Frekans	2	3	5	
		Satır Yüzdesi (%)	40,0	60,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	28,6	100	50	
Toplam		Frekans	7	3	10	
		Satır Yüzdesi (%)	70,0	30,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 0,476$; $p > 0,05$.

Erkek katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve biseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 4,286$; $p>0,05$.

Gruplar arası karşılaştırmalara ek olarak grup içi yüzdelerle bakılarak yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda homoseksüel erkekler arasında bozulmuş yeme tutumu (%14,3) ve duygusal yeme (%71,4) yüzdelerinin biseksüel erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 14).

Tablo 15. Erkek Homoseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Homoseksüel	Aseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	1	1	2	0,250
		Satır Yüzdesi (%)	50	50	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	14,3	100	25	
	Düşük	Frekans	6	0	6	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	85,7	0	75	
Toplam		Frekans	7	1	8	
		Satır Yüzdesi (%)	87,5	12,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	5	1	6	0,750
		Satır Yüzdesi (%)	83,3	16,7	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	71,4	100	75	
	Düşük	Frekans	2	0	2	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	28,6	0	25	
Toplam		Frekans	7	1	8	
		Satır Yüzdesi (%)	87,5	12,5	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 3,429$; $p>0,05$.

Erkek katılımcıların homoseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların homoseksüel ve aseksüel

yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,381$; $p>0,05$.

Buna ek olarak erkek katılımcılar içerisinde cinsel yönelimini asexual olarak belirten bir kişinin bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Asexual yönelimli erkek katılımcı sayısı birden fazla olmadığı için diğer yönelimden erkek katılımcılarla arasında grup içi yüzdelerle bakılarak karşılaştırma yapılmamıştır (Tablo 15).

Tablo 16. Erkek Heteroseksüel ve Asexual Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	p
			Heteroseksüel	Asexual		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	6	1	7	0,084
		Satır Yüzdesi (%)	85,7	14,3	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	7,3	100	8,4	
	Düşük	Frekans	76	0	76	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	92,7	0	91,6	
Toplam		Frekans	82	1	83	
		Satır Yüzdesi (%)	98,8	1,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	32	1	33	0,398
		Satır Yüzdesi (%)	97,0	3,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	39	100	39,8	
	Düşük	Frekans	50	0	50	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	61	0	60,2	
Toplam		Frekans	82	1	83	
		Satır Yüzdesi (%)	98,8	1,2	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların heteroseksüel ve asexual yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların heteroseksüel ve asexual yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 10,990$; $p>0,05$.

Erkek katılımcıların heteroseksüel ve asexual yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların heteroseksüel ve asexual yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)}= 0,398$; $p>0,05$ (Tablo 16).

Tablo 17. Erkek Biseksüel ve Aseksüel Yönelim Gruplarına göre Yeme Bozukluğu Tanısının, YTT-26 ve DYÖ Toplam Puan Seviyelerinin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Cinsel Yönelim		Toplam	P
			Biseksüel	Aseksüel		
YTT-26 Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	0	1	1	0,250
		Satır Yüzdesi (%)	0	100	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	0	100	25	
	Düşük	Frekans	3	0	3	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	0	75	
Toplam		Frekans	3	1	4	
		Satır Yüzdesi (%)	75,0	25,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	
DYÖ Toplam Puanı	Yüksek	Frekans	0	1	1	0,250
		Satır Yüzdesi (%)	0	100	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	0	100	25	
	Düşük	Frekans	3	0	3	
		Satır Yüzdesi (%)	100	0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	0	75	
Toplam		Frekans	3	1	4	
		Satır Yüzdesi (%)	75,0	25,0	100	
		Sütun Yüzdesi (%)	100	100	100	

Erkek katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre YTT-26 toplam puanı için 20 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile YTT-26 toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 4,000$; $p > 0,05$.

Erkek katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özelliklerine göre DYÖ toplam puanı için 75 puan kesme noktası alınarak yapılan Fisher'in Tam Olasılık Testi sonucuna göre erkek katılımcıların biseksüel ve aseksüel yönelimden olma özellikleri ile DYÖ toplam puan seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, $\chi^2_{(1)} = 4,000$; $p > 0,05$ (Tablo 17).

2.5.2. Çalışmadaki Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 18. CTQ-33 ve DIS-Q Ölçeklerinin YTT-26 ve Duygusal Yeme Ölçeği ile Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken	CTQ-33 Ölçeği	Duygusal Taciz	Fiziksel Taciz	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel Taciz	Aşırı Koruma Kontrol	DIS-Q Ölçeği
YTT-26	0,179**	0,173**	0,103*	0,056	0,105*	0,110*	0,195**	0,363**
Yeme Meşguliyeti	0,202**	0,175**	0,113*	0,079	0,141**	0,128**	0,193**	0,369**
Kısıtlama	0,017	0,037	0,007	-0,009	-0,047	0,028	0,074	0,011
Sosyal Baskı	0,106*	0,103*	0,067	0,067	0,070	0,023	0,078	0,183**
DYÖ	0,304**	0,293**	0,152**	0,110*	0,256**	0,127**	0,264**	0,370**
Gerginlik Durumunda Yeme	0,301**	0,283**	0,144**	0,103*	0,259**	0,133**	0,257**	0,344**
Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme	0,304**	0,304**	0,153**	0,117**	0,252**	0,119**	0,265**	0,335**
Kendini Kontrol Edebilme	0,213**	0,200**	0,131**	0,079	0,183**	0,072	0,168**	0,334**
Uyaran Karşısında Kontrol	0,142**	0,142**	0,035	0,014	0,100*	0,076	0,185**	0,302**

*p < 0,05; **p<0,01; ***p <0,001

Yapılan Korelasyon analizi sonucuna göre YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,179$; $p<0,01$). YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,173$; $p<0,01$). YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz Faktör arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,103$; $p<0,01$). YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,056$; $p>0,05$). YTT-

26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,105$; $p<0,05$). YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,110$; $p<0,05$). YTT-26 toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,195$; $p<0,01$). YTT-26 toplam puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,363$; $p<0,01$).

YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,202$; $p<0,01$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,175$; $p<0,01$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,113$; $p<0,05$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($r= 0,079$; $p>0,05$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,141$; $p<0,01$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,128$; $p<0,01$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,193$; $p<0,01$). YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,369$; $p<0,01$).

YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı ile bağımsız değişkenleri ölçmek için kullanılan CTQ-33 ve DIS-Q ölçekleri toplam ve faktör puanları arasındaki ilişkinin hiç birinde istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir ($p>0,05$).

YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,106$; $p<0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz Faktör puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,103$; $p<0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,067$; $p>0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,067$; $p>0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,070$; $p>0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,023$; $p>0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,078$; $p>0,05$). YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,183$; $p<0,01$).

DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,304$; $p<0,01$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,293$; $p<0,01$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,152$; $p<0,05$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,110$; $p<0,05$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,256$; $p<0,01$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,127$; $p<0,01$). DYÖ genel toplam puanı ile CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,264$; $p<0,01$). DYÖ genel toplam puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,370$; $p<0,01$).

DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,301$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal

Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,283$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,144$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,103$; $p<0,05$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,259$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,133$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,257$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,344$; $p<0,01$).

DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,304$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,304$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,153$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,117$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,252$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,119$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,265$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz

Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,335$; $p<0,01$).

DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,213$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,200$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Yeme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,131$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,079$; $p>0,05$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,183$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,072$; $p>0,05$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,168$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,334$; $p<0,01$).

DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,142$; $p<0,01$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,142$; $p<0,01$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,035$; $p>0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Fiziksel İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,014$; $p>0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Duygusal İhmal Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,100$; $p<0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Cinsel Taciz Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır

($r= 0,076$; $p<0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile CTQ-33 Aşırı Koruma Kontrol Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= 0,185$; $p<0,01$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,302$; $p<0,01$) (Tablo 18).

Tablo 19. Yeme Tutum Testi-26 ile Duygusal Yeme Ölçeğinin Korelasyon Analizi Sonuçları

(n= 487)	DYÖ	Gerginlik Durumunda Yeme	Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme	Kendini Kontrol Edebilme	Uyarın Karşısında Kontrol
YTT-26	0,438**	0,407**	0,432**	0,312**	0,365**
Yeme Meşguliyeti	0,652**	0,597**	0,627**	0,557**	0,474**
Kısıtlama	-0,083	-0,061	-0,027	-0,248**	-0,047
Sosyal Baskı	-0,086	-0,083	-0,115*	-0,067	0,068

* $p < 0,05$; ** $p<0,01$; *** $p <0,001$

YTT-26 genel toplam puanı ile DYÖ genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,438$; $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile YTT-26 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,407$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile YTT-26 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,432$; $p<0,01$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile YTT-26 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,312$; $p<0,01$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile YTT-26 genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,365$; $p<0,01$).

YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı ile DYÖ genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, güçlü bir ilişki vardır ($r= 0,652$, $p<0,01$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,597$; $p<0,01$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, güçlü bir ilişki vardır ($r= 0,627$; $p<0,557$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme

Faktör puanı ile YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,557$; $p<0,01$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanı ile YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki vardır ($r= 0,474$; $p<0,01$).

YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı ile DYÖ genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,083$, $p>0,05$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,061$; $p>0,05$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,027$; $p>0,05$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= -0,248$; $p>0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanı ile YTT-26 Kısıtlama Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,047$; $p>0,05$).

YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı ile DYÖ genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,086$, $p>0,05$). DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,083$; $p>0,05$). DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör puanı ile YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r= -0,115$; $p<0,05$). DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör puanı ile YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,067$; $p>0,05$). DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör puanı ile YTT-26 Sosyal Baskı Faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= 0,068$; $p>0,05$) (Tablo 19).

**2.5.3. Cinsel Yönelime Göre Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme Puanlarının
Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Disosiyasyon Tarafından
Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Tablo 20. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	9,818	1,136	-	8,639	0,000
		Fiziksel Taciz Faktörü Puanı	0,564	0,157	0,165	3,592	0,000
		R ² = 0,027		F(1, 459)= 12,899		p= 0,000	
	2	Sabit	2,159	1,642	-	1,315	0,189
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,364	0,154	0,107	2,358	0,019
		DIS-Q Toplam Puanı	3,976	0,636	0,283	6,247	0,000
R ² = 0,104		F(2, 458)= 26,494		p=0,000			
Biseksüel	1	Sabit	6,140	5,548	-	1,107	0,280
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	2,693	1,209	0,429	2,227	0,037
		R ² = 0,184		F(1, 22)= 4,959		p= 0,037	
	2	Sabit	-4,360	7,117	-	-0,613	0,546
		DIS-Q Toplam Puanı	8,711	2,726	0,563	3,196	0,004
		R ² = 0,317		F(1, 22)= 10,213		p=0,004	

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre heteroseksüel katılımcılar için elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(459)= 8,639$; $p<0,001$) ve Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(459)= 3,592$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 459)}= 12,899$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,027 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %3'ü Fiziksel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 genel toplam puanını 0,564 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modelde göre sabit parametrenin ($t(458)= 1,316$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, CTQ,33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(458)= 2,358$; $p<0,05$) ve DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(458)= 6,247$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 458)}= 26,494$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,104 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %10'u CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 genel toplam puanını 0,364 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise YTT-26 genel toplam puanını 3,976 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(22)= 1,107$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(22)= 2,227$; $p>0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 22)}= 4,959$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,184 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %18'i Aşırı Koruma Kontrol faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 genel toplam puanını 2,693 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modelde göre sabit parametrenin ($t(22)= -0,613$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(22)= 3,196$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 22)= 10,213$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,317 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %32'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 genel toplam puanını 8,711 birim artıracaktır (Tablo 20).

Bunun yanı sıra homoseksüel ve aseksüel katılımcılar için tahmin edilecek parametre sayısından daha fazla örnek birim sayısı olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır (Gürüş ve Astar, 2019).

Tablo 21. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Yeme Meşguliyeti Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	4,133	0,815	-	5,074	0,000
		Duygusal Taciz Faktörü Puanı	0,320	0,079	0,185	4,035	0,000
		$R^2= 0,034$		$F(1, 459)= 16,278$		$p= 0,000$	
	2	Sabit	-1,762	1,150		-1,533	0,126
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,253	0,108	0,104	2,338	0,020
		DIS-Q Toplam Puanı	3,201	0,446	0,320	7,182	0,000
$R^2= 0,127$		$F(2, 458)= 33,455$		$p= 0,000$			
Biseksüel	1	Sabit	1,893	3,848	-	0,492	0,628
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	1,975	0,839	0,449	2,355	0,028
		$R^2= 0,201$		$F(1, 22)= 5,545$		$p= 0,028$	
	2	Sabit	-8,495	4,377	-	-1,941	0,065
		DIS-Q Toplam Puanı	7,472	1,676	0,689	4,458	0,000
		$R^2= 0,475$		$F(1, 22)= 19,873$		$p= 0,000$	

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu heteroseksüel katılımcılar için elde edilen 1.

Modele göre sabit parametrenin ($t(459)= 5,074$; $p<0,001$); Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(459)= 4,035$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 459)}= 16,278$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,034 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %3'ü Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,320 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(458)= -1,533$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(458)= 2,338$; $p<0,05$) ve DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(458)= 7,182$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 458)}= 33,455$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,127 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %13'ü CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,253 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 3,201 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(22)= 0,492$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(22)= 2,355$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 22)}= 5,545$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik

katsayısının 0,201 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %20'i Aşırı Koruma Kontrol faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 1,975 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(22) = -1,941$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(22) = 4,458$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 22)} = 19,873$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,475 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %47'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 7,472 birim artıracaktır (Tablo 21).

Diğer taraftan homoseksüel ve aseksüel katılımcılar için tahmin edilecek parametre sayısından daha fazla örnek birim sayısı olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 22. Cinsel Yönelime Göre YTT-26 Sosyal Baskı Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Homoseksüel	1	Sabit	-0,395	0,945	-	-0,418	0,684
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	0,548	0,198	0,641	2,772	0,018
		R ² = 0,411		F(1, 11)= 7,686		p= 0,018	
Heteroseksüel	1	Sabit	1,058	0,362	-	2,925	0,004
		DIS-Q Toplam Puanı	0,485	0,152	0,148	3,196	0,001
		R ² = 0,022		F(1, 459)= 10,215		p= 0,001	
Aseksüel	1	Sabit	17,264	1,355	-	12,744	0,000
		Duygusal İhmal Faktörü Puanı	-0,960	0,093	-0,982	-10,361	0,000
		R ² = 0,964		F(1, 4)= 107,352		p= 0,000	

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre homoseksüel katılımcılar için sabit parametrenin ($t(11) = -0,418$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(11) = 2,772$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1,11) = 7,686$; $p < 0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,411 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre homoseksüel katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %41'i CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,548 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(459) = 2,925$; $p < 0,01$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(4459) = 3,196$; $p < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 459) = 10,215$; $p < 0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,022 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre

heteroseksüel katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %2'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,485 birim artıracaktır.

Aseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(4)= 12,744$; $p<0,05$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(4)= -10,361$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 4)= 107,352$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,964 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre aseksüel katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %96'sı CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,960 birim azaltacaktır (Tablo 22).

Biseksüel katılımcılar için örnek birim sayısının tahmin edilecek parametre sayısından daha büyük olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 23. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	60,107	3,237	-	18,571	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	1,403	0,357	0,216	3,931	0,000
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	1,906	0,755	0,139	2,526	0,012
		$R^2= 0,100$ $F(2, 445)= 24,772$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	42,044	4,143	-	10,147	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	1,274	0,294	0,196	4,337	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	12,040	1,705	0,319	7,060	0,000
		$R^2= 0,179$ $F(2, 445)= 48,584$ $p= 0,000$					

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

sonucu heteroseksüel katılımcılar için elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 18,571$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 3,931$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 445)}= 24,772$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,100 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %10'u Duygusal Taciz ve Aşırı Koruma Kontrol faktör puanları tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ genel toplam puanını 1,403 birim, Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birim artış ise DYÖ genel toplam puanını 1,906 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 10,147$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 4,337$; $p<0,001$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 7,060$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 445)}= 48,584$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,179 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %18'si CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ genel toplam puanını 1,274 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ genel toplam puanını 12,040 birim artıracaktır (Tablo 23).

Homoseksüel, biseksüel ve aseksüel katılımcılara gelindiğinde, tahmin edilecek parametre sayısından daha fazla örnek birim sayısı olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 24. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	20,432	1,383	-	14,773	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,587	0,153	0,212	3,846	0,000
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	0,785	0,323	0,134	2,433	0,015
		R ² = 0,095 F(2, 445)= 23,448 p= 0,000					
	2	Sabit	13,323	1,783	-	7,470	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,544	0,126	0,196	4,298	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	4,770	0,734	0,297	6,498	0,000
		R ² = 0,163 F(2, 445)= 43,250 p= 0,000					

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu heteroseksüel katılımcılar için elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 14,773$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 3,846$; $p<0,001$) ve Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 2,433$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(2, 445)= 23,448$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,095 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %9'u Duygusal Taciz ve Aşırı Koruma Kontrol faktör puanları tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,587 birim, Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,785 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 7,470$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 4,298$; $p<0,001$) ve DIS-Q Ölçeği

toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 6,498$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(2, 445)= 43,250$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,163 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %16'sı CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,544 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 4,770 birim artıracaktır (Tablo 24).

