

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE  
MÜKEMMELİYETÇİLİK, ORTOREKTİK BELİRTİLER VE  
YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**KIYMET YILDIZ**

**Bahçeşehir Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2017  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2020**

**Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)  
derecesi ile sunulmuştur.**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ  
2020**

# **THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND PERFECTIONISM, ORTHORECTIC SYMPTOMS AND EATING ATTITUDES**

## **Abstract**

**Objective:** The purpose of this research was to analyze the relationship between childhood traumas and perfectionism, orthorectic symptoms and eating attitudes in adulthood.

**Methods:** This study was conducted via [www.docs.google.com](http://www.docs.google.com) and the sample consisted a total of 380 adults (180 females and 200 males), with no psychiatric disorder. All participants were applied a Sociodemographic and Other Data Form, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), ORTO-11, and the Eating Attitudes Test (EAT). The results showed non-normal distributions for CTQ and EAT scores and normal distributions for FMPS and ORTO-11 scores. The mean age of the sample is  $25.82 \pm 7.31$ , with a range of 18-57.

**Results:** The majority of the sample consisted of individuals, who were single (87.9%), with an educational level of university and above (87.1%), and with a moderate socioeconomic status (63.9%). The results revealed a positive and significant relationship between ORTO-11 and EAT; a negative and significant relationship between ORTO-11 and FMPS; positive and significant relationships between CTQ total scores and FMPS subscales of concern over mistakes, parental criticism and doubts about actions.

**Conclusion:** According to the results of the study, as childhood trauma levels increased, the scores of perfectionism subscales, such as concern over mistakes, parental criticism and doubts about actions increased, as well. No significant relationship was observed between childhood trauma and orthorexia nervosa levels. In our sample, as orthorexia nervosa levels increased, the levels of disordered eating attitudes increased whereas perfectionism decreased.

**Key words:** Childhood trauma, perfectionism, orthorexia nervosa, eating attitudes, sociodemographic features

# ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE MÜKEMMELİYETÇİLİK, ORTOREKTİK BELİRTİLER VE YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

## Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar ile erişkinlikteki mükemmeliyetçilik eğiliminin, ortorektik belirtilerin ve yeme tutumunun birbiriyle ve tüm değişkenlerin sosyodemografik özellikler ile olan ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Bu araştırma [www.docs.google.com](http://www.docs.google.com) bağlantısı yoluyla herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan erişkin yaştaki 180'i kadın ve 200'ü erkek olmak üzere toplam 380 katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırma kapsamında veri toplama araçları olarak sırasıyla Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ), ORTO-11 Testi, Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (FÇBMÖ) ve Yeme Tutumu Testi (YTT) kullanılmıştır. Analizler sonucunda örneklemin FÇBMÖ ve ORTO-11 testi puanlarının normal dağılım; ÇÇTÖ ve YTT toplam puanlarının normal olmayan dağılım gösterdiği bulunmuştur. Örneklemin yaş ortalaması  $25.82 \pm 7.31$  ve yaş aralığı 18 ile 57'dir.

**Bulgular:** Araştırmanın örnekleminin çoğunluğunu eğitim düzeyi üniversite ve üzeri (%87.1), bekar (%87.9) ve gelir düzeyi orta (%63.9) olan bireyler oluşturmuştur. Katılımcıların ORTO-11 ve YTT puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken; FÇBMÖ ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Örneklemin ÇÇTÖ toplam puanları ile FÇBMÖ alt boyutlarından hata yapma endişesi, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

**Sonuç:** Araştırmanın bulgularına göre, örneklemin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça mükemmeliyetçilik alt boyutlarından hata yapma endişesi, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama düzeyleri de artmaktadır. Çocukluk çağı travma düzeyleri ve ortorektik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Örnekleminizde ortorektik belirti düzeyleri arttıkça yeme tutumunda bozulmalar artmakta ve mükemmeliyetçilik düzeyleri azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı travmaları, mükemmeliyetçilik, ortoreksiya nervoza, yeme tutumu, sosyodemografik özellikler

## TEŞEKKÜR

Öncelikle tez aşamam süresince desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve gösterdiği emek, sabır ve anlayış için saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Feryal ÇAM ÇELİKEL'e ve daha sonra saygıdeğer jüri üyelerim Doç. Dr. Yeşim Can ve Dr. Öğr. Üyesi Selin Karaköse ile tüm eğitim öğrenim hayatım boyunca üzerimde emekleri olan bütün hocalarıma değerli katkıları için teşekkürlerimi sunarım.