Homoseksüel, biseksüel ve aseksüel katılımcılar için örnek birim sayısının tahmin edilecek parametre sayısından düşük olması dolayısıyla serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 25. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	17,268	1,319	-	13,090	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,577	0,146	0,218	3,965	0,000
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	0,751	0,308	0,134	2,442	0,015
		$R^2= 0,099$ $F(2, 445)= 24,456$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	11,046	1,712	-	6,452	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,554	0,121	0,209	4,560	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	4,233	0,705	0,275	6,007	0,000
$R^2= 0,155$ $F(2, 445)= 40,952$ $p= 0,000$							
Biseksüel	1	Sabit	17,259	4,273	-	4,039	0,001
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	0,792	0,360	0,460	2,199	0,041
		$R^2= 0,212$ $F(1, 18)= 4,834$ $p= 0,041$					

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu heteroseksüel

katılımcılar için elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 13,090$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 3,965$; $p<0,001$) ve Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 2,442$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 445)}= 24,456$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,099 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %10'ı Duygusal Taciz ile Cinsel Taciz faktör puanları tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,577 birim, Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,751 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 6,452$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 4,560$; $p<0,001$) ve DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 6,007$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 445)}= 40,952$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,155 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %15'i CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,554 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 4,233 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon

Analizi sonucu elde edilen modele göre sabit parametrenin ($t(18)= 4,039$; $p<0,01$), CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(18)= 2,199$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 18)= 4,834$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,212 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %21'i CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,792 birim artıracaktır (Tablo 25).

Diğer taraftan homoseksüel ve aseksüel katılımcılar için örnek birim sayısının tahmin edilecek parametre sayısından düşük olması dolayısıyla serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 26. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Homoseksüel	1	Sabit	21,901	2,566	-	8,536	0,000
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	-0,599	0,269	-0,558	-2,228	0,048
		$R^2= 0,311$ $F(1, 11)= 4,963$ $p= 0,048$					
Heteroseksüel	1	Sabit	14,145	0,526	-	26,899	0,000
		Duygusal Taciz Faktörü Puanı	0,229	0,051	0,208	4,484	0,000
		$R^2= 0,043$ $F(1, 446)= 20,111$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	10,609	0,765	-	13,875	0,000
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,119	0,046	0,120	2,597	0,010
		DIS-Q Toplam Puanı	1,902	0,295	0,297	6,440	0,000
$R^2= 0,121$ $F(2, 445)= 30,713$ $p= 0,000$							
Biseksüel	1	Sabit	10,630	1,325	-	8,023	0,000
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	0,421	0,112	0,664	3,771	0,001
		$R^2= 0,441$ $F(1, 18)= 14,218$ $p= 0,001$					
Aseksüel	1	Sabit	27,286	1,346	-	20,265	0,000
		Fiziksel İhmal Faktör Puanı	-1,238	0,172	-0,964	-7,211	0,002
		$R^2= 0,929$ $F(1, 4)= 52,000$ $p= 0,002$					

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre homoseksüel katılımcılar için sabit parametrenin ($t(11)= 8,536; p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(11)= -2,228; p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 11)}= 5,963; p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,311 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre homoseksüel katılımcıların DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %31'i CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,599 birim azaltacaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının Kendini Kontrol Edebilme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(445)= 13,875; p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(446)= 4,484; p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 446)}= 20,111; p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,043 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %4'ü Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,229 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(446)= 26,899; p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 2,597; p<0,05$) ve DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 6,440; p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek

için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 445)} = 30,713$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,121 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %12'si CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,119 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 1,902 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(18) = 8,023$; $p < 0,001$), CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(18) = 3,771$; $p < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 18)} = 14,218$; $p < 0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,441 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %44'ü CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,421 birim artıracaktır.

Aseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(4) = 20,265$; $p < 0,001$), CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(4) = -7,211$; $p < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 4)} = 52,00$; $p < 0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,929 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre aseksüel katılımcıların DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %44'ü CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal faktör puanındaki 1 birim artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 1,238 birim azaltacaktır (Tablo 26).

Tablo 27. Cinsel Yönelime Göre DYÖ Uyararı Karşısında Kontrol Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsel Yönelim	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Heteroseksüel	1	Sabit	8,738	0,300	-	29,156	0,000
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	0,277	0,065	0,198	4,272	0,000
		$R^2= 0,039$ $F(1, 446)= 18,246$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	6,677	0,434	-	15,392	0,000
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	0,162	0,065	0,116	2,497	0,013
		DIS-Q Toplam Puan	1,128	0,178	0,294	6,344	0,000
$R^2= 0,119$ $F(2, 445)= 30,050$ $p= 0,000$							
Biseksüel	1	Sabit	6,715	1,468	-	4,575	0,000
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,251	0,108	0,479	2,315	0,033
		$R^2= 0,229$ $F(1, 18)= 5,358$ $p= 0,033$					
Aseksüel	1	Sabit	10,770	0,336	-	32,017	0,000
		Aşırı Koruma Kontrol Faktör Puanı	-0,972	0,094	-0,613	-10,362	0,002
		Cinsel Taciz Toplam Puanı	0,406	0,017	1,407	23,787	0,000
		$R^2= 0,996$ $F(2, 3)= 375,598$ $p= 0,000$					

Cinsel yönelime göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Uyararı Karşısında Kontrol faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu heteroseksüel katılımcılar için elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(446)= 29,156$; $p<0,001$), Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(446)= 4,272$; $p<0,001$), istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 446)= 18,246$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,039 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Uyararı Karşısında Kontrol faktör puanının %4'ü Aşırı Koruma Kontrol faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Uyararı Karşısında Kontrol faktör puanını 0,277 birim artıracaktır.

Heteroseksüel katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarına DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı eklenerek elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin

($t(445)= 15,392$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(445)= 2,497$; $p<0,05$), DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanına ait eğim parametresinin($t(445)= 6,344$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 445)}= 30,050$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,119 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre heteroseksüel katılımcıların DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanının %20'si CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,162 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 1,128 birim artıracaktır.

Biseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Modeline göre sabit parametrenin ($t(18)= 4,575$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(18)= 2,315$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 18)}= 5,358$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,229 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre biseksüel katılımcıların DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanının %22'si CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,251 birim artıracaktır.

Aseksüel katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(3)= 32,017$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(3)= -10,362$; $p<0,01$), CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(3)= 23,787$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 3)}= 375,59$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,996 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre aseksüel katılımcıların DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanının %99'u CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol ve Cinsel Taciz faktör

puanları tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Aşırı Koruma Kontrol faktör puanındaki 1 birim artış DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,972 birim azaltacak, CTQ-33 Ölçeği Cinsel Taciz faktör puanı ise DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,406 birim artıracaktır (Tablo 27).

Homoseksüel katılımcılara gelindiğinde ise örnek birim sayısı tahmin edilecek parametre sayısından düşük olduğu için serbestlik derecesi hesaplanamamış olup regresyon analizi yapılamamıştır.

2.5.4. Cinsiyet Gruplarına Göre Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme Puanlarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Disosiyasyon Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 28. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	9,914	1,241	-	7,991	0,000
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,710	0,173	0,199	4,111	0,000
		R ² = 0,040 F(2, 408)= 16,899 p= 0,000					
	2	Sabit	2,041	1,783	-	1,144	0,253
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,476	0,171	0,133	2,790	0,006
		DIS-Q Toplam Puanı	4,116	0,693	0,284	5,936	0,000
R ² = 0,116 F(2, 408)= 26,776 p= 0,000							
Erkek	1	Sabit	6,523	1,945	-	3,353	0,001
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	0,527	0,254	0,212	2,073	0,041
		R ² = 0,045 F(1, 91)= 4,297 p= 0,041					
	2	Sabit	1,575	2,861	-	0,550	0,583
		DIS-Q Toplam Puanı	3,835	1,227	0,311	3,126	0,002
		R ² = 0,097 F(1, 91)= 9,770 p= 0,002					

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 genel toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için sabit parametrenin (t(408)=

7,991; $p < 0,001$), Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(408) = 4,111$; $p < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 408)} = 16,899$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,040 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YYT-26 genel toplam puanının %5'i Fiziksel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 genel toplam puanını 0,710 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(408) = 1,144$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(408) = 2,790$; $p < 0,01$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(408) = 5,936$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 408)} = 26,776$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,116 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YYT-26 genel toplam puanının %11'i CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 genel toplam puanını 0,476 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise YTT-26 genel toplam puanını 4,116 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 faktörlerinin YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(91) = 3,353$; $p > 0,01$), Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(91) = 2,073$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)} = 4,297$; $p < 0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,045 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %4'ü Cinsel Taciz faktör puanı tarafından

açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 genel toplam puanını 3,527 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(91)= 0,550$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 3,126$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)}= 9,770$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,097 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların YTT-26 genel toplam puanının %10'u DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 genel toplam puanını 3,835 birim artıracaktır (Tablo 28).

Tablo 29. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Yeme Meşguliyeti Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	4,436	0,889	-	4,991	0,000
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,516	0,124	0,202	4,174	0,000
		$R^2= 0,041$ $F(1, 409)= 17,419$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	-1,197	1,366	-	-0,877	0,381
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,390	0,125	0,153	3,123	0,002
		Fiziksel İhmal Faktör Puanı	-0,261	0,128	-0,100	-2,039	0,042
DIS-Q Toplam Puanı		3,715	0,493	0,358	7,533	0,000	
$R^2= 0,159$ $F(3, 407)= 25,672$ $p= 0,000$							
Erkek	1	Sabit	1,220	1,648	-	0,740	0,461
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,309	0,131	0,241	2,368	0,020
		$R^2= 0,058$ $F(1, 91)= 5,606$ $p= 0,020$					
	2	Sabit	-0,104	1,943	-	-0,054	0,957
		DIS-Q Toplam Puanı	2,232	0,833	0,270	2,679	0,009
		$R^2= 0,073$ $F(1, 91)= 7,177$ $p= 0,009$					

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 Yeme Meguliyeti faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(409) = 4,991$; $p < 0,001$), Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğitim parametresinin ($t(409) = 4,174$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 409)} = 17,419$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,041 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %4'ü Fiziksel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,516 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(407) = -0,877$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğitim parametresinin ($t(407) = 3,123$; $p < 0,01$), CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal faktör puanına ait eğitim parametresinin ($t(407) = -2,039$; $p < 0,05$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğitim parametresinin ($t(407) = 7,533$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(3, 407)} = 25,672$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,159 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %20'si CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz ve Fiziksel İhmal faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,390 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 3,715 birim artıracak, CTQ-33 Ölçeği Fiziksel İhmal faktör puanı ise YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,261 birim azaltacaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 faktörlerinin YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(91)= 0,740$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 2,368$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)}= 5,606$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,058 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %6'sı Duygusal İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 0,309 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(91)= -0,054$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 2,679$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)}= 7,177$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,073 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanının %7'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 Yeme Meşguliyeti faktör puanını 2,232 birim artıracaktır (Tablo 29).

Tablo 30. Cinsiyet Gruplarına Göre YTT-26 Sosyal Baskı Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	1,761	0,291	-	6,047	0,000
		Fiziksel Taciz Faktör Puanı	0,081	0,041	0,098	1,999	0,046
		R ² = 0,010		F(1, 409)= 3,995		p= 0,046	
	2	Sabit	1,234	0,395	-	3,120	0,002
		DIS-Q Toplam Puanı	0,460	0,164	0,137	2,805	0,005
		R ² = 0,019		F(1, 409)= 7,869		p= 0,005	
Erkek	1	Sabit	0,240	0,680	-	0,352	0,726
		DIS-Q Toplam Puanı	0,614	0,292	0,216	2,106	0,038
		R ² = 0,019		F(1, 409)= 7,869		p= 0,005	

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için sabit parametrenin ($t(409)= 6,047$; $p<0,001$), Fiziksel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(409)= 1,999$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 409)= 3,995$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,010 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %1'i Fiziksel Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Fiziksel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,081 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(409)= 3,120$; $p<0,01$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(409)= 2,805$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 409)= 7,869$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,019 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %2'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer

boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,460 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için tahmin edilen Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline göre sabit parametrenin ($t(91)= 0,352$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 2,106$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 91)= 4,436$; $p<0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,046 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanının %5'i DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış YTT-26 Sosyal Baskı faktör puanını 0,614 birim artıracaktır (Tablo 30).

Tablo 31. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	63,948	3,232	-	19,789	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	1,929	0,306	0,304	6,311	0,000
		$R^2= 0,092$ $F(1, 392)= 39,833$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	43,582	4,462	-	9,767	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	1,302	0,308	0,205	4,225	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	11,622	1,841	0,306	6,313	0,000
$R^2= 0,176$ $F(2, 391)= 41,815$ $p= 0,000$							
Erkek	1	Sabit	58,403	7,366	-	7,929	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	1,492	0,583	0,259	2,557	0,012
		$R^2= 0,067$ $F(1, 91)= 6,538$ $p= 0,012$					
	2	Sabit	47,207	8,492	-	5,559	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	12,957	3,642	0,349	3,558	0,001
		$R^2= 0,122$ $F(1, 91)= 12,659$ $p= 0,001$					

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ genel toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için sabit parametrenin ($t(392)= 19,789$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(392)= 6,311$;

$p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 392)} = 39,833$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,092 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %9'u Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ genel toplam puanını 1,929 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(391) = 9,767$; $p < 0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391) = 4,225$; $p < 0,001$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(391) = 6,313$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 391)} = 41,815$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,176 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %17'si CTQ-33 Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ genel toplam puanını 1,302 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ genel toplam puanını 11,622 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 faktörlerinin DYÖ toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modele göre sabit parametrenin ($t(91) = 7,929$; $p < 0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(91) = 2,557$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)} = 6,538$; $p < 0,05$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,067 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %7'si Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal

Taciz faktör puanındaki 1 birim artış DYÖ genel toplam puanını 1,492 birim artıracaktır

Erkek katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(91)= 5,559$; $p<0,001$), DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 3,558$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1, 91)= 12,659$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,122 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ genel toplam puanının %12'si DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış DYÖ genel toplam puanını 12,957 birim artıracaktır (Tablo 31).

Tablo 32. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	22,143	1,383	-	16,016	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,786	0,131	0,290	6,010	0,000
		$R^2= 0,084$ $F(1, 392)= 36,119$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	14,237	1,926	-	7,392	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,542	0,133	0,200	4,078	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	4,511	0,795	0,279	5,677	0,000
$R^2= 0,154$ $F(2, 391)= 35,611$ $p= 0,000$							
Erkek	1	Sabit	19,004	3,115	-	6,101	0,000
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,709	0,247	0,288	2,872	0,005
		$R^2= 0,083$ $F(1, 91)= 8,251$ $p= 0,005$					
	2	Sabit	10,664	4,074	-	2,618	0,010
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,533	0,244	0,217	2,190	0,031
		DIS-Q Toplam Puanı	4,716	1,567	0,298	3,009	0,003
$R^2= 0,167$ $F(2, 90)= 9,018$ $p= 0,000$							

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için sabit parametrenin ($t(392)= 16,016$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(392)= 6,010$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 392)}= 36,119$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,084 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %8'i Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,786 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(391)= 7,392$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 4,078$; $p<0,001$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 5,677$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 391)}= 35,611$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,154 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %15'i CTQ-33 Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,542 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 4,511 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 faktörlerinin DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(91)= 6,101$; $p<0,001$), Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 2,872$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı

olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)} = 8,251$; $p < 0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,083 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %8'i Duygusal İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,709 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(90) = 2,618$; $p < 0,05$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(90) = 2,190$; $p < 0,05$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(90) = 3,009$; $p < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 90)} = 9,018$; $p < 0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,167 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanının %17'si CTQ-33 Duygusal İhmal faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 0,533 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Gerginlik Durumunda Yeme faktör puanını 4,716 birim artıracaktır (Tablo 32).

Tablo 33. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	18,821	1,326	-	14,191	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,773	0,125	0,297	6,163	0,000
		$R^2= 0,088$ $F(1, 392)= 37,988$ $p= 0,000$					
	2	Sabit	11,926	1,861	-	6,409	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,561	0,128	0,216	4,364	0,000
		DIS-Q Toplam Puanı	3,935	0,768	0,253	5,125	0,000
$R^2= 0,146$ $F(2, 391)= 33,351$ $p= 0,000$							
Erkek	1	Sabit	15,891	2,942	-	5,402	0,000
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,692	0,233	0,297	2,968	0,004
		$R^2= 0,088$ $F(1, 91)= 8,804$ $p= 0,004$					
	2	Sabit	7,660	3,829	-	2,000	0,048
		Duygusal İhmal Faktör Puanı	0,519	0,229	0,223	2,265	0,026
		DIS-Q Toplam Puanı	4,654	1,473	0,311	3,159	0,002
$R^2= 0,179$ $F(2, 90)= 9,829$ $p= 0,000$							

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için sabit parametrenin ($t(392)= 14,191$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(392)= 6,163$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(1,392)= 37,988$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,088 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %9'u Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,773 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(391)= 6,409$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz

faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 4,364$; $p<0,001$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 5,125$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 391)}= 33,351$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,146 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %15'i CTQ-33 Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,561 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 3,935 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 faktörler puanlarının DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(91)= 5,402$; $p<0,001$), Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(91)= 2,968$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(1, 91)}= 8,804$; $p<0,01$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,088 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %9'u Duygusal İhmal faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,692 birim artıracaktır.

Erkek katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(90)= 2,00$; $p<0,05$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(90)= 2,265$; $p<0,05$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(90)= 3,159$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 90)}= 9,829$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve

belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,179 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre erkek katılımcıların DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanının %18'i CTQ-33 Duygusal İhmal faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal İhmal faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 0,519 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Olumsuz Duygularla Başa Çıkmak için Yeme faktör puanını 4,654 birim artıracaktır (Tablo 33).

Tablo 34. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Kendini Kontrol Edebilme Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	14,238	0,554	-	25,679	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,236	0,052	0,222	4,502	0,000
		R ² = 0,049		F(1, 392)= 20,269		p= 0,000	
	2	Sabit	10,640	0,763	-	13,941	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,125	0,053	0,118	2,376	0,018
		DIS-Q Toplam Puanı	2,053	0,315	0,323	6,520	0,000
R ² = 0,142		F(2, 391)= 32,462		p= 0,000			

Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin (t(392)= 25,679; p<0,001), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin (t(392)= 4,502; p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre (F(1, 392)= 20,269; p<0,001) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,049 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %5'i Duygusal Taciz faktör puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,236 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modele göre sabit parametrenin ($t(391)= 13,941$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 2,376$; $p<0,05$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 6,520$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(2, 391)= 32,462$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,142 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanının %14'ü CTQ-33 Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 0,125 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Kendini Kontrol Edebilme faktör puanını 2,053 birim artıracaktır. (Tablo 34).

Diğer taraftan Kendini Kontrol Edebilme faktöründe erkek katılımcılar için tahmin edilecek parametre sayısından daha fazla örnek birim sayısı olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 35. Cinsiyet Gruplarına Göre DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol Faktör Puanının CTQ-33 Ölçeği Faktörleri ve DIS-Q Ölçeği Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Cinsiyet	Model	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p
Kadın	1	Sabit	8,434	0,361	-	23,385	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,116	0,032	0,186	3,642	0,000
		Cinsel Taciz Faktör Puanı	0,067	0,034	0,101	1,974	0,049
		$R^2= 0,055$		$F(2, 391)= 11,471$		$p= 0,000$	
	2	Sabit	6,779	0,451	-	15,014	0,000
		Duygusal Taciz Faktör Puanı	0,073	0,031	0,117	2,352	0,019
		DIS-Q Toplam Puanı	1,122	0,186	0,301	6,025	0,000
		$R^2= 0,127$		$F(2, 391)= 28,456$		$p= 0,000$	

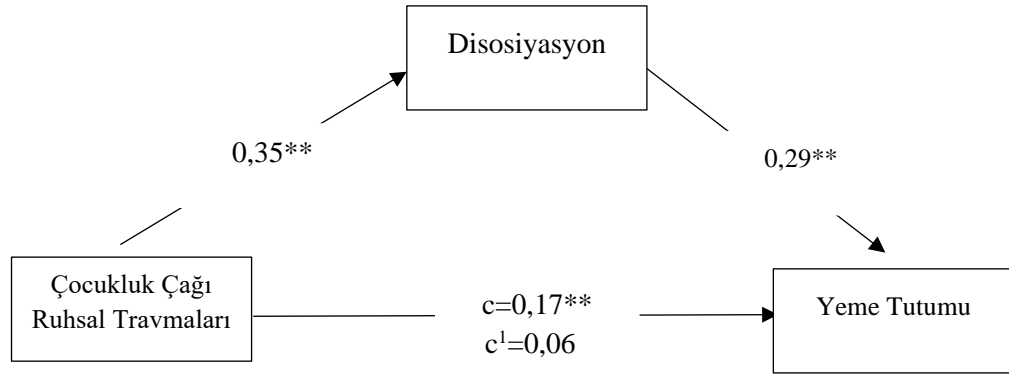
Cinsiyet gruplarına göre CTQ-33 Ölçeği faktör puanlarının DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre kadın katılımcılar için elde edilen 1. Modelde sabit parametrenin ($t(391)= 23,385$; $p<0,001$), Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 3,642$; $p<0,001$), Cinsel Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 1,974$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 391)}= 11,471$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının 0,055 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanının %5'i Duygusal Taciz ile Cinsel Taciz faktör puanları tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,116 birim, Cinsel Taciz faktör puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,067 birim artıracaktır.

Kadın katılımcılar için CTQ-33 Ölçeği faktör puanları ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu elde edilen 2. Modelde göre sabit parametrenin ($t(391)= 15,014$; $p<0,001$), CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 2,352$; $p<0,05$), DIS-Q Ölçeği toplam puanına ait eğim parametresinin ($t(391)= 6,025$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F_{(2, 391)}= 28,456$; $p<0,001$) modelin istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısının kümülatif değerinin 0,127 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre kadın katılımcıların DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanının %13'ü CTQ-33 Duygusal Taciz faktör puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Tüm bu sonuçlara göre diğer boyutlar sabit iken CTQ-33 Ölçeği Duygusal Taciz faktör puanındaki 1 birimlik artış DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 0,073 birim, DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanındaki 1 birim artış ise DYÖ Uyarın Karşısında Kontrol faktör puanını 1,122 birim artıracaktır (Tablo 35).

Ek olarak Uyarın Karşısında Kontrol faktöründe erkek katılımcılar için tahmin edilecek parametre sayısından daha fazla örnek birim sayısı olması gerektiği varsayımı sağlanamadığından regresyon analizi yapılamamıştır.

2.5.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Yeme Tutumu ve Duygusal Yeme İlişkisinde Disosiyasyonun Aracılık Etkisi

Katılımcıların çocukluk çağı ruhsal travmaları ile bozulmuş yeme tutumları ilişkisinde disosiyasyonun aracılık etkisini belirlemek için SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi kullanılmıştır. Oluşturulan model ve analiz bulguları Şekil 1’de verilmiştir.



*p < 0,05; **p<0,01; ***p <0,001

Şekil 1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Yeme Tutumu İlişkisinde Disosiyasyonun Aracılık Modeli

Tablo 36. Katılımcıların YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
YTT-26 Toplam Puanı	Sabit	7,955	1,549	-	5,135	0,000	4,912	10,99
	CTQ-33 Toplam Puan	0,105	0,027	0,170	3,883	0,000	0,052	0,159
R ² = 0,029		F(1, 502)= 15,077			p= 0,000			

SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi sonucuna göre CTQ-33 Ölçeği toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini gösteren modelin anlamlı olduğu (F_(1, 502)= 15,077; p<0,001), katılımcıların YTT-26 toplam puanının %3'ünün CTQ-33 Ölçeği toplam puanı tarafından açıklandığı gözlenmiştir. Bu sonuca göre

CTQ-33 Ölçeği toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu söylenebilir ($\beta= 0,170$, $p<0,001$) (Tablo 36).

Tablo 37. Katılımcıların DIS-Q Ortalama Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
DIS-Q Ortalama Toplam Puanı	Sabit	1,434	0,102	-	13,940	0,000	1,232	1,636
	CTQ-33 Toplam Puanı	0,015	0,001	0,355	8,514	0,000	0,011	0,018
R ² = 0,126		F(1, 502)= 72,494			p= 0,000			

Tablo 37'deki model CTQ-33 Ölçeği toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı üzerindeki etkisini göstermektedir. Model istatistiksel olarak anlamlı olup ($F_{(1, 502)}= 72,494$; $p<0,001$) DIS-Q ortalama toplam puanının %13'ü CTQ-33 Ölçeği toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuca göre CTQ-33 Ölçeği toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu söylenebilir ($\beta= 0,355$, $p<0,001$).

Tablo 38. Katılımcıların YTT-26 Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı ve DIS-Q Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
YTT-26 Toplam Puanı	Sabit	1,972	1,754	-	1,123	0,261	-1,475	5,419
	CTQ-33 Toplam Puanı	0,041	0,028	0,067	1,481	1,139	-0,013	0,096
	DIS-Q Ortalama Toplam Puanı	4,172	0,646	0,292	6,454	0,000	2,902	5,442
R ² = 0,103		F(2, 501)= 28,980			p= 0,000			

CTQ-33 toplam puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanının YTT-26 üzerindeki etkisine yönelik bulgular Tablo 38'de verilmiştir. Modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F_{(2, 501)}= 28,980$; $p<0,001$), katılımcıların YTT-26 toplam puanının %10'unun CTQ-33 Ölçeği toplam puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre DIS-Q toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ($\beta= 0,292$, $p<0,001$); CTQ-33 Ölçeği toplam puanı ile YTT-26 toplam puanı arasındaki ilişkiyi

gösteren β değerinin 0,170'ten 0,067'ye düştüğü ve eğim parametresine ait istatistiksel anlamlılığın bozulduğu gözlenmiştir ($t(501)= 6,454$; $p>0,05$).

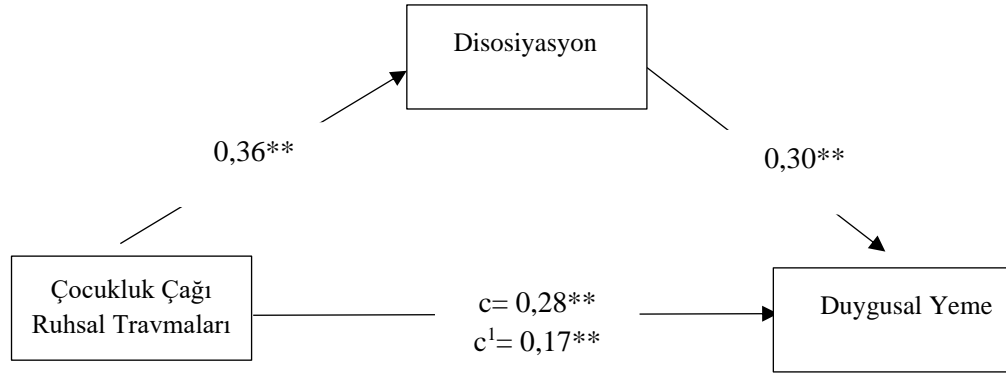
Tablo 39. Modele Ait Bootstrap Analizi Sonuçları

Etki	Katsayı	Standart Hata	t	p	LLCI	ULCI
Toplam Etki	0,105	0,027	3,883	0,0001	0,052	0,159
Doğrudan Etki (c ¹ yolu)	0,041	0,028	1,481	0,1392	-0,013	0,096
Toplam Dolaylı Etki	0,103	0,013			0,066	0,144
Dolaylı Etki (ÇÇRT→DİS→YT)	0,064	0,013			0,040	0,091

Notlar: Bootstrap:5000, %95 Güven Aralıkları, ÇÇRT: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, DİS: Disosiyasyon, YT: Yeme Tutumu

Şekil 1'deki modeli test etmek için yapılan Bootstrap Analizi sonucu elde edilen katsayı değerleri, %95 güven aralığındaki alt (LLCI) ve üst (ULCI) limitler Tablo 39'da verilmiştir. Toplam etki değeri 0,105; doğrudan etki değeri 0,041 ve toplam dolaylı etki değeri 0,103 olarak bulunmuştur. Dolaylı etkide, CTQ-33 toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı aracılığıyla YTT-26 toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (bootstrap= 0,064, %95 CI= 0,040, 0,091). Belirlenen güven aralıkları sıfır değerini içermediği için dolaylı etki istatistiksel açıdan anlamlıdır. Baron ve Kenny'in (1986) yaklaşımına göre aracı değişken eklendiğinde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki anlamlı etkisi devam edebileceği gibi (kısmi aracılık), bu anlamlılık bozulabilir (tam aracılık). Buna göre elde edilen bulgular incelendiğinde DIS-Q ortalama puanının, CTQ-33 Ölçeği ile YTT-26 toplam puanı arasındaki ilişkide tam aracılık rolü üstlendiği söylenebilir.

Yeme bozukluğu tanısı olmayan katılımcıların çocukluk çağı ruhsal travmaları ile duygusal yeme davranışları arasındaki ilişkide disosiyasyonun aracılık etkisini belirlemek için SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi kullanılmıştır. Oluşturulan model ve analiz bulguları Şekil 2'de verilmiştir.



*p < 0,05; **p<0,01; ***p <0,001

Şekil 2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Duygusal Yeme İlişkinde Disosiyasyonun Aracılık Modeli

Tablo 40. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
DYÖ Toplam Puanı	Sabit	55,870	4,028	-	13,868	0,000	47,955	63,786
	CTQ-33 Toplam Puan	0,465	0,070	0,286	6,581	0,000	0,326	0,604
R ² = 0,082		F(1, 485)= 43,319			p= 0,000			

SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi sonucuna göre CTQ-33 Ölçeği toplam puanının YTT-26 toplam puanı üzerindeki etkisini gösteren ilk modelin anlamlı olduğu ($F(1, 485)= 43,319$; $p<0,001$), katılımcıların YTT-26 toplam puanının %8'inin CTQ-33 Ölçeği toplam puanı tarafından açıklandığı gözlenmiştir. Bu sonuca göre CTQ-33 Ölçeği toplam puanının DYÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu söylenebilir ($\beta= 0,286$, $p<0,001$) (Tablo 40).

Tablo 41. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DIS-Q Ortalama Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
DIS-Q Ortalama Toplam Puan	Sabit	1,411	0,103	-	13,664	0,000	1,208	1,614
	CTQ-33 Toplam Puan	0,015	0,001	0,363	8,588	0,000	0,012	0,019
R ² = 0,132		F(1, 485)= 73,755			p= 0,000			

Tablo 41’deki model CTQ-33 Ölçeği toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı üzerindeki etkisini göstermektedir. Model istatistiksel olarak anlamlı olup ($F_{(1, 485)} = 73,755$; $p < 0,001$) DIS-Q ortalama toplam puanının %13’ü CTQ-33 Ölçeği toplam puanı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuca göre CTQ-33 Ölçeği toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu söylenebilir ($\beta = 0,363$, $p < 0,001$.)

Tablo 42. Yeme Bozukluğu Tanısı Olmayan Katılımcıların DYÖ Toplam Puanının CTQ-33 Toplam Puanı ve DIS-Q Ortalama Toplam Puanı Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	β	t	p	LLCI	ULCI
DYÖ Toplam Puanı	Sabit	39,511	4,531	-	8,719	0,000	30,607	48,415
	CTQ-33 Toplam Puan	0,285	0,072	0,175	3,927	0,000	0,142	0,427
	DIS-Q Ortalama Toplam Puan	11,589	1,692	0,305	6,847	0,000	8,263	14,914
R ² = 0,163		F(2, 484)= 47,151			p= 0,000			

CTQ-33 toplam puanı ile DIS-Q ortalama toplam puanının DYÖ üzerindeki etkisine yönelik bulgular Tablo 42’de verilmiştir. Modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F_{(2, 484)} = 47,151$; $p < 0,001$), katılımcıların DYÖ toplam puanının %16’sının CTQ-33 Ölçeği toplam puanı ile DIS-Q Ölçeği ortalama toplam puanı tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre DIS-Q toplam puanının DYÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ($\beta = 0,305$, $p < 0,001$); CTQ-33 Ölçeği toplam puanı ile YTT-26 toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren β değerinin 0,286’dan 0,175’e düştüğü ve eğim parametresine ait istatistiksel anlamlılığın korunduğu gözlenmiştir ($t(484) = 3,927$; $p < 0,001$).

Tablo 43. Modele Ait Bootstrap Analizi Sonuçları

Etki	Katsayı	Standart Hata	t	p	LLCI	ULCI
Toplam Etki	0,465	0,070	6,5818	0,000	0,326	0,604
Doğrudan Etki (c ¹ yolu)	0,285	0,072	3,9278	0,000	0,142	0,427
Toplam Dolaylı Etki	0,111	0,022			0,069	0,156
Dolaylı Etki (ÇÇRT→DİS→DY)	0,108	0,037			0,111	0,258

Notlar: Bootstrap:5000, %95 Güven Aralıkları, ÇÇRT: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, DİS: Disosiyasyon, YT: Yeme Tutumu

Şekil 2'deki modeli test etmek için yapılan Bootstrap Analizi sonucu elde edilen katsayı değerleri, %95 güven aralığındaki alt (LLCI) ve üst (ULCI) limitler Tablo 43'te verilmiştir. Toplam etki değeri 0,465; doğrudan etki değeri 0,285 ve toplam dolaylı etki değeri 0,111 olarak bulunmuştur. Dolaylı etkide, CTQ-33 toplam puanının DIS-Q ortalama toplam puanı aracılığıyla DYÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (bootstrap= 0108, %95 CI= 0,111,0,258). Belirlenen güven aralıkları sıfır değerini içermediği için dolaylı etki istatistiksel açıdan anlamlı olup DIS-Q ortalama puanının, CTQ-33 Ölçeği ile DYÖ toplam puanı arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü üstlendiği söylenebilir (Baron ve Kenny, 1986).