Desteklerini hiç esirgemeyen, kararlarıma her daim saygı duyan ve şu an olduğum yere gelmemi sağlayan bu hayattaki en değerlilerim annem Senem YILDIZ ve babam İbrahim YILDIZ'a yaptıkları her şey için teşekkürlerimi sunarım. Kardeşlerim Yaprak, Didem, Burcu, Öznur ve Özlem'e sorunlarımı her zaman dinlemeye açık oldukları ve gösterdikleri yardımları için teşekkür ederim. Karşılaştığım bütün zorluluklarda yanımda olan Doğanca TULLÜOĞLU'na hayallerimden vazgeçmemem için gösterdiği bütün çabaları ve her düşüşümde beni tekrar motive ederek ayağa kaldırdığı için teşekkür ederim.

Son olarak, yüksek lisans eğitimim boyunca aynı yolda ilerlediğimiz ve birbirimizin yardımları ve destekleri ile bu süreci tamamladığımız yakın arkadaşım Psikolog Eda YILDIZ olmak üzere mesleğimizi kaldıran tüm meslektaşlarıma saygılarımı sunar ve teşekkürlerimi bir borç bilirim. Tezime katkıları olan veya bu yolda verdikleri emekler ile yardımcı olan herkese teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖZET.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
<b>BÖLÜM 1.....</b>	<b>1</b>
1.GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	2
1.1.2. Araştırmanın Başlıca Hipotezleri .....	3
<b>BÖLÜM 2.....</b>	<b>4</b>
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yeme Bozuklukları.....	4
2.1.1. Ortoreksiya Nervoza.....	6
2.1.1.1. Ortoreksiya Nervoza ile İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	10
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	13
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri.....	18
2.3. Mükemmeliyetçilik.....	21
2.3.1. Mükemmeliyetçiliğin Boyutları.....	23
2.3.2. Mükemmeliyetçilik ile Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	27
2.3.3. Mükemmeliyetçilik ve Ortoreksiya Nervoza ile İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	29
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>32</b>

3. YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.2. Veri Toplama Araçları.....	32
3.2.1. Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu.....	33
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	33
3.2.3. ORTO-11 Testi.....	34
3.2.4. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Testi.....	35
3.2.5. Yeme Tutumu Testi.....	35
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	36
3.4. Verilerin Analizi.....	36
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>38</b>
4. BULGULAR.....	38
4.1. Örneklem Sosyodemografik ve Diğer Bilgileri.....	38
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlilik Analizi ve Betimleyici İstatistikleri.....	41
4.3. Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Bilgilere Göre İncelenmesi.....	42
4.3.1. ORTO-11 Testi Puanlarının Örneklem Beslenme Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi.....	50
4.4. Örneklem Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	52
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>58</b>
5. TARTIŞMA.....	58
<b>BÖLÜM 6.....</b>	<b>70</b>
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70

## **KAYNAKÇA**

## **EKLER**

EK A. Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu

EK B. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

EK C. ORTO-11 Testi

EK D. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

EK E. Yeme Tutumu Testi

## **ÖZGEÇMİŞ**

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Dunn ve Bratmann'a Göre Ortoreksiya Nervoza İçin Tanı Ölçütleri	9
Tablo 4.1.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Diğer Bilgileri	39
Tablo 4.1.2. Örneklemin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Bilgileri	40
Tablo 4.2.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi	41
Tablo 4.2.2. Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri	42
Tablo 4.3.1. ÇÇTÖ ve Alt Ölçekleri ve ile YTT Ölçeklerinin Örneklemin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu Bilgilerine Göre İncelenmesi	43
Tablo 4.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Yeme Tutumu Testinin Maddi Duruma Göre İncelenmesi	45
Tablo 4.3.3. ORTO-11 ile Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	47
Tablo 4.3.4. ORTO-11 ile FÇBMÖ ve Alt Ölçeklerin Maddi Duruma Göre İncelenmesi	49
Tablo 4.3.1.1. ORTO-11 Testinin Örneklemin Beslenme Alışkanlıkları Bilgilerine Göre İncelenmesi	51
Tablo 4.4.1. Değişkenler Arası Spearman Korelasyon Analizinin İncelenmesi	53
Tablo 4.4.2. Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Analizinin İncelenmesi	55