Bulguların Genel Özeti:

- 1) Kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yaygınlığı erkeklere göre daha fazladır. Ayrıca kadınların yarısından fazlasının duygusal yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir.
- 2) Heteroseksüel kadınlar biseksüel kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısına ve bozulmuş yeme tutumuna sahiptir. Kadın katılımcılar için diğer cinsel yönelim grupları arasında yeme bozukluğu tanısı alma, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Diğer taraftan cinsel azınlık grubundaki katılımcı sayısı az olduğundan farklı cinsel yönelimler için grup içi yüzdelerle bakılarak yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda; biseksüel kadınlar arasındaki bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzdelik dilimleri heteroseksüel kadınlar arasında saptanan yüzdelik dilimden daha yüksektir. Farklı cinsel yönelimden kadınlar için gözlemlenen bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzde dağılımlarını sıralamak gerekirse en fazla biseksüel, ardından heteroseksüel, sonra homoseksüel yönelimde yüksek oranlar görülmüş, aseksüel yönelimde yalnız duygusal yeme bildirilmiştir.
- 3) Farklı cinsel yönelimden erkekler arasında yeme bozukluğu yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna karşın farklı cinsel yönelimler için grup içi yüzdelerle bakılarak yapılan karşılaştırmalar

doğrultusunda; homoseksüel erkekler arasında saptanan bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzdelerinin diğer cinsel yönelimden erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- 4) Çocukluk çağı ruhsal travma deneyimleri arttıkça bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme artmaktadır.
- 5) Disosiyatif özellikler arttıkça bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme artmaktadır.
- 6) Çocukluk çağı ruhsal travma deneyimleri arttıkça disosiyatif belirtiler artmaktadır.
- 7) Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile disosiyasyon bozulmuş yeme tutumunu ve duygusal yemeyi pozitif yönde yordamaktadır.
- 8) Çocukluk çağı ruhsal travmaları ve disosiyasyonun yeme tutumu ve duygusal yeme üzerindeki etkisi incelenirken cinsiyet ve cinsel yönelim gruplarına göre farklılaşma görülmüştür.
- 9) Disosiyasyonun çocukluk çağı ruhsal travmaları ile yeme tutumu ilişkisinde tam, çocukluk çağı ruhsal travmaları ile duygusal yeme ilişkisinde kısmi aracılık rolü bulunmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

Bu çalışmada farklı cinsel yönelime ve cinsiyet dağılımına göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenler bakımından dağılımı incelendiğinde, %81,5'inin kadın, %18,5'inin erkek olduğu görülmüştür. Cinsel yönelim açısından bakıldığında, gözlenen oranın Ipsos tarafından 2021 yılı için ifade edilen değerlere yakın olduğu ancak kadın katılımcılar arasında heteroseksüel yönelimden sonra en sık bildirilenin biseksüellik olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluklarının genç yetişkinlik döneminde yaygın olduğu görüşü göz önünde bulundurularak (Bulik, 2002; Kreipe ve Mou, 2000), araştırmaya 18-35 yaş aralığındaki bireyler dahil edilmiş, en çok üniversite öğrencilerinin katılım sağladığı görülmüştür (Tablo 1). Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen BKİ aralıklarına göre katılımcıların yarıdan fazlası normal kilo aralığındadır. Çalışmada yeme bozukluğu tanısı alan katılımcıların da bulunduğu gözlenmiş, aynı zamanda literatürde yeme bozuklukları ile komorbiditesi yüksek olduğu belirtilen depresyon, anksiyete bozukluğu ve OKB eş tanımlarını (Blinder vd., 2006; Çelikel, 2007; Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996) bildirdikleri gözlenmiştir (Tablo 2).

Yeme bozuklukları alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, toplumsal cinsiyet rollerinin yeme bozukluğu için belirleyici olduğunu ve yeme bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Green vd., 2008; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001; Striegel-Moore vd., 2009). Çalışmada yeme bozukluğu tanısı almış katılımcıların tamamının kadın olduğu ve bozulmuş yeme tutumu ile duygusal yeme puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç toplumsal cinsiyet bağlamında kadın olmanın yeme bozukluğu için risk teşkil ettiğini ve feminen özelliklerin hem erkek hem de kadınlar için diyet yapma davranışlarını sıklaştırdığını, maskülen özelliklerin ise daha az diyet yapma ve

bulimik davranışlar sergileme ile ilişkili olduğunu öne süren görüşler ile paralel niteliktedir (Green vd., 2008; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001).

Cinsel yönelime göre yeme bozukluğu çeşidinin ve prevalansının farklılaştığını bildiren çalışmalar doğrultusunda katılımcıların cinsel yönelimlerine göre bozulmuş yeme tutumu seviyeleri Ki-Kare analizleriyle ikişerli gruplar halinde karşılaştırılmıştır. Bazı çalışmalar, eşcinselliğin kadınlar için yeme bozukluğu gelişimde koruyucu rol aldığını, heteroseksüel kadınların daha fazla bozulmuş yeme davranışı sergilediklerini ifade etmektedir (French vd., 1996; Herzog vd., 1992). Mevcut çalışmada eşcinsel ve heteroseksüel kadın katılımcılar arasında yeme bozukluğu tanısı almış olma, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu eşcinsel ve heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu yaygınlığı açısından fark olmadığını ve atanmış cinsiyet rollerinin iki grubu da aynı statüye koyduğunu ileri süren çalışma bulguları ile tutarlılık göstermektedir (Feldman ve Meyer, 2007; Moore ve Keel, 2002). Diğer taraftan heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı almış olma ve duygusal yeme sıklığının daha fazla olmasına karşın homoseksüel kadın katılımcı sayısı az olduğu için iki cinsel yönelimden kadınlar için de yapılan grup içi karşılaştırmalar neticesinde, homoseksüel kadınlar arasında belirlenen bozulmuş yeme tutumu yüzdesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Homoseksüel kadınların yarısında bozulmuş yeme tutumunun gözlenmiş olması, cinsel azınlık gruplarının deneyimlenen strese bağlı olarak yeme bozukluklarına karşı duyarlılığını ifade eden görüşlerle örtüşmektedir (Calzo vd., 2017; Parker ve Harriger, 2020). Alan yazında biseksüel ve heteroseksüel yönelimli kadınlarda yeme bozukluğunu inceleyen çalışmalara bakıldığında bazı çalışmaların biseksüel kadınların daha fazla tıknırcasına yeme semptomları gösterdiği, diğer taraftan heteroseksüel kadınların besin alımı konusunda kendilerini görece daha fazla kısıtladıkları belirtilmektedir (Calzo vd., 2017). Mevcut çalışmada ise iki grup arasında duygusal yeme açısından anlamlı bir farklılık bulunmamış ancak heteroseksüel kadınların daha fazla yeme bozukluğu tanısı bildirdiği ve bozulmuş yeme davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgu heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğunun yaygın olduğunu bildiren araştırmalarla uyumludur (French vd., 1996; Herzog vd., 1992). Bununla beraber heteroseksüel kadınların biseksüel

kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısı ve bozulmuş yeme tutumu bildirmelerine karşın heteroseksüel ve biseksüel kadınların grup içi yüzdelerik dağılımları incelendiğinde, biseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yüzdelerik dilimlerinin daha yüksek bulunması, biseksüel kadınların tıknırcasına yeme eğilimlerini açıklayan önceki çalışmalarla örtüşmekte, söz konusu durumun homoseksüel kadınlarda olduğu gibi azınlık stres modeliyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Calzo vd., 2017). Buna ek olarak homoseksüel ve biseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı alma, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme açısından farklılık görülmemiştir. İki yönelim için de yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda, biseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı almış olma ve duygusal yeme sıklığının daha fazla olmasına karşın homoseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu yaygınlığının daha fazla olduğu söylenebilir. Literatür taramasında aoseksüel kadınlardaki yeme bozukluklarını ele alan az sayıda çalışmaya rastlanmıştır, Essayli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2019) aoseksüel katılımcıların bulimik semptomlar yerine daha çok anoreksik eğilimler gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışmada ise aoseksüel kadınlar ile diğer cinsel yönelimden kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu açısından anlamlı bir fark saptanmamış olup bu bulgu, kadınlar arasında yeme bozukluğuna yatkınlık açısından cinsel yönelime göre farklılaşma olmadığını bildiren çalışmalar ile paralel niteliktedir (Feldman ve Meyer, 2007; Moore ve Keel, 2002). Aoseksüel kadın katılımcılar arasında grup içi karşılaştırmalar yapıldığında, yeme bozukluğu tanısına ve bozulmuş yeme tutumuna rastlanmamış, yalnız duygusal yemenin bildirildiği gözlenmiştir. Homoseksüel kadın katılımcılar ile kıyaslandığında ise aoseksüel yönelime göre homoseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yemenin daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde grup içi yüzdelerikler kriter alınarak incelendiğinde, hem heteroseksüel kadınlar hem de biseksüel kadınlar arasında aoseksüel kadınlara göre yeme bozukluğu tanısı almış olmanın, bozulmuş yeme tutumunun ve duygusal yemenin daha sık görüldüğü söylenebilir. Bu doğrultuda aoseksüel yönelimli kadınlar arasında diğer cinsel yönelimden kadınlara göre bozulmuş yeme tutumu yaygınlığının daha az olduğu sonucuna ulaşılabilir. Elde edilen bulgular bütünüyle değerlendirildiğinde, farklı cinsel yönelimden kadınlar için yapılan gruplar arası

karşılaştırmalara bakılarak söz konusu çalışmanın ikinci hipotezinin kısmen desteklendiği söylenebilir.

Erkeklerdeki cinsel yönelim çeşitliliğine göre yapılan Ki-Kare analizleri doğrultusunda homoseksüel, heteroseksüel, biseksüel ve aseksüel yönelimler arasında yeme bozukluğu tanısı almış olma, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme açısından farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgu araştırma hipotezini desteklememekte, eşcinsel ve biseksüel erkekler arasında beden memnuniyetsizliğinin ve yeme bozukluklarının daha fazla olduğunu ileri süren çalışmalar ile uyuşmamaktadır (Boisvert ve Harrel, 2009; Feldman ve Meyer, 2007; Williamson ve Hartley, 1998). Eşcinsel erkeklerle yapılan bazı çalışmalar feminen özellikleri fazla olan eşcinsel erkeklerin maskülenitesi yüksek erkeklere göre daha sık diyet yapma ve kısıtlama içeren bulimik tutumlar gösterdiğini ileri sürmektedir (Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001). Buradan hareketle eşcinsel erkekler için cinsel yönelimin tek başına yeme bozukluğunu açıklamada yetersiz kaldığı, bireyin cinsiyet kimliği açısından kendini nasıl konumlandığının belirleyici bir etmen olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan çalışmaya katılan erkek katılımcı sayısının az olmasının farklılığın saptanmamasında etkisi olabileceği düşünülmüş, ek olarak grup içi yüzdeler dağılımlara bakılmıştır. Buna göre homoseksüel erkek katılımcılar arasında hem heteroseksüel hem de biseksüel erkeklere göre bozulmuş yeme tutumunun ve duygusal yemenin daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Bu şekilde yapılan karşılaştırmalar sonucu elde edilen bulgu eşcinsel erkekler arasında yeme bozukluklarının yaygın olduğunu belirten önceki çalışmalarla tutarlıdır (Feldman ve Meyer, 2007; Williamson ve Hartley, 1998). Aynı zamanda heteroseksüel ve biseksüel erkekler arasında grup içi yüzdelerle bakılarak yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda, heteroseksüel erkekler arasında biseksüel erkeklere göre bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme sıklığının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu hem araştırma hipotezi hem de biseksüel erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre daha fazla bozulmuş yeme davranışı gösterdiğini belirten araştırmalarla uyuşmamaktadır (Feldman ve Meyer, 2007). Ek olarak erkek katılımcılar içerisinde cinsel yönelimini aseksüel olarak belirten bir kişinin hem yeme tutumunda bozulma olduğu gözlenmiş, hem de duygusal yeme

davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgu akla tekrar azınlık stres modelini getirmektedir.

Birçok psikiyatrik rahatsızlıkla bağdaştırılan travmatik yaşantılar yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Yeme bozukluklarının çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkisini gösteren önceki çalışmalar duygusal ve cinsel istismarın önemini vurgulamakta (Gerke, Mazzeo ve Kliewer, 2006; Kent ve Wallger, 2000), fiziksel taciz, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin bozulmuş yeme davranışı üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini ortaya koymaktadır (Bradd 2008; Gilbert vd., 2009; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999; Rotty vd., 1994:). Bu nedenle çalışmanın dördüncü hipotezini sınamak için Spearman Korelasyon analizleri yapılmış, çocukluk çağı ruhsal travma deneyimleri arttıkça bozulmuş yeme tutumunun da arttığı gözlenmiştir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile yeme tutumu alt boyutları incelendiğinde, farklı travma türlerinin yeme tutumun farklı boyutlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Fiziksel ihmal dışında kalan duygusal taciz, duygusal ihmal, fiziksel taciz, cinsel taciz ve aşırı koruma kontrol travma deneyimleri arttıkça yemek ve bedene ilişkin artmış zihinsel meşguliyeti ifaden yeme meşguliyetinin de arttığı gözlenmiştir. Diğer taraftan diyet yapma ve besin alımında seçiciliği ifade eden kısıtlama alt boyutu ile travma türleri arasında anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu özellikle duygusal ve cinsel taciz olgularında anoreksik ve bulimik eğilimler görüldüğünü ifade eden görüşlerle örtüşmemektedir (Gerke, Mazzeo ve Kliewer, 2006; Jaite, 2012; Rotty vd., 1994). Duygusal taciz başta olmak üzere çocukluk çağı travma deneyimi arttıkça beslenme ve bedene dair konularda diğerlerinin fikrini önemseme, başkalarının yanında yemek yiyememe gibi davranışlarda artış olduğu belirlenmiştir.

Duygusal, cinsel, fiziksel taciz gibi travmatik deneyimler kişide duygu düzenleme güçlüğüne yol açabilmekte, bu da duygusal yeme gibi sağlıklı olmayan başa çıkma stratejilerinin gelişimine neden olmaktadır (Lindeman ve Stark, 2001; Spoor vd., 2007). Bu görüşe paralel nitelikte çalışmada çocukluk çağı travmaları arttıkça gerginlik durumunda ve olumsuz duygular açığa çıktığında yeme gibi duygusal yeme davranışlarında artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma bulgularına göre duygusal taciz, duygusal ihmal, fiziksel taciz ve aşırı koruma kontrol travma

deneyimleri arttıkça bireyin yiyecek üzerinde denetim sağlaması güçleşmektedir. Bu bakımdan elde edilen bulgular, çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalan bireylerde ilerleyen dönemlerde duygu irregülasyonuna bağlı olarak duygusal yeme ataklarının ortaya çıktığını ileri süren çalışmalarla örtüşmektedir (Burns vd., 2012; Michopoulos vd., 2015; Rosmond, 2004).

Alan yazında duygusal yemenin bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluklarında görülen tıknıma ataklarının artmasında işlevi olduğunu bildiren çalışmalar doğrultusunda (Lindeman ve Stark, 2001; Saljoughian, 202), bağımlı değişkenlerin yer aldığı ölçeklerin toplam ve faktör puanları arasındaki ilişkiye de bakılmış, yeme tutumu toplam puanı ve yeme meşguliyeti alt boyutu ile duygusal yeme toplam puanı ve alt boyutları arasında pozitif yönlü, orta ve yüksek seviyede değişen anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan kısıtlama puanı arttıkça kendini kontrol edebilme puanının azaldığı görülmüştür. Her iki alt boyut da besin alımını kısıtlamaya yönelik maddeler içermekte ancak kendini kontrol edebilme faktörü ters kodlandığı için ilişkinin negatif yönlü çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca algılanan sosyal baskı arttıkça olumsuz duygularla başa çıkmak için yemenin azaldığı gözlenmiş, sosyal baskının besin alımını kontrol etme yönünde etkisi olabileceği düşünülmüştür. Bu sonuca göre zayıflığın idealize edildiği toplumsal algılayışta, sosyokültürel faktörlerin kısıtlamaya yönelik bozulmuş yeme davranışını tetiklediği fikri desteklenmektedir (Stice, 1994).

Yeme bozuklukları alanında yapılan araştırmalar disosiyasyonun tıknırcasına yeme atakları ve duygusal yeme ile anlamlı ilişkisini göstermektedir (Eldredge, 1996; La Mela vd., 2010; Moulton vd., 2015; Pinaquy, 2012). Disosiyatif yaşantılar çocukluk çağı ruhsal travmalarına karşı bir savunma biçimi olarak gelişebilmekte, kişinin tüm yaşantısı boyunca travma niteliği taşıyan zorlu durumlarda tekrar belirebilmektedir. Genellikle bireyde stres ve sıkıntı uyandıran zorlu koşullarda ya da anksiyete bozukluğu, depresyon gibi negatif duyguduruma bağlı olarak başvuru olan duygusal yemede yiyecekler üzerinde sağlanamayan kontrolsüzlüğün disosiyasyonla ilişkili olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (Goossens vd., 2008; La Mela vd., 2010; Vanderlinden vd., 1991). Bu nedenle çalışmada yeme bozuklukları ve travmatik deneyimlerle ilişkili olduğu öne sürülen disosiyasyona da yer verilmiş, disosiyasyonun

yeme tutumu ve duygusal yeme ile ilişkisine bakılmıştır. Çalışmanın beşinci hipotezini sınamak için yapılan Spearman Korelasyon analizleri sonucu disosiyatif özellikler arttıkça bozulmuş yeme davranışlarının ve duygusal yemenin de arttığı ancak kısıtlamanın bunun dışında kaldığı gözlenmiştir. Bu bulgu disosiyasyonun tıknırcasına yeme atakları ve duygusal yeme ile ilişkisini öne süren çalışmaları desteklemektedir (La Mela vd., 2010; Palmisano vd., 2018; Vanderlinden vd., 1993).

Bazı çalışmalar cinsel yönelime göre travma sıklığı ve şiddetinde farklılık görülebildiğini, bunun da cinsel azınlık gruplarının heteroseksüellere göre toplumsal açıdan daha fazla travmaya ve zorbalığa maruz kalmaları ile ilgili olabileceğini ifade etmektedir (Baams vd., 2021; Meyer, 2003). Mevcut çalışmada ise yeme bozukluklarının cinsel yönelime göre farklılaştığı görüşü göz önünde bulundurularak çocukluk çağı ruhsal travmalarının bozulmuş yeme tutumu üzerindeki etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri ile incelenmiştir. Katılımcı sayısı az olduğu için cinsel yönelimler cinsiyete göre gruplandırılmamış, aynı yönelimden kadın ve erkek katılımcılar birlikte analiz edilmiştir. İlk aşamada cinsel yönelime göre çocukluk çağı ruhsal travmaları alt boyutlarının yeme tutumu üzerindeki etkisi incelenmiş, ardından disosiyasyon değişkeni eklenerek aracılık etkisi ve elde edilen modellerde nasıl bir değişiklik olduğu izlenmiştir.

Bozulmuş yeme tutumunu heteroseksüel ve biseksüel yönelimlerde farklı travma türlerinin açıkladığı gözlenmiştir. Heteroseksüel yönelim için fiziksel taciz, biseksüel yönelim için ise aşırı koruma kontrol bozulmuş yeme davranışının artmasında etkili olmaktadır. Yeme meşguliyeti için bakıldığında heteroseksüel yönelimde duygusal taciz, biseksüel yönelimde aşırı koruma kontrol bozulmuş yeme tutumundaki artışı açıklamaktadır. Çocuk üzerinde fazla denetim kurulmasına karşın onu duygu paylaşımından yoksun bırakmayı ve disfonksiyonel aile yapısını temsil eden aşırı koruma kontrol faktörünün bozulmuş yeme tutumunu artırdığı bulunmuş, bu alanda yapılan önceki çalışmalar desteklenmiştir (Morgan vd., 1975; Tozzi vd., 2002; Tunç, 2020). Yapılan korelasyon analizinde kısıtlamanın travma ile anlamlı ilişkisi bulunamamış, bu nedenle regresyon analizi yapılamamıştır. Bu bulgu literatürde anoreksik semptomlar ile cinsel ve fiziksel taciz ilişkisini belirten çalışmalar ile uyuşmamaktadır (Jaite vd., 2012). Toplumsal baskı karşısında besin

alımına ilişkin kontrollü olmayı belirten yeme davranışı için homoseksüel ve aseksüel katılımcılar için travma yordayıcıları bulunmuş; homoseksüel yönelim için aşırı koruma kontrolün, aseksüel yönelim için duygusal ihmalin açıklayıcı olduğu saptanmıştır.

Benzer şekilde çalışmada cinsel yönelime göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının duygusal yeme üzerindeki etkisi incelendiğinde, heteroseksüel yönelimde duygusal taciz ve aşırı koruma kontrol travma türlerinin gerginlik durumunda ve olumsuz duygularla başa çıkmak için yeme davranışlarının artmasında etkisi olduğu belirlenmiştir. Biseksüel yönelimde ise cinsel tacizin duygusal yemeyi artırıcı rolü olduğu saptanmıştır. Çalışmada homoseksüel ve biseksüel yönelimde cinsel tacizin, heteroseksüel yönelimde ise duygusal tacizin kişinin besin alımına karşı denetimini sağlayamakta güçlük yaşamasında etkili olduğu görülmüştür. Başka bir anlatımla cinsel taciz ve duygusal taciz deneyimleri, besinler üzerinde kontrolün sağlanmasını güçleştirmekte ve duygusal yeme ataklarının artmasına neden olmaktadır. Bu sonuç alan yazında travmanın dürtü kontrol sorunları ile ilişkisi olduğunu belirten görüşlerle paralellik göstermektedir (Balkan ve Şahin, 2016; Bülbül vd., 2013; Zoroğlu, vd., 2001). Ayrıca heteroseksüel yönelimde aşırı koruma kontrolün, biseksüel yönelimde duygusal ihmalin, aseksüel yönelimde ise cinsel tacizin yiyeceklere ilişkin koku, görünüm gibi uyaranlar karşısında kontrolü sağlamayı zorlaştırdığı ve duygusal yemenin artmasında belirleyici olduğu gözlenmiş, çalışma bulguları önceki araştırmalarla tutarlı bulunmuştur (Goossens vd., 2008; Moulton vd., 2015).

Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizlerinin ikinci aşamasında çocukluk çağı ruhsal travmalarının disosiyasyonla beraber yeme tutumu üzerindeki etkisine bakılmıştır. Heteroseksüel yönelimde fiziksel taciz ve disosiyasyon bozulmuş yeme tutumunu artırırken biseksüel yönelimde disosiyasyon bozulmuş yeme tutumunu olumlu yönde etkilemektedir. Analizin ilk aşamasında biseksüel yönelim için yordayıcı olan aşırı koruma kontrol yerini daha yüksek açıklama oranıyla disosiyasyona bırakmıştır. Yeme meşguliyeti için heteroseksüel yönelimde fiziksel tacizle beraber disosiyasyonun bozulmuş yeme tutumunu artırdığı, biseksüel katılımcılar için aşırı koruma kontrol alt boyutu yerine daha yüksek açıklama oranıyla

disosiyasyonun etkili olduğu gözlenmiştir. Kısıtlama alt boyutunun disosiyasyonla anlamlı bir ilişkisi bulunmadığı için regresyon analizi yapılamamıştır. Bu sonuç alan yazında disosiyasyonu anoreksik semptomlar yerine bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilişkilendiren çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Palmisano vd., 2018; Vanderlinden vd., 1993). Besin alımında kısıtlamaya yönelme ve sürekli diyet yapma gibi yeme tutumları için homoseksüel, heteroseksüel ve aseksüel katılımcılar için yordayıcılar bulunmuştur. Homoseksüel katılımcılar için aşırı koruma kontrolün, heteroseksüel katılımcılar için disosiyasyonun yordayıcı olduğu bulunmuştur.

Cinsel yönelime göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun duygusal yeme üzerindeki etkisi incelendiğinde; heteroseksüel yönelimde duygusal taciz ve disosiyasyonun, gerginlik durumunda ve olumsuz duygularla karşılaşıldığında yeme ataklarının gelişmesinde birlikte rol aldığı gözlenmiş, aşırı koruma kontrolün etkisi kalkmıştır. Biseksüel yönelimde ise cinsel taciz duygusal yemeyi açıklamaktadır. Disosiyasyon puanı eklendiğinde çocukluk çağı ruhsal travmalarının besinler üzerindeki kontrolsüzlüğü daha net açıkladığı gözlenmiş, çalışmada değerlendirilen 4 cinsel yönelimin için de yordayıcılar bulunmuştur. Cinsel taciz homoseksüel katılımcıların duygusal yeme puanının %31'ini açıklarken biseksüel katılımcılar için bu oran %44'e yükselmekte, heteroseksüel katılımcılar için ise hem duygusal ihmal hem de disosiyasyon duygusal yeme puanının %12'sini açıklamaktadır. Buna karşın aseksüel katılımcıların kendini kontrol edebilme faktör puanının %92'sinin fiziksel ihmal tarafından açıklandığı gözlenmiştir. Başka bir ifadeyle, aseksüel yönelimde bakım, beslenme gibi fiziksel temel ihtiyaçların karşılanmamış olmasının negatif affektlerle başa çıkmak için yemeye yönelme eğilimini artırmadığı, aksi yönde etki gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu fiziksel ihmalin duygusal ya da tıknırcasına yeme yerine anoreksik eğilimlerin artmasında etkisi olabileceğini düşündürmüştü, 2019 yılında Essayli ve arkadaşları tarafından yapılan ve aseksüel yönelimde tıknırcasına yeme yerine besin alımını kısıtlamaya yönelik tutumların yaygın olduğunu bildiren çalışma ile tutarlılık göstermiştir. Diğer taraftan heteroseksüel katılımcılar için aşırı koruma kontrol travma deneyimi ile disosiyasyon, biseksüel katılımcılar için duygusal ihmal, aseksüel yönelim için ise

cinsel taciz travma türleri yiyeceklere ilişkin uyaranlar karşısında kontrol sağlamayı zorlaştırırken ek olarak asexual yönelimde aşırı koruma kontrolün fiziksel ihmalde olduğu gibi besin alımını kısıtlamaya yönelik davranışı artırdığı gözlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre cinsel azınlık gruplarında maruz kalınan travmatik deneyimlerin bozulmuş yeme davranışını daha yüksek oranlarda açıkladığı saptanmıştır. Bu durum travmanın şiddeti ve sıklığı ile ilişkili olabileceği gibi özellikle asexual yönelimde gözlem sayısının az olmasından kaynaklı etki büyüklüğü değerleri yüksek çıkmış olabilir (Keskin, 2020). Mevcut çalışmanın geçerliğini olumsuz yönde etkileyebilecek bu hususa ek olarak cinsel azınlık grubundaki bireylerden alınan yanıtların örtük sorunlarla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dünyada yetişkinler için psikopatoloji ve kişilik özelliği saptamada yaygın olarak kullanılan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinden (MMPI) örnek vermek gerekirse, geçerlik çalışmasında katılımcıların test alma tutumları da incelenmiş; bazı katılımcılar sorunlarına savunucu yaklaşırken bazı katılımcıların sorunlarla başa çıkmak için yeterli ego gücüne sahip olmadığı ve ruhsal durumunu olduğundan daha kötü yansıttığı gözlenmiş, savunma düzeyindeki farklılıktan kaynaklı puan sapmalarını kontrol etmek için örtük direncin ifade edildiği K ölçeğine göre düzeltmeler yapılmıştır (Ceyhun-Özdemir ve Oral, 2021). Söz konusu çalışmada ise cinsel azınlıkların anket sorularına verdikleri yanıtlar neticesinde açıklama oranlarının yüksek bulunması, ego gücünün zayıf olmasıyla ilişkilendirilmiş, toplumsal bağlamda baş etmekte zorlanılan güçlüklerin bir nevi ifadesi ve yardım gereksiniminin göstergesi olabileceğini düşündürmüştür.

Regresyon analizlerinden edinilen bulguları özetlemek gerekirse çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisi incelenirken farklı cinsel yönelimler için farklı travma türlerinin değişen oranlarda yordayıcı olduğu gözlenmiştir. Heteroseksüel yönelimde en fazla duygusal taciz olmak üzere fiziksel taciz, aşırı koruma kontrol ve cinsel tacizin bozulmuş yeme tutumu üzerinde yordayıcı olduğu, buna karşın fiziksel ihmalin anlamlı modellerin hiçbirinde yer almadığı görülmüştür. Homoseksüel yönelimde aşırı koruma kontrol ve cinsel istismar; biseksüel yönelimde ise aşırı koruma kontrol ve duygusal ihmal bozulmuş yeme tutumunu belli oranlarda açıklamaktadır. Diğer taraftan aşırı koruma kontrol ile diğer yönelimler için fazla yordayıcı olmayan fiziksel ve duygusal ihmalin asexual

yönelimde bozulmuş yeme tutumunu yüksek oranlarda açıkladığı belirlenmiştir. Tüm yönelimlerin hepsinde ortak olarak bozulmuş yeme davranışını yordayan travma çeşidinin aşırı koruma kontrol olduğu saptanmıştır. Bu bulgu Tunç ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışma bulguları ile büyük oranda benzerlik göstermektedir. Sözü edilen çalışmaya göre anne tarafından aşırı korumaya maruz kalan katılımcıların bozulmuş yeme tutumu geliştirmeye daha meyilli oldukları belirtilmektedir. Bakım verenle kurulan ilişki biçimini bir nevi süreklilik boyutunda ifade eden aşırı koruma kontrolün yeme tutumu üzerindeki etkisi aileyle ilgili kuramsal açıklamalarla da paralellik göstermektedir. Bozulmuş yeme tutumunu ikinci olarak en sık yordayan travma çeşidinin cinsel taciz olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatürde cinsel tacizin yeme bozuklarıyla anlamlı ilişkisini belirten çalışmalarla paralellik göstermektedir (Gerke, Mazzeo ve Kliwer, 2006; Jaite, 2012; Rotty vd., 1994). Ayrıca cinsel tacizin kontrolsüzce yemeyi ifade eden faktörlerle ilişkili bulunması disosiyasyonla olan anlamlı ilişkisini de destekler niteliktedir.

Çocukluk çağı ruhsal travmaları ve disosiyasyonun bozulmuş yeme tutumu üzerindeki etkisinde cinsel yönelimin yanı sıra cinsiyete göre de farklılık görülmüştür. İlk etapta travma alt boyutları ile yeme tutumu incelenmiş ardından disosiyasyon eklenerek karşılaştırma yapılmıştır. Kadınlarda fiziksel tacizin, erkeklerde ise cinsel tacizin bozulmuş yeme tutumunu artırdığı görülmüştür. Yeme meşguliyeti için kadınlarda fiziksel taciz bozulmuş yeme tutumu artırırken erkeklerde fiziksel ihmalin yemeye ilgili zihinsel meşguliyetin azalması yönünde etkisi olduğu belirlenmiştir. Benzer bulguya fiziksel ihmalin açıklayıcı olduğu asexual yönelimde de rastlanmış, bazı travma türlerinin besinlere yönelik ilgiyi artırırken bazı travma çeşitlerinin yiyeceklerden kaçınma davranışına yol açabileceği düşünülmüştür. Pignatelli ve arkadaşlarına göre (2017) fiziksel ve duygusal ihmal, yeme bozukluklarında görülen kendini aç bırakma ve tıkınma-çıkarma semptomları ile ilişkilendirilebilmektedir. Kısıtlama tutumu için travma çeşitleri içerisinde yordayıcı bulunmamıştır. Toplumsal baskının etkisine bağlı gelişen bozulmuş yeme davranışında ise yalnız kadınlar için yordayıcı bulunmuş, fiziksel tacizin açıklayıcı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu kadınların sosyal kabule daha fazla ihtiyaç duyduğunu bildiren görüşle paralellik göstermekte ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi ile besin alımı ve bedenle

ilgili konularda kadınlara göre daha az baskıya maruz kalmaları ile ilişkilendirilmektedir (Boskind-Lodahl, 1976).

Duygusal yeme için bakıldığında kadınlar için duygusal tacizin, erkekler için duygusal ihmalin yordayıcı olduğu görülmüştür. Erkeklerde yiyecek üzerinde denetimi kaybetmeyi açıklayan travma alt boyutu gözlenmemiş, buna karşın kadınlarda duygusal tacizin duygusal yemeyi açıkladığı bulunmuştur. Benzer şekilde yemeye ilişkin uyarılar karşısında kontrolü sağlayamamada yalnız kadınlarda yordayıcı bulunmuş, duygusal ve cinsel tacizin açıklayıcı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre kadınlar katılımcıların erkeklere göre yeme üzerinde denetim sağlama hususunda daha fazla güçlük yaşamaları travma deneyimi ile ilişkilendirilebilir. Bu sonuç yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla olduğunu bildiren araştırmalarla örtüşmektedir (Green vd., 2008; Meyer, Blissett ve Oldfield, 2001; Striegel-Moore vd., 2009).

Disosiyasyon puanı eklenerek yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda; kadınlarda hem disosiyasyonun hem de duygusal tacizin duygusal yemeyi artırdığı, erkeklerde ise duygusal ihmalin etkisinin kalktığı ve disosiyasyonun modelde tek başına yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Gerginlik durumunda ve olumsuz duygularla başa çıkmak için yemede hem kadınlarda hem de erkeklerde disosiyasyonla beraber belli bir travma çeşidinin duygusal yemeyi açıkladığı; kadınlarda duygusal tacizin, erkeklerde duygusal ihmalin etkili olduğu bulunmuştur. Yiyecekler karşısında kontrolü sağlayamamada yalnız kadın katılımcılar için yordayıcı bulunmuş, duygusal taciz ve disosiyasyonun duygusal yemeyi artırmada beraber etkili olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak erkek ve kadın katılımcılar için yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda cinsiyete göre belli tip travma çeşitlerinin bozulmuş yeme tutumunun yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda duygusal taciz başta olmak üzere, fiziksel taciz ve fiziksel ihmal bozulmuş yeme tutumunu açıklarken, erkeklerde en çok duygusal ihmal sonra duygusal taciz ve cinsel taciz yordayıcı olmaktadır. İki grup için de duygusal tacizin bozulmuş yeme tutumunu açıklayan önemli bir yordayıcı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca erkeklerde duygusal ihmalin açıklama oranının yüksek olması ve erkeklerin kadınlara göre yemek üzerinde daha kontrollü olmaları dikkat çekmiştir. Bu husus duygusal yemeyi dürtüsellikle ilişkilendiren çalışmalarla tutarlı bulunmuş

(Aytaç ve Hocaoğlu, 2016; Zoroğlu vd., 2001), erkeklere göre daha fazla bozulmuş yeme davranışı gösteren kadınların duygusal taciz deneyimlerinin negatif duyguları tolere edememeye ve duygu düzenleme güçlüğüne bağlı olarak yeme bozukluğu gelişimine neden olabileceğini belirten çalışmalarla tutarlılık göstermiştir (Goossens vd., 2008; Jaite vd., 2012; Moulton vd., 2015; Roesler ve McKenzie, 1994).