## **KISALTMALARI LİSTESİ**

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği

FROST: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Testi

YTT: Yeme Tutumu Testi

# BÖLÜM 1

## 1. GİRİŞ

Son zamanlarda araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdığı yeni bir kavram olan ortoreksiya nervoza henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, 2014) bulunmamaktadır. Ortoreksiya nervoza "sağlıklı beslenmeye patolojik saplanma" şeklinde tanımlanmakta ve bu saplanmanın beraberinde sıkı bir diyet, ritüelleştirilmiş yeme desenleri ve sağlıklı olmadığına inanılan yiyeceklerden aşrı kaçınmayı getirdiği düşünölmektedir (Koven ve Arby, 2015). Ortoreksiya kavramı üzerinde yapılan araştırmalar henüz kısıtlı olduğundan, bu araştırmada karşılaştırma yapabilmek adına dışsal kriterleri belirlemede; yeme bozukluklarının etiyolojisinden yola çıkılarak ortorektik belirtiler kavramı çocukluk çağı travmaları ve mükemmeliyetçilik belirtiler bağlamında incelenecektir.

Mükemmeliyetçilik, birçok psikopatolojiye eşlik etmektedir ve bunlardan biri de yeme bozukluklarıdır. Yeme tutumları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki kendini birçok boyutta göstermektedir. Kilo almaktan ve şişmanlamaktan korkma mükemmeliyetçilikte başarısızlık korkusu olarak kendini göstermekte, bireyin kendisine yönelik eleştirileri ise yemek yeme ile ilişkin olarak ortaya çıkmaktadır (Çakır, 2013). Mükemmeliyetçiliğin yeme bozuklukları oluşumunda bir risk faktörü olduğu ve ayrıca yeme bozukluğunu sürmesinde önemli bir etken olan bir kişilik özelliği olduğu belirtilmiştir (Shafran, Cooper ve Fairburn, 2002). Bundan dolayı ortoreksiya nervoza ile mükemmeliyetçiliğin de ilişki olabileceği düşünölmektedir.

Çocukluk çağı travmaları bireyin fiziksel, davranışsal, bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarında gelişimini etkilemektedir. Bireyin çocukluk çağında travmatik olaylar yaşaması nörobiyolojik değişiklikler ve ileriki yaşlarında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riskini arttırmasıyla ilgili bir çok çalışmalar yapılmış ve

bunların birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Demirci, 2016). Carter, Bewell, Blackmore ve Woodside'nin 2006 yılında anoreksiya nervoza hastaları üzerine yapmış oldukları çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarın yüksek depresyon ve kaygı düzeyine, düşük özgüvene, daha çok kişilerarası problemlere ve şiddetli obsesif kompulsif semptomlara önemli derecede eşlik ettiği ve anoreksik hastalarda çocukluk çağı cinsel istismarın yaygınlığının yüksek olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, çoğu araştırmalarca belirtildiği üzere yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluklar, depresyon gibi birçok patolojiyle ilişkilidir. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar ile arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında ortorektik belirtiler ve mükemmeliyetçilik ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişkileri inceleyen çok az araştırma olduğundan ve mükemmeliyetçilik ile ilişkilerini inceleyen başka bir araştırmaya rastlanmadığından bu araştırmanın alanyazına katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Bu bilgiler ile yola çıkarak bu araştırmada çocukluk çağı travmalarının mükemmeliyetçilik, ortorektik belirtiler ve yeme tutumu ile arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın değişkenleri tek tek tanımlanacak; alanyazından ilgili ve gerekli bilgiler detaylı bir şekilde aktarılacaktır.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

Bu araştırmanın amacı, çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar ile erişkinlikteki mükemmeliyetçilik eğiliminin, ortorektik belirtilerin ve yeme tutumunun birbiriyle olan ilişkisini incelemektir. Geçmiş travma yaşantılarının ortorektik ve mükemmeliyetçilik belirtilerin ortaya çıkışında bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir fakat alanyazında çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik ve ortorektik belirtilerin birbirleriyle ilişkisini inceleyen henüz çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmanın da bu yüzden alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın temel ve alt amaçlarına yönelik başlıca sorular şunlardır: Çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik, ortorektik belirtiler ve yeme tutumu arasında nasıl bir ilişki vardır? Sosyodemografik özellikler ile çocukluk çağı

travmaları, mükemmeliyetçilik, ortorektik belirtiler ve yeme tutumu arasında nasıl bir ilişki vardır?

### **1.2.1. Araştırmanın Başlıca Hipotezleri**

H1: Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar düzeyleri arttıkça mükemmeliyetçilik ölçeği ve alt boyutları hata yapma endişesi, kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama düzeylerinin, ortorektik belirti düzeylerinin ve yeme tutumunda bozulmaların da artması beklenmektedir.