Bu sonuçlara bakılarak çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun bozulmuş yeme tutumunu ve duygusal yemeyi ayrı ayrı yordadığı gözlenmiş olup araştırmanın yedinci hipotezi desteklenmiştir. Aynı zamanda disosiyasyonun eklendiği bazı modellerde aşırı koruma kontrol, duygusal ihmal ve cinsel taciz travma türlerinin etkisinin ortadan kalktığı ve disosiyasyonun tek başına yordayıcı olduğu belirlenmiş, bazı modellerde ise önceki modelden daha yüksek bir açıklama oranıyla travmaya eşlik ettiği görülmüştür. Çocukluk döneminde deneyimlenen fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi olumsuz deneyimlere tepki olarak açığa çıkan disosiyasyonun (Sanders ve Giolas, 1991), hem travma hem de yeme bozuklukları ile ilişkisinden dolayı çalışmanın son hipotezini sınamak için aracılık analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda disosiyasyonun bozulmuş yeme tutumu ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ilişkisinde travmanın etkisini ortadan kaldırdığı için tam, duygusal yeme ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkisinde ise travmanın etkisini azalttığı için kısmi aracılık rolü üstlendiği gözlenmiştir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalar desteklenmektedir (Bromberg, 2008; McCallum vd., 1997; Palmisano vd., 2018; Torem, 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Söz konusu çalışma farklı cinsel yönelime göre çocukluk çağında deneyimlenen ruhsal travmaların ve travma zemininde gelişen disosiyasyonun yeme tutumu üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır.

Araştırma örneklemini, 18-35 yaş aralığında, cinsel yönelim açısından 461'i heteroseksüel, 13'ü homoseksüel, 24'ü biseksüel, 6'sı aseksüel olan 411'i kadın ve 93'ü erkek olmak üzere toplam 504 kişi oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ve Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) kullanılmış, travma ölçeğinin katılımcılarda olumsuz duyguları aktive edebileceği olasılığı hesaba katılarak sıra etkisini kontrol etmek için ölçeklerin karışık sırada verildiği 6 adet anket formu oluşturulmuş, katılımcılara eşit oranda dağıtılmaya çalışılmıştır. Anketler katılımcılara çevrimiçi formlar aracılığıyla iletilmiştir.

İstatistiksel analiz aşamasında ilk olarak cinsel yönelim ve atanmış cinsiyet özelliklerine göre bozulmuş yeme tutumu açısından farklılık olup olmadığına bakılmış, ardından Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri ile travma türlerinin ve disosiyasyonun hem cinsel yönelim hem de cinsiyet gruplarına göre etkisini incelenmiş, en son Bootstrap metodu ile disosiyasyonun travma ve yeme bozukluğu ilişkisindeki aracılık rolü sınanmıştır.

Çalışma bulgularına göre kadınlar arasında yeme bozukluğu tanısı, bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yaygınlığı erkeklere göre daha fazladır. Kadın katılımcılar daha ayrıntılı incelendiğinde, heteroseksüel kadınların biseksüel kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısına ve bozulmuş yeme tutumuna sahip olduğu, diğer cinsel yönelim grupları arasında ise anlamlı bir farklılığın bulunmadığı görülmüştür. Cinsel azınlık grubunda yer alan katılımcı sayısı az olduğu için yüzde dağılımları incelenerek yapılan grup içi karşılaştırmalar doğrultusunda; biseksüel kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme sıklığının heteroseksüel

kadınlara göre daha fazla olduğu, en fazla biseksüel, ardından heteroseksüel, sonra homoseksüel ve devamında aseksüel yönelimden kadınlar arasında bozulmuş yeme tutumunun ve duygusal yemenin yaygın olduğu belirlenmiştir. Cinsel yönelime göre bu yönde bir farklılığın ortaya çıkması, azınlık stres modeli ile de ilişkilendirilmiştir. Literatürde eşcinsel ve biseksüel erkeklerin heteroseksüel erkeklere daha fazla yeme bozukluğuna sahip olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmasına karşın mevcut çalışmada erkek katılımcılar içerisinde cinsel yönelime göre bozulmuş yeme tutumu açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Diğer taraftan yüzdeler dağılımlara göre grup içi karşılaştırmalar yapıldığında, eşcinsel erkekler içerisinde bozulmuş yeme tutumu ve duygusal yeme yaygınlığının heteroseksüel erkeklere göre daha fazla olduğu gözlenmiş, biseksüel erkekler için benzer sonuca ulaşamamıştır.

Cinsel yönelim ve cinsiyet gruplarına göre çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve disosiyasyonun yeme tutumu ve duygusal yeme üzerindeki etkisi incelenmiş, farklı yönelim ve cinsiyet gruplarına göre farklı travma türlerinin değişen oranlarda bozulmuş yeme tutumunun olumlu yönde anlamlı birer yordayıcısı olduğu görülmüştür. Gruplar arası ortak yordayıcı olduğu tespit edilen travma çeşidi cinsel yönelim değişkeni için aşırı koruma kontrol, cinsiyet değişkeni için duygusal tacizdir. Analiz sonuçları ayrıca disosiyasyonun bozulmuş yeme davranışını tetikleyen önemli bir yordayıcı olduğunu, çocukluk çağı ruhsal travmaları ve yeme bozukluğu ilişkisinde aracılık rolü üstlendiğini göstermiştir.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın sınırlılıklarına gelindiğinde, veri toplama sürecinde karşılaşılan güçlükler yeterli sayıda LGBTİ+ katılımcıya ulaşamamasına neden olmuştur. İlk olarak kartopu örnekleme yöntemi yöntemi ile hedef kitle belirlenerek ilgili kişi ve kurumlarla bağlantı kurulmaya çalışılmıştır. Ancak LGBTİ+'ların araştırmaya yönelik çekinceleri ve isteksizlikleri dolayısıyla katılım sağlanamamıştır. Ardından basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile hedef kitle gösterilmeden veri toplamaya devam edilmiştir. Hedeflenen sayı elde edilemediği için regresyon analizlerinde aynı cinsel yönelimden katılımcılar atanmış cinsiyetlerine göre ayrılmadan ve regresyon analizi için tavsiye edilen gözlem sayısına ulaşamadan istatistiksel hesaplamalar yapılmıştır. Bu durum aseksüel yönelim başta olmak üzere homoseksüel ve biseksüel yönelimler

için regresyon analizlerinde hesaplanan etki büyüklüklerinin hem genel itibarıyla hem de heteroseksüel yönelime göre daha yüksek bulunmasının bir açıklaması olarak düşünülmekte; çalışma bulgularının güvenilir kılınmasının ve evreni temsil etme potansiyelinin önüne geçmektedir. Ayrıca bazı bulguların literatürle örtüşmemesinin eksik veri girişi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın diğer kısıtlılıkları olarak, katılımcıların cinsiyet dağılımı açısından homojen olmaması, erkek katılımcı sayısının az olması ve anket sorularının uzun olduğuna dair bazı katılımcılardan dönüt alınmış olması gösterilebilir. Ölçek maddelerinin uzun olmasının, gönüllü katılımcı bulmayı ve anketi tamamlamayı güçleştirdiği; ayrıca katılımcıların dikkatinin dağılmış olma ihtimaline bağlı olarak araştırmanın güvenilirliğini sınırlamış olabileceği düşünülmektedir.

Öneriler

Sonraki çalışmalarda daha geniş örneklem grubuna ulaşılarak grupların cinsel yönelim ve cinsiyet değişkenleri açısından dengeli dağılımının sağlanması ve bu konudaki araştırmaların devam ettirilmesi önerilir. Ayrıca çalışmada disosiyasyonun aracılık etkisi incelenirken çocukluk çağı ruhsal travmaları, yeme tutumu, duygusal yeme ölçeği toplam puanları alınarak aracılık analizi yapılmış, her bir ölçeğin alt boyutuna göre analiz yapılmamıştır. İleride yapılacak çalışmalar için araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin alt boyutlarına göre kapsamlı bir aracılık incelemesi yapılması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S.** (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21, 553–580.
- Adler, A.** (1930). *Eşcinsellik Üzerine* (K. Şipal, Çev.) (2.bs). İstanbul: Say Yayınları.
- Agras, W. S., Rossiter, E.M., Arnow, D., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, Koran, L. M.** (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry*, 149(1), 82-87.
- Ahmed, S. F., Morrison, S., & Hughes, I. A.** (2004). Intersex and gender assignment; the third way? *Arch Dis Child*, 89, 847–850.
- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., & Kasper, S.** (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 12, 400-443.
- Aktepe, E.** (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı (Childhood Sexual Abuse). *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 1, 95-119.
- Allen, L.S., & Gorski, R.A.** (1992). Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 89, 7199–7202.
- Allen, L.S., Hines, M., Shryne, J. E., & Gorski, R.A.,** (1989). Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *J. Neurosci.* 9, 497–506.
- Allison, K. C., Spaeth, A., & Hopkins, C. M.** (2016). Sleep and Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 18(10), 92
- Altınöz, A. E., & Kaptanoğlu, C.** (2018). İnsan kaynaklı kitlesel travmatik olaylar ardından gelişen ruhsal durumlar ve bozukluklar. *Psikiyatride Güncel*, 8(1), 1-8.
- Altıntaş, M., & Özgen, N.** (2017). Personality Trait's Effects on Eating Behaviors. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5), 1797-1810.
- Altunkaynak, B. Z. & Özbek, E.** (2006). Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)* (E. Köroğlu, Çev.). (5.bs). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Aral, G.** (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-9.
- Arditte Hall, K. A., Bartlett, B. A., Iverson, K. M., & Mitchell, K. S.** (2018). Eating disorder symptoms in female veterans: The role of childhood, adult, and military trauma exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 345–351.
- Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., & Özer, C.** (2011). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/mkutfd/issue/19587/209288>
- Arnold, A. P.** (2012). The end of gonad-centric sex determination in mammals. *Trends Genet.* 28, 55–61.
- Ataoglu, B. B., Ataoglu, A., & Ankaralı, H.** (2019). Travmatik Yaşantıların Benlik Saygısı Üzerine Etkisi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi / Duzce Medical Journal*, 21(3), 186-191.
- Aytaç, H. M. & Hocaoglu, Ç.** (2016). Bulimiya nervoza ile birlikte yaşamak: Bir vaka sunumu. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3), 158-63.
- Baams, L., Have, M. T., De Graaf, R., & De Jonge, P.** (2021). Childhood trauma and bullying-victimization as an explanation for differences in mental disorders by sexual orientation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 225–231.
- Bakalar, J. L., Shank, L.M., Vannucci, A., Radin, R.M., & Tanofsky-Kraff, M.** (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 42-50.
- Bakker, J., & Baum, M. J.** (2008). Role for estradiol in female-typical brain and behavioral sexual differentiation. *Front. Neuroendocrinol.*, 29, 1–16.
- Balcioğlu, Y.H., & Balcioğlu, İ.** (2018). Disosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Dergisi*, 3(3), 8-13.
- Balkan, D., & Şahin, N.** (2016). Ensest sonrası ortaya çıkan aşırı yeme nöbetleri: Bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 80-83.
- Bao, A. M., & Swaab, D.F.** (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front. Neuroendocrin.*, 32, 214–226.
- Barnett, D., Manly, J.T., & Cicchetti, D.** (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti and S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy*, (pp.7-73) Norwood, NJ: Ablex.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A.** (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Başar, K.** (2014). Farklı yönleri ile cinsel kimlik: bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet rolü ve cinsel yönelim. *Toplum ve Hekim*, 29(4), 245-251.
- Bayraktar, E., & Alper, Y.** (1991). Bulimia Nervosa. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(3).
- Bekker, M. H., Meerendonk, V., & Mollerus, C.** (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 461-469.
- Berkol, T. D., Balcioglu, Y. H., Kirlioglu, S. S, Erensoy, H., & Vural, M.** (2017). Disociative features of fibromyalgia syndrome. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(3), 198-204.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J.** (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-6.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K.** (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin.*, 66, 241-258.
- Bilgen, Ş. S.** (2018). *Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirliği Çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Blanchard, R., Bogaert, A. F.** (1996). Homosexuality in men and number of older brothers. *Am. J. Psychiatry*, 153, 27-31.
- Blanchard, R.** (2018). Fraternal birth order, family size, and male homosexuality: metaanalysis of studies spanning 25 years. *Arch. Sex. Behav.*, 47, 1-15.
- Blencher, M. J.** (2015). The gay Harry Stack Sullivan. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(1).
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A.** (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462.
- Bogaert, A.F.** (2004). Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. *J. Sex Res.*, 41, 279-287.
- Bogaert, A. F., & Skorska, M.** (2011). Sexual orientation, fraternal birth order, and the maternal immune hypothesis: a review. *Front. Neuroendocrin.*, 32, 247-254.
- Boisvert, J. A., & Harrell, W. A.** (2009). Homosexuality as a risk factor for eating disorder symptomatology in men. *The Journal of Men's Studies*, 17(3), 210-225.
- Boskind-Lodahl, M.** (1976). Cinderella stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Women and Culture in Society*, 2, 342-355.

- Brewerton, T.D.** (2012). Antipsychotic agents in the treatment of anorexia nervosa: neuropsychopharmacologic rationale and evidence from controlled trials. *Curr Psychiatry Rep.*, 14, 398-405.
- Brady, S.S.** (2008). Lifetime Family Violence Exposure Is Associated With Current Symptoms of ED Among Both Men and Women. *J Trauma Stress*, 21, 347-351.
- Bromberg, P. M.** (2008). Treating Patients with Symptoms—and Symptoms with Patience: Reflections on Shame, Dissociation, and Eating Disorders. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(6), 891-912.
- Bruch, H.** (1997). Obesity in childhood and personality development. *Obesity Reserach*, 5(2), 157-161.
- Bulik, C. M., Beidel, D.C., Duchmann, E., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H.** (1991). An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social phobic, and control women. *J Psychopathol Behav Assess*, 13,199–211.
- Bulik, C. M.** (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Review Article*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M., & Reichborn-Kjennerud, T.** (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord*, 37, 2-9.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., Harding, H. G.** (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 36, 32-39.
- Butler, L., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D.** (1996). Hypnotizability and traumatic experience. *Am J Psychiatry*, 153(7), 42-63.
- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O. & Alpak, G.** (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 93-99.
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L.** (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Curr Psychiatry Rep*, 19(49).
- Caparrotta, L. & Ghaffari, K.** (2006). Ahistorical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(3), 175-196.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., & Davis, J. M.** (1980). Bulimia: Its Incidence and Clinical Importance in Patients With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 37(9), 1030-1035.
- Celotti, F., Negri-Cesi, P., & Poletti, A.** (1997). Steroid metabolism in the mammalian brain: 5alpha-reduction and aromatization. *Brain Research Bulletin*, 44, 365–375.

- CETAD. (2013).** Eşcinsellik, Bilgilendirme Dosyası-10. İçinde Ş. Yüksel ve N. Yetkin (Editörler). Erişim: 20 Kasım 2021 www.cetad.org.tr
- Ceyhun-Özdemir, B., & Oral, N. (2021).** *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri.* (5.bs). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Chandara, P., & Malla, A. (1989).** Bulimia and dissociative states: A case report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 137-139.
- Coons, P. M. (1998).** The dissociative disorders: Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am*, 21(3), 637-648.
- Crews, D., Gore, A. C., Hsu, T. S., Dangleben, N. L., Spinetta, M., Schallert, T., ... Skinner, M.K. (2007).** Transgenerational epigenetic imprints on mate preference. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 104, 5942-5946.
- Çelikel, H. (2007).** Klinik olmayan örneklemde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, disosiyasyon ve obsesif kompulsif belirtiler (Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010).** DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri, *Kriz Dergisi*, 18 (3), 19-25.
- Çolak-Özbey, N., Kazancıoğlu, R., Sezgin, A. U. & Orhan, Y. (1999).** Şişman kadınlarda tıknircasına yeme bozukluğu (Binge eating disorder). *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(1), 36-39.
- Da Ros, A., Vinai, P., Gentile, N., Forza, G., & Cardetti, S. (2011).** Evaluation of alexithymia and depression in severe obese patients not affected by eating disorders. *Eat Weight Disord*, 16, 24-29.
- Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Şafak Öztürk, C. (2018).** Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 269-78.
- Derin, G., & Öztürk, E. (2018).** Disosiyatif Bozuklukları ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 29-41.
- Deveci, E. & Açıık, Y. (2003).** Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi, *Arşiv*, 12(4), 396-405.
- Devlin, B. K., & Reynolds, E. (1994).** Child abuse, How to recognize it, How to intervene. *American Journal of Nursing*, 94 (3), 26-31.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & Van Furth, E. F. (2002).** Binge eating disorder. *Int J Obes*, 26, 299-307.
- Dvir, Y., Ford, J., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014).** Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149.
- De Zwaan, M. (2001).** Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25 (1), 51-55.

- Düzyürek, S.** (1994). Homofobik Önyargı, Eşcinsel Bireyler ve Terapistleri. 3P Psikiyatri, *Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2(3), 45-55.
- Economy, A. M.** (2013). Exploring the association between emotions and eating behavior. Capstone Project, Winona State University.
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D.L., & Herzog, D. B.** (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord.*, 31(2),191-201
- Eldregde, K., & Agras W.** (1996). Weight and shape overconcern andemotional eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 19,73–82.
- Engindeniz, N.** (2014). Psikanalizde Eşcinsellik, Kaos GL Dergisi, “Queer ve Psikanaliz”. 136. Sayı Erişim: 10 Şubat 2022 <https://kaosgl.org/gokkusagi-forumu-kose-yazisi/psikanalizde-escinsellik>
- Erdeğer, B. Ş.** (2021). Kurgunun egemenliği: Eşcinsellik “normal” midir? Erişim: 18 Haziran 2022, <https://turkish.aawsat.com/home/article/2903156/bulent-shahin-erdeger/kurgunun-egemenligi-psikanalistler-ve-escinsellik-2>
- Ergüney-Okumuş, F. E. & Sertel-Berk, H. Ö.** (2020). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları - Studies in Psychology*, 40(1), 57-78.
- Essayli, J. H., Murakami, J. M., & Latner, J. D.** (2019). Perceived Sexual Orientation of Men and Women with Eating Disorders and Obesity, *Journal of Homosexuality*, 66(6), 735-745.
- Estour, B., Galusca, B., & Germain, N.** (2014). Constitutional thinness and anorexia nervosa: a possible misdiagnosis? *Front. Endocrinol (Lausanne)*, 5,1-5.
- Eşel, E.** (2006). İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16, 274-288.
- Fairburn, C. G.** (1981) A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707-711.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M.** (2000). The natural course of bulimia nervosa and 62 binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 659–665.
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H.** (2007). Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 218–226.
- Fieldman, R. C., & Downey, J. I.** (1998). Psychoanalysis and the model of homosexuality as psychopathology: a historical overview. *The American Journal of Psychoanalysis*, 58(3), 249-270.

- Franko, D. L., & Keel, P. K.** (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 26, 769-782.
- French, S. A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M.D., & Blum, R. W.** (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 119-126.
- Freud, A.** (1946) The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 119–132.
- Friederich, H. C., Schild, S., Schellberg, D., Quenter, A., Bode, C., Herzog, W., & Zipfel, S.** (2006). Cardiac parasympathetic regulation in obese women with binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 30, 534–542.
- Friederich, H.C., Kumari, V., Uher, R., Riga, M., Schmidt, U., Campbell, I.C.,Treasure, J.** (2006). Differential motivational responses to food and pleasurable cues in anorexia and bulimia nervosa: a startle reflex paradigm. *Psychol Med*, 36, 1327-1335.
- Ganley, R. M.** (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-361.
- Goodsitt, A.** (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51–60.
- Green, M. A., Davids, C. M., Skaggs, A. K., Riopel, C. M., & Hallengren, J. J.** (2008). Femininity and Eating Disorders. *Eating Disorders*, 16, 4, 283-293.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P.** (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 19(5), 1402–1413.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E.** (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Genç, Ş.** (2013). Ensest. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 106, 215-260.
- Gerke, C.K., Mazzeo, S.E., & Kliewer, W.** (2006). The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 30 (10), 1161-1172.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S.** (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Glaser, D.** (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 697–714.
- Gomez, F., Kilpela, L. S., Middlemass, K. M., & Becker, C. B.** (2021). Sexual trauma uniquely associated with eating disorders: A replication study.

- Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 202–205.
- Gonzalez, A., Clarke, S. D. & Kohn, M. R.** (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36(8).
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S.** (2008). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 17, 68–78.
- Gorwood, P., Kipman, A., & Foulon, C.** (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *Eur J Pharmacol*, 480, 163–170.
- Gönerir-Erbay, L., & Seçkin, Y.** (2016) Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*, 4(20), 473-477.
- Grave, R. D., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E.** (1996). Disociation and Traumatic Experiences in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 4(4), 232-240.
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J.** (2020). Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13, 443–453.
- Grotjahn, M.** (1951). Historical Notes: A Letter from Freud. *The American Journal of Psychiatry*, 32, 86-787.
- Gull, W. W.** (1874). Anorexia nervosa. *Transactions Clinical Society London*, 7, 22-28.
- Gürdal, A.** (1999). Yeme Bozuklukları ve Tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(1), 21-27.
- Güriş, S., & Astar, M.** (2019). *Bilimsel Araştırmalarda SPSS ile İstatistik*. İstanbul: Der Yayınevi
- Gwirtsman, H. E., Cuze, B.H., Yager, J., & Gainsley, B.** (1990). Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 51(9), 378-82.
- Habermas, T.** (2015). History of anorexia nervosa. In M. P. Levine & L. Smolak (Eds.). *The Wileyhandbook of eating disorders*, 1,11-24.
- Haqq, C. M., & Donahoe, P. K.** (1998) Regulation of sexual dimorphism in mammals. *Physiol Rev*, 78(1), 1-33.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L.** (1993). A Linkage between DNA Markers on the X-Chromosome and Male Sexual Orientation. *Science*, 261, 321–327.
- Hay, P. J., & Bacaltchuk, J.** (2008). Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid.*, Jul 19, 2010:1009.
- Helvacı-Çelik, F. G. & Hocaoğlu, Ç.** (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.

- Herman, C. P., Polivy, J., Lank, C. N., & Heatherton, T. F.** (1987). Anxiety, hunger, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 264–269.
- Herzog, D. B., Newman, K. L., Yeh, C. J., & Warshaw, M.** (1992). Body Image Satisfaction in Homosexual and Heterosexual Women, *International Journal of Eating Disorders*, 11(4), 391-396.
- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K.** (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 843-859.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores,Keller, M. B.** (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 829– 837.
- Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W.** (2000). Relationship of Weight and Eating Disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *Int J Eat Disord*, 28(1), 68-77.
- Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., Hayes, R. D., Chang, C. K.** (2018). Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 813–821.
- Hines, M.** (2011). Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. *Front. Neuroendocrinol.*, 32, 170–182.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D.** (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Horne, M., & Gallen, M.** (1987). Anorexia Nervosa: An Object Relations Approach to Primary Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 151(2), 192-194.
- Hospers, H. J., & Jansen, A.** (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1188–1201.
- Hu, S., Pattatucci, A.M.L., Patterson, C., Li, L., Fulker, D.W., Cherny, S.S.,D.H.** (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nat. Genet.*, 11, 248–256.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Harrison G. Pope Jr., H. G., & Kessler, R. C.** (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Hunter, E. C. M, Sierra, M., & David, A. S.** (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation-A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(1), 9-18.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E.** (2012) Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14, 432-446.

- Ipsos** (2021). Global Survey points to a generation gap around gender identity and sexual attraction. *LGBT+ Pride 2021 Global Survey*, Retrieved November 10, 2021, from <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/lgbt-pride-2021-global-survey-ipsos.pdf>
- Irwin, H. J.** (1998). Affective predictors of dissociation II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 237–245.
- Janet, P.** (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. Macmillan. Retrieved May 27, 2022, from <https://doi.org/10.1037/10008-000>
- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae H.** (2012). Etiological Role of Childhood Emotional Trauma and Neglect in Adolescent Anorexia Nervosa: A Cross-Sectional Questionnaire Analysis. *Psychopathology*, 45, 61–66.
- Juli, G., & Juli, L.** (2014). The starting point of eating disorders: role of genetics. *Psychiatria Danubina*, 26 (1), 126–131.
- Kadioğlu, M., & Ergün, A.** (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *MÜSBED*, 5(2), 96-104
- Kaos GL Derneği, (2020).** LGBTİ+ Hakları Alanında Çeviri Sözlüğü. Ankara. Erişim Adresi: <https://kaosgldernegi.org/images/library/cevirisozlugu2020.pdf>
- Kaplan, S., 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 1214-22.
- Kardiner, A.,** (1959.) Traumatic neuroses of war. In S. Arieti (Ed.). *American handbook of psychiatry* (Vol 1, pp. 245–257). New York: Basic Books.
- Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonen, L.** (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 318–325.
- Katzman, D. K., Peebles, R., Sawyer, S.M., Lock, J., & Le Grange, D.** (2013) The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health*, 53, 433-440.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E.** (1997). Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 154, 313–321.
- Kelly, C., & Davies, M.** (2019). A Review of Anorexia Nervosa, Its Relationship to Autism and Borderline Personality Disorder, and Implications for Patient Related Outcomes. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 3, 207-215.
- Kent, A., & Wallger, G.** (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clin Psychol Rev.*, 20, 887-903.

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L.** (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29, 340–345.
- Keskin, B.** (2020). İstatistiksel Güç Bir Araştırmanın Sonuçlarına Etki Eder Mi? Örneklem Büyüklüğüne Nasıl Karar Verilmeli? *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18, 157-174
- Kılıç, S.** (2013). Doğrusal Regresyon Analizi. *Journal of Mood Disorders*, 3(2), 90-92.
- Kızıltan, G., Karabudak, E., Ünver, S., Sezgin, E., & Ünal, A.** (2005). Nutritional status of university students with binge eating disorder. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 167-171.
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Sime'oni, M. C., & Ade's, J.** (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *Eur Psychiatry*, 14, 189–198.
- Kraus, T., Haack, M., Schuld, A., Hinze-Selch, D., Kühn, M., Uhr, M., & Pollmächer, T.** (1999). Body weight and leptin plasma levels during treatment with antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry*, 156(2), 312–314.
- Kreipe, R. E., & Mou, S. M.** (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27(1), 101-124.
- Kulacaoglu, F., Solmaz, M., Ardic, F.C., Akin, E., & Kose, S.** (2017). The relationship between childhood traumas, dissociation, and impulsivity in patients with borderline personality disorder comorbid with ADHD. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*, 27(4), 393-402.
- Kuruoğlu, A. Ç.** (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S.** (2010). Dissociation in eating disorders: Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Compr Psychiatry*, 51(4), 393-400.
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., Velazquez-Alva, M. C., & Zepeda, M. Z.** (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644.
- Lindeman, M., & Stark, K.** (2001). Emotional Eating and Eating Disorder Psychopathology. *Eating Disorders*, 9(3), 251-259.
- Lyman, B.** (1982). The nutritional values and food group characteristics of food preferred during various emotions. *Journal of Psychology*, 112, 121-127.
- Macht, M.** (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M.** (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.

- Maner, F., & Aydın, A.** (2007). Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam*; 20(1), 25-37.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., Ewing, L, Kern, E., Gooding, W., & McDermott, M.** (1996). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *Int J Eat Disord*, 9, 69–77.
- McCallum, K.E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzell, R. D.** (1997). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Disociation*, 5(4), 227-235.
- McCarthy, M. M., Auger, A.P., Bale, T.L., De Vries, G.J., Dunn, G.A., Wilson, M. E.** (2009). The epigenetics of sex differences in the brain. *J. Neurosci.*, 29, 12815–12823.
- McKnight, R. F., & Park, R. J.** (2010). Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 18(1), 10–21.
- Meneguzzo, P.,Cazzola, C., Castegnaro, R.,Buscaglia, F., Bucci, E., Pillan, A., Todisco, P.** (2021). Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400.
- Meyer, C., Blissett, J., & Oldfield, C.** (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 314–318.
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B.** (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129-36.
- Mintz, L. B. ve O'Halloran, M. S.** (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of personality assessment*, 74(3), 489-503.
- Mitchell, J. E., Roerig, J., & Steffen, K.** (2013). Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46(5), 470-477.
- Mitchell, S. A.** (1981). The Origin and Nature of the "Object" in the Theories of Klein and Fairbairn 12. *Contemp. Psychoanalysis*, 17, 374-398.
- Moore, F., & Keel, P.K.** (2002). Influence of Sexual Orientation and Age on Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Women. *Int J Eat Disord*, 34, 370-374.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. M.** (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355–371.
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K.** (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167–174.

- Mulder, R. T., Beautrais, A., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M.** (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 6, 806-811.
- Neumarker, K. J.** (1997). Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 21, 205-212.
- Noordenbos, G., & Van Geest, Z.** (2017). Self-criticism and critical voices in eating disorder patients and healthy controls. *JSM Nutritional Disorders*, 1, 1003–1008.
- O'Brien, C. E.** (2010). Winnicottian object relations and behavioral theory conceptualizations of difficult-to-treat binge-type eating disorders : proposal for a synthesized treatment approach through dialectical behavior therapy. (Master's thesis). Available from <https://scholarworks.smith.edu/theses/494>
- Oğur, M., & Taşkale, N.** (2022). Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: Bulimiya Nervoza Üzerine Bir Gözden Geçirme. *J Cogn Behav Psychother Res*, 11(1), 58-73.
- Oltmanns, T. F., Martin, M. T., Neale, J. M., & Davison, G. C.** (2018). *Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları* (M. Şahin, Çev.). (10.bs). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Onslow, L., Woodward, D., Hoefkens, T., & Waddington, L.** (2016). Experiences of enhanced cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 168-178.
- Ouwens, M.A., Van Strien, T., & Van Der Staak, C. P.** (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40, 291-8.
- Öztürk, N.** (2012). *Yeme Bozukluklarında Yüzde Emosyonun Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Özen, Y.** (2019). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 362-375.
- Önal Sönmez, A.** (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları-Eating Disorders in Child and Adolescents. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 9(3), 301-316.
- Öncü, B. ve Sakarya A.** (2013). Ergen Özkayımlarında Bilişsel Etmenler ve Çarpıtmaların Rolü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(2), 232-245.
- Özbey, N., Kazancıoğlu, R., Sezgin, U., Özkan, S., & Orhan, Y.** (1999). Şişman kadınlarda tıknırcasına yeme bozukluğu (Binge eating disorder). *İst. Tıp Fak. Mecmuası*, 62(1), 36-39.
- Paker, S. M.** (2009). Psikanalizde Eşcinsellik, *In Akademik, Eşcinsellik, Psikanaliz*. Erişim: 14 Haziran 2022 <https://www.muratpaker.com/tr/2009/05/10/psikanalizde-escinsellik/>

- Palmisano, G. M., Innamorati, M., Sarracino, D., Bosco, A., Pergola, F., Scaltrito, D.,Vanderlinden, J.** (2018). Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case –control study. *Cogent Psychology*, 5: 1470483.
- Parker, L. L., & Harriger, J. A.** (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBTI+ population: a review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 8(51).
- Parling, T., Mortazavi, M., & Ghaderi, A.** (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eating Behaviors*, 11, 205–210.
- Pearce, J. M. S.** (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol*, 52(4), 191-192.
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loredi, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J.** (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Dissociation*, 18(1), 100-115.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P., Barbe, P.** (2012). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E., & Owens, M.** (1985). Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Ment Dis*. 173(7), 395-400.
- Polat, O.** (2017). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Polat, N.** (2000). Çocuk istismarının psikososyal boyutu. *Çocuk Forumu Dergisi*, 3(4), 52.
- Polivy, J., Herman, C.P., & McFarlane, T.** (1994). Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510.
- Putnam, F. W.** (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413-429.
- Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M.V., & Miotto, P.** (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 6–17.
- Prosen, S.** (2016). Psychodrama in the group of patients diagnosed with eating disorders. *Z Psychodrama Soziometr*, 15, 131–141.
- Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M.** (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder ‘voice’. *Child Abuse & Neglect*, 86, 197–205.
- Rado, S.** (1940). A critical examination of the theory of bisexuality. *Psychosomatic Medicine*, 2(4), 459-467.
- Rice, W. R., Friberg, U., & Gavrillets, S.** (2012). Homosexuality as a consequence of epigenetically canalized sexual development. *Quart. Rev. Biol.*, 87, 343–368.