H2: Mükemmeliyetçilik ölçeği ve alt boyutları hata yapma endişesi, kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama düzeyleri arttıkça ortorektik belirti düzeylerinin de artması beklenmektedir.

H3: Yeme tutumunda bozulmalar arttıkça ortorektik belirti düzeylerinin de artması beklenmektedir.

## **BÖLÜM 2**

### **2. GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. YEME BOZUKLUKLARI**

Son dönemlerde özellikle medya kullanımının artmasıyla yiyeceğe, beden imgesine ve yemeye yönelik ilgi daha da artmıştır (Aslan, 2001). Bireylerin gösterdiği bu yoğun ilginin de bir takım bozukluklarla ilişkili olmaması mümkün değildir. Yeme bozuklukları kişinin genetik, ailevi, sosyokültürel ve psikolojik etkenlerinin önemli bir rol oynadığı uyumsuz yeme tutumu ve davranışlarıdır (Çakır, 2013). Bireyler bu uyumsuz yeme tutumu ve davranışları sonucunda türlü türlü psikolojik ve fizyolojik sorunlar yaşamaktadır (Vardar ve Erzen, 2011).

DSM’de ilk 1980 yılında çocukluk ve ergenlik dönemlerinde başlayan bozuklukların alt kategorilerinden biri olan yeme bozuklukları DSM-IV tanı ölçütleri el kitabında üç başlık altında sınıflandırılmıştır. Daha sonra, DSM-5’te “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” tanı grubu bölümünde daha geniş bir yelpazede toplam sekiz ana başlıkta sınıflandırılmıştır. Bunlar: Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırmasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tanımlanmış bir diğer beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğudur. Bu bozukluklardan en temel olanları anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadır.

*Anoreksiya nervoza*, “az veya çok sistematik olarak yemek yemeyi reddeden ve psişik çatışmalara bir cevap şekli olarak davranan yeme bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (Bloch ve ark., 2000; akt., Lacoste, 2017). Yeme bozuklukları arasında uzun yıllardır tanınan ve ruh sağlığı çalışanlarının üzerinde yüksek oranda hem fikir olduğu bir bozukluk anoreksiya nervozadır. Anoreksik bireylerde beden imgesi bozukluğu temel patoloji olmakta ve anoreksiklerin klinik tablosuna bakıldığında zayıf olma arzusunun ve şişmanlama korkusunun ön planda olduğu

görülmektedir (Oğlağu, 2012). Kişi beden kitle indeksine göre olması gerekenden daha düşük vücut ağırlığına sahipken bile, bedenini olandan büyük algılamakta ve kilo almına karşı yoğun bir korkuya sahiptir (DSM-IV-TR). Anoreksiya nervozanın, kadın bireylerde erkek bireylere oranla daha çok görüldüğü ve 13-14 yaş ve 18-20 yaş aralığının en sık görülen yaş grubu olduğu belirtilmektedir (Lacoste, 2017). DSM-5'te anoreksiya nervoza iki türe ayrılmaktadır: Kısıtlayıcı tür, kişinin yemeyi kısıtlayarak veya çokça egzersiz yaparak kilo yitirdiği durumları ve tıkanırcasına yeme/çıkarma türü, yineleyen tıkanırcasına yeme ve çıkarma dönemlerini içermektedir. Diğer yeme bozuklukları gibi anoreksiya nervozanın da oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel birçok faktörün etkisi bulunduğu ileri sürülmektedir (Moskowitz ve Weiselberg, 2017). Anoreksiya nervoza bozukluğuna sahip bireylerin içlerinde yaşadıkları ve sözel bir şekilde aktaramadıkları psikolojik sorunları uyumsuz yeme davranışları yoluyla dışarıya yansıttıklarını düşünölmektedir (Lacoste, 2017).

*Bulimiya nervoza* bozukluğunun temelinde yineleyen tıkanırcasına yeme olayları ve kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu yatmaktadır (Oğlağu, 2012). Anoreksiya nervoza gibi bulimiya nervozada da kişinin kilo ile zihinsel bir uğraşı bulunmaktadır fakat, bulimiya nervozada olması beklenenden daha düşük vücut ağırlığı söz konusu değildir (Vardal, 2015). Bulimiya nervozanın daha sık görüldüğü yaş aralığı genellikle 12-29 arasındadır (Özsoy, 2017). Bulimiya nervoza hastalığı olan bireyler aileleri veya doktorları tarafından tespit edilemeyebilir, çünkü bulimiklerin kiloları normal ya da normalin üstünde olabilmektedir ve ayrıca anoreksiya nervozada görülen menstrüasyon dönemlerinin hiç olmaması gibi medikal yardıma ihtiyaç olabilecek herhangi bir tıbbi şikayetleri de genellikle olmadığı belirtilmektedir (Castillo ve Weiselberg, 2017). Bulimiya nervozada bireye eşlik eden duygulardan bazıları suçluluk, kendinden iğerlenme ve depresif duygulanımdır ve bu duygular kontrolsüz bir şekilde yemek yedikten sonra ortaya çıkar ve uygun olmayan telefı davranışlarına (örneğin; kusma, laksatif kullanma) yol açar (Vardal, 2015). Anoreksiya ve bulimiya nervoza, genellikle psikolojik, aile, sosyal ve biyolojik etkenlerle ilişkili olan birçok faktöre bağlıdır (Lacoste, 2017).