- Roesler, T. A., & McKenzie, N.** (1994). Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(3), 145–150.
- Rose, J.** (1943) Eating inhibitions in children in relation to anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 5, 117–124.
- Rosen, J. C., Leitenberg, H., Fondarco, K. M., Gross, J., & Willmuth, M.** (1985). Standardised test meals in the assessment of eating behaviours in bulimia nervosa: consumption of feared foods when vomiting is prevented. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 59-70.
- Rosmond, R.** (2004). Obesity and depression. Same disease, different names? *Medical Hypotheses*, 62, 976-979.
- Ruderman, A. J.** (1983). Obesity, anxiety, and food consumption. *Addict Behav.*, 8, 235-42.
- Russell, C.J., & Keel, P.K.** (2001). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300-6.
- Russell, G.** (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
- Taylor, B.J., & Wasserman, S.A.** (1996). Control of male sexual behavior and sexual orientation in *Drosophila* by the fruitless gene. *Cell*, 87, 1079–1089.
- Sabine, E. C., Wood, K. H., & Wakeling, A.** (1984). Mood changes in bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, 145, 512-516.
- Saljoughian, M.** (2021). Emotional Eating and Binge Eating Disorder. *US Pharm.*, 46(2), 36-38.
- Sanders, B., & Giolas, M. H.** (1991). Disociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 50–54
- Savaşır, I., & Erol, N.** (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19-25.
- Savic, I., Berglund, H., & Lindstrom, P.** (2005). Brain response to putative pheromones in homosexual men. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A*, 102, 7356–7361.
- Savic, I., & Lindstrom, P.** (2008). PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A*, 105, 9403–9408.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A.** (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(2), 91–97
- Schulz, K. M., Zehr, J. L., Salas-Ramirez, K. Y., & Sisk, C. L.** (2009). Testosterone programs adult social behavior before and during, but not after, adolescence. *Endocrinology*, 150, 3690–3698

- Serter, R.** (2003). *Obezite Atlası*. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, Ankara.
- Sevinçer, G. M., & Konuk, N.** (2013). Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178.
- Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C., & Ward, W.** (2018). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E): a naturalistic study within an out-patient eating disorder service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1), 21-34.
- Spiegel, D.** (1986). Disociating damage. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 123-131.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten,Dell, P. F.** (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(9), 824-852.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.,Nonas, C.** (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & Van Heck, G. L.** (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.
- Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J.** (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226-41.
- Steinhausen, H. C.** (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1284-93.
- Stice, E.,** (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stier, D. M., Leventhal, J. M., Berg, A. T., Johnson, L., & Mezger, J.** (1993). Are children born to young mothers an increased risk of maltreatment? *Pediatrics*, 91(3), 642-648.
- Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Perrin, N., De Bar, L., Wilson, G. T., May, A.,H. C.** (2009). *Int J Eat Disord*. 42(5), 471-474.
- Sullivan, P. F.** (1995). Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152, 1073-1074
- Swift, W. J., Andrews, D., & Barklage, N. E.** (1986) The relationship between affective disorders and eating disorders: a review of literature. *Am J Psychiatry*, 143, 291-299.
- Şahin, F., & Taşar, M. A.** (2012). Cinsel İstismar ve Ensest, *Türk Ped Arş*, 47(3), 159-64.
- Şar, V., Kundakçı, T., & Kızıltan, E.** (1997). Disosiyatif yaşantılar ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. Erişim: 20 Mayıs 2022, <https://toad.halileksi.net/olcek/disosiyasyon-olcegi>

- Şar, V.** (1998). Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Tanı ve Nozolojik Sorunlar, *Klinik Psikiyatri*, 1, 13-21.
- Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O.** (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169–176.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E.** (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054–1063.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih P., & Türk-Kurtça, T.** (2021). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma & Disociation*, 22(1), 35-51.
- Taner, Y., & Gökler, B.** (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.
- Thorney, E., & Vorstenbosch, V.** (2016). Gender Differences in Perceived Causal Relations Between Trauma-Related Symptoms and Eating Disorders in Online Community and Inpatient Samples. *Traumatology*, 22(3), 222–232.
- Tomotake, M., & Ohmori, T.** (2002). Personality profiles in patients with eating disorders. *J. Med. Invest*, 49, 87-96
- Topbaş, M.** (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80
- Torem, M. S.** (2011). Dissociative States Presenting as an Eating Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(2), 137-142.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A.S.,Kaye, W.H.** (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*, 162(4), 732-40.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A.,Wentz, E.** (2015). Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Primers*, 26(1), 15074.
- Tunç, P.** (2020). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travması ve Yeme Tutumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 11(1), 203-219.
- Turan, Ş., Aksoy Poyraz, C., & Özdemir A.** (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psi Gün Yak*, 7(4), 419-435.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.İ., Özpulat, T., Yanık, M., & Kiziltan, E.** (1998). Frequency of dissociative identity disorder among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry*, 155(6), 800-805.
- Tutkun, H., Yargıç, L.İ., & Şar, V.** (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Disociation*, 9, 241-249.
- UNICEF & SHÇEK (2010).** Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. Özet Rapor. Ankara, (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu).

- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H.** (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium. *Disociation*, 4(4), 180-184.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H.** (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-194.
- Vatandaş, C.** (1988). Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerinin Algılanışı. 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler, (s.30-55). Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Veenstra, E. M. & De Jong, P. J.** (2013). Reduced automatic motivational orientation towards food in restricting anorexia nervosa. *J Abnorm Psychol*, 120(3), 708-18.
- Vitousek, K., & Manke, F.** (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E.** (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 13-17.
- Wallis, D.J., & Hetherington, M. M.** (2004). Stress and eating: the effects of egothreat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43, 39-46.
- Walsh, B.T., Gladis, M., & Roose, S.P.** (1988). Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Arch Gen Psychiatry*, 45(5), 471-475.
- Wang, Y., Liu, H., & Sun, Z.** (2017). Lamarck rises from his grave: parental environment induced epigenetic inheritance in model organisms and humans. *Biol. Rev. Camb. Philos. Soc.*, 92, 2084-2111.
- Weltzin, T. E., Bulik, C. M., McConaha, C. W. & Kaye, W. H.** (1995). Laxative withdrawal and anxiety in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 141-146.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Råstam, M.** (2001). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioningscales. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 613-622.
- WHO.** (2002). World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers, In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi and R. Lozanopp (Eds.), pp.60-62.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G.** (2000) Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 27, 259-269.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A.** (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder:

- relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consult Clin Psychol*, 68,641-649.
- Williamson, I., & Hartley, P.** (1998). British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 6(3), 160–170.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M.** (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216.
- Yager, J., & Andersen, A. E.** (2005). Anorexia nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481–1488.
- Yalçın-Armağan, A.** (2019). *Farklı cinsel yönelimli bireylerin algılanan anne-baba reddi kabul-reddi ile kimlik duygusu kazanımları*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yeşilbursa, D.** (2000). *Lise öğrencilerinde anoreksiya nervroza- bulimiya nervroza sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi), Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Yılmaz, A.** (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri, *Civilacademy*, 7(1), 63-79.
- Yu, Y., Miller, R., & Groth, S. W.** (2022). A literature review of dopamine in binge eating. *Journal of Eating Disorders*, 10(11).
- Yule, M. A., Brotto, L. A., Gorzalka, & B. B.** (2014). Biological markers of asexuality: Handedness, birth order, and finger length ratios in self-identified asexual men and women. *Arch. Sex. Behav.*, 43, 299–310.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü, Şar, V., Öztürk, M., Eröcal Kora, M., Alyanak, B.** (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2):69-78.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J.** (1994). Psychological risk factors for dissociation and self mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatr*, 39, 259-268.

EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız:...
Cinsiyetiniz (atanmış): <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Diğer
Cinsel yöneliminiz: <input type="checkbox"/> Homoseksüel (Kendi cinsime ilgi duyuyorum.) <input type="checkbox"/> Biseksüel (Hem kendi cinsime hem de karşı cinse ilgi duyuyorum.) <input type="checkbox"/> Heteroseksüel (Karşı cinse ilgi duyuyorum.) <input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz):
Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli
Öğrenim durumunuz (en son bitirilen okul): Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Mesleğiniz:...
Çalışma durumunuz: <input type="checkbox"/> Tam zamanlı çalışan <input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışan <input type="checkbox"/> Serbest çalışan <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
Boyunuz (cm):... Kilonuz (kg):...
Yetişkinlikteki en düşük kilonuz:...
En yüksek kilonuz (hamilelik hariç):...
Olmak istediğiniz kilo:...
Bu zamana kadar tanılanmış herhangi bir yeme bozukluğunuz (Anoreksiya nervoza, Bulimiya nervoza, Tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi) var mı?

<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Bir önceki soruya yanıtınız evet ise lütfen hangi tanı olduğunu, ne çeşit bir yardım aldığınızı (psikoterapi, ilaç tedavisi gibi) ve tedavi süresini belirtiniz:...	
Bu zamana kadar aldığımız herhangi bir psikiyatrik tanı var mı (yeme bozukluğu hariç)?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Bir önceki soruya yanıtınız evet ise lütfen hangi tanı(lar) olduğunu, ne tür bir yardım aldığınızı (psikoterapi, ilaç tedavisi gibi) ve tedavi süresini belirtiniz:...	
Şu anda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz ya da psikoterapi alıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Hatırladığınız kadarı ile tüm yaşamınız boyunca, size ağır derecede zarar veren, ölümle yüz yüze getiren ya da çok sarsıcı ve üzücü bir olay başınızdandan geçti mi?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Bir önceki soruya evet yanıtını verdiyseniz lütfen ne çeşit bir olay deneyimlediğinizi belirtiniz (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyiniz).	
<input type="checkbox"/> Vücutça ağır yaralanma	
<input type="checkbox"/> Şiddetli dayak	
<input type="checkbox"/> Savaşa katılma	
<input type="checkbox"/> Aile içinden birinin cinsel bakımdan yaklaşması	
<input type="checkbox"/> Aile dışından birinin cinsel bakımdan taciz/istismar etmesi	
<input type="checkbox"/> Aşağılanma, aşırı derecede eleştirilme	
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen ne olduğunu belirtiniz):...	
Teşhisi konmuş herhangi bir tıbbi/fiziksel bir hastalığınız var mı?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Bir önceki soruya evet yanıtını verdiyseniz hangi hastalık(lar) olduğunu ve ne kadar süredir devam ettiğini lütfen belirtiniz:...	
Sigara kullanıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet (Lütfen tüketim sıklığını ve miktarını belirtiniz):...	
Alkol kullanıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet (Lütfen tüketim sıklığını ve miktarını belirtiniz):...	
Madde kullanıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet (Lütfen hangi madde(ler) olduğunu ve tüketim sıklığını belirtiniz):...	

Ek-2. Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

A. Bölümü: Aşağıdaki soruları tamamlayınız.						
1) Doğum Tarihiniz	Ay:	Gün:	Yıl:			
2) Cinsiyetiniz	Erkek	Kadın				
3) Boyunuz	Cm.					
4) Şuanki kilonuz:						
5) En Yüksek Kilonuz (Hamilelik Hariç):						
6) Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:						
7) İdeal Kilonuz:						
B. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir sıklık işaretleyiniz.						
	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Vücutumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

C. Bölümü: Davranışsal Sorular: Geçtiğimiz 6 ayda;		Hiçbir zaman	Ayda bir ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada bir kez	Haftada 2-6 kez	Günde bir ya da daha çok kez
A	Durduramayacağınızı hissettiğiniz tıknırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*			X	X	X	X
B	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?		X	X	X	X	X
C	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (barsak söktürücü), diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?		X	X	X	X	X
D	Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?						X
E	Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?	Evet	X			Hayır	
*Tıknırcasına yeme atakları: aynı şartlarda pek çok kişinin yiyebildiğinden çok daha fazla yemek ve yeme kontrolünü kaybettiğiniz hissi olarak tanımlanmaktadır.							

Ek-3. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği

Aşağıda yaşamınızla ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Herhangi teşhisi konmuş Bulimiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza veya Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu'nuz yok ise size uygunluk derecesine göre (asla, nadiren, bazen, Sıkla, neredeyse her zaman) seçeneklerinden bir tanesini işaretleyiniz. Bu veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

S	1	Cinsiyetiniz	Kadın	Erkek
---	---	--------------	-------	-------

S	2	Medeni Durumunuz	Evli	Bekar
---	---	------------------	------	-------

S	3	Fiziksel Bilgiler	Kilo	Boy	BKİ
---	---	-------------------	------	-----	-----

S	4	Yaşınız	18-24	25-30	31-35	36-40	40 +
---	---	---------	-------	-------	-------	-------	------

S	5	Eğitim Durumu	İlkokul	Lise	Üniversite	Yükseklisans	Doktora ve +
---	---	---------------	---------	------	------------	--------------	--------------

							Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
S	6	Zor zamanlarda, sağlıksız davranışlara daha eğilimli oluyorum									
S	7	Kendimi baskı altında hissedersen daha çok yerim									
S	8	Stresli olduğum zamanlarda daha çok yerim									
S	9	Kendimi çaresiz hissedersen yemek yemek isterim									
S	10	İş tempom yoğunlaşırsa daha çok yerim									
S	11	Yemeği abarttığımda suçlu hissedirim									
S	12	Yiyecekleri, ödül ve zevk kaynağı olarak kullanırım									
S	13	Aç olmadığımda yerim.									
S	14	Bir şeyler beklediğim gibi gitmezse yemek yemek isterim									
S	15	Bir şeylerden rahatsız olduğumda daha fazla yemek isterim									
S	16	Bir konuda depresif ya da üzgünsem yemek yemek isterim									
S	17	Bir konuda endişeli ya da kaygılı hissediyorsam yemek yemek isterim									
S	18	Canımın sıkım olduğu zamanlarda yemek yemek isterim									

S	19	Yalnız hissettiğimde yemek yemek isterim					
S	20	Biri beni üzdüğünde yemek yemek isterim					
S	21	Bana acı veren bir deneyimimi hatırlatan benzer durumlarda yemek yemek isterim					
S	22	Korktuğum zaman yemek yemek isterim					
S	23	Sinirlerimin bozuk olduğu zamanlarda yemek yemek isterim					
S	24	Yaptığım bir şeyden dolayı kötü ya da suçlu hissedersen yemek yemek isterim					
S	25	Kendimi incinmiş hissedersen yemek yemek isterim					
S	26	Heyecanlı olduğum zamanlarda yemek yemek isterim					
S	27	Sorunlarımla baş edebilmek için yemek yerim					
S	28	Yememin kontrolümün dışında olduğunu hissediyorum					
S	29	Lezzetli bir şey görüp kokusunu alırsam onu yemek isterim					
S	30	Başkalarını yemek yerken görürsem ben de yemek yemek isterim					
S	31	Diyet söz konusu olduğunda irademe hakimim					
S	32	Kilo kontrolünde diyetle istikrarı sağlayamıyorum.					
S	33	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilirim					
S	34	Yemek için ısrar edilirse hayır diyebilirim					
S	35	Yiyecekler duygularıyla baş etmede bana yardım ediyor.					

Ek-4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Her bir madde için belirtilen seçeneklerden birini işaretleyiniz.

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
Yeterli yemeğim olurdu.					
Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.					
Annem ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.					
Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.					
Üst baş açısından bakımsızdım.					
Sevildiğimi hissediyordum.					
Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
Çocukluğum mükemmeldi.					
Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.					
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.					
İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
Ailemdelikler yaşlıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.					
Ailemdelikler her şeyime karıştırdı.					
Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdiler.					
Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.					

Ek-5. Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)

BİRİNCİ BÖLÜM

Hatırladığınız kadarı çocukluğunuz dahil yaşamınız boyunca, size ağır derecede zarar veren, ölümle yüz yüze getiren ya da çok sarsıcı ve üzücü bir olay başınızdan geçti mi?

Hayır (...)

Evet, örneğin (birkaç tane birden işaretleyebilirsiniz)

- Vücutça ağır yaralanma
- Şiddetli dayak
- Savaşa katılma
- Aile içinden birinin cinsel bakımdan yaklaşması
- Aile dışından birinin cinsel bakımdan taciz/istismar etmesi
- Aşağılanma, aşırı derecede eleştirilme
- Başka (ne olduğunu belirtiniz):...

İKİNCİ BÖLÜM

	1=Hiç	2=Biraz	3=Orta	4=Çok	5=Tam
Bazen rüyadaymışım gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Her şeyin gerçekdışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.	1	2	3	4	5
Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.	1	2	3	4	5
Hiç düşünmeksizin tıka basa yemek yediğim olur.	1	2	3	4	5
Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden fark ediyorum ki yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
Hiç bir sebep yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.	1	2	3	4	5
Bazan sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden fark ediyorum ki sanki anlatılanların hiçbirini (ya da bir bölümünü) duymamışım.	1	2	3	4	5
Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.	1	2	3	4	5
Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.	1	2	3	4	5
Bazan tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.	1	2	3	4	5

Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
Sayıla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.	1	2	3	4	5
Hiç istemediğim halde öfkeli olduğum oluyor.	1	2	3	4	5
Bazan bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.	1	2	3	4	5
Zaman zaman şaşkınlıyorum ve kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
Bazan, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.	1	2	3	4	5
Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.	1	2	3	4	5
Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur.	1	2	3	4	5
Bazan bir şey söyleyecek iken ağzımdan tamamen farklı bir şey çıkıyor.	1	2	3	4	5
Ruh halim aniden tamamen değişebiliyor.	1	2	3	4	5
Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.	1	2	3	4	5
Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.	1	2	3	4	5
Bazan bir şey yaparken birden zihnim boşalıyor ve takılıp kalıyorum.	1	2	3	4	5
Bazan aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5
Bazan vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir şeyi fark etmiyorum.	1	2	3	4	5
Bazan geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5

Bazan ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu fark ediyorum.	1	2	3	4	5
Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alıkoyamıyorum.	1	2	3	4	5
Bazan kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum.	1	2	3	4	5
Bazan kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hatırlıyorum.	1	2	3	4	5
Bazen bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.	1	2	3	4	5
Kendimi yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi fark ediyorum.	1	2	3	4	5
Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi oluyor.	1	2	3	4	5
Bazan gözüm dalıyor ve aklımda bir şey olmaksızın amaçsız bir biçimde boşluğa bakıyorum.	1	2	3	4	5
Hiçbir şey düşünmediğim sık oluyor.	1	2	3	4	5
Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
Bazan bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.	1	2	3	4	5
Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
Kendime daha fazla hakim olabilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
Yürürken attığım her adımın farkında oluyorum.	1	2	3	4	5
Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).	1	2	3	4	5
Yemek yerken çenemin her hareketinin farkındayım.	1	2	3	4	5
Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.	1	2	3	4	5

Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
Bazan kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
Bazan zihnim ikiye bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar buluyorum.	1	2	3	4	5
İçimde iki (ya da daha fazla) kişi varmış gibi hissettiğim oluyor.	1	2	3	4	5
Bir şey yaparken Sayıla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyor.	1	2	3	4	5