DSM-5'te yer alan diğer yeme bozukluklarından tıkanırcasına yeme bozukluğu, bulimiya nervoza ile uygun olmayan telafi davranışları özelliğinin olmaması dışında, birbirlerine benzemektedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun temelinde sadece tıkanırcasına yeme davranışları yatmaktadır. Aşırı kilolu, beden imgelerinden memnun olmayan, sık sık diyet yapan veya kilo verme kamplarına giden, aile geçmişlerinde obezite hastalığı olan bireyler bu rahatsızlığın tipik bir görünümüdür (Özsoy, 2017). Tıkanırcasına yeme bozukluğu ilk kez DSM-5'te tanımlanmıştır. Pika genelde küçük çocuklarda ve hamile kadınlarda sık görülen bir yeme bozukluğudur ve yiyecek olmayan maddeleri yeme davranışı olarak tanımlanmakta ve demir eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (Morrison, 2016). Geri çıkarma bozukluğu kişinin yediklerini midesinden yukarıya çıkartıp tekrar çiğnemesi olarak tanımlanmakta ve “ruminasyon” olarak da adlandırılmaktadır ve son olarak, kaçınan /kısıtlı yiyecek alım bozukluğunda kişi yeteri kadar yemek yiyemez ve buna bağlı olarak kilo kaybı ve kilo almama durumu yaşar (Morrison, 2016).

### **2.1.1 ORTOREKSİYA NERVOZA**

Ortoreksiya nervoza, kişilerin sağlıklı besinlerle aşırı zihinsel uğraşlarda bulunması olarak tanımlanmaktadır ((Donini ve ark., 2004). Ortoreksiya kelimesinin kökü yunancaya dayanmakta ve doğru, uygun anlamına gelen “orthos” ile iştah anlamına gelen “orexia” sözcüklerinden türetilmiştir (Koven ve Senbonmatsu, 2013). Bratman (1996) bu kavramı ilk olarak öne sürmüştür ve ortoreksiyanın gıda ile duygusal olarak rahatsız edici, kendi kendini cezalandıran bir ilişkide olduğunu ve ayrıca bu gıdanın, kabul edilebilir görülen yiyeceklerin gitgide küçülen bir evreni içerdiğini belirtmektedir. Besinin kalitesi ve sağlıklı beslenme ile aşırı meşgul olma, bu bozukluğun temel unsurlarını oluşturmaktadır (Varga, Thege, Dukay-Szabó, Türt ve van Furth, 2014). Ortoreksiya nervozada sağlıklı beslenmeye patolojik saplanmanın beraberinde sıkı bir diyet, ritüelleştirilmiş yeme desenleri ve sağlıklı olmadığına inanılan yiyeceklerden aşırı kaçınmayı getirmektedir (Koven ve Arby, 2015). Ayrıca diyetin kısıtlayıcı ve karışık yapısı ne kadar fazlaysa bireyin o kadar bozukluğa itilmiş olacağı düşünülmektedir (Mathieu, 2005). Üstelik, sağlıklı olma isteğiyle başlayan bu belirtilerin zamanla ciddi boyutlara dönüştüğü ve bireylerin

zamanlarının çoğunu ne yiyeceklerini ve ne kadar yiyeceklerini düşünmekle ve beslenme ile ilgili planlar yapmakla geçirdikleri belirtilmektedir (Bratman, 2004; Aydın, 2010).

Ortoreksiya nervozanın sağlıklı beslenme ile karıştırılmaması gerekmektedir. Bazı araştırmacılar sağlıklı beslenme ile ortoreksiya nervoza arasında ciddi farklılıklar olduğunu ve bireyin sağlıklı yiyeceklere ve beslenmeye saplantılı bir şekilde bağlanmasının patolojik bir durum olduğunu ve dahası sağlıklı beslenmenin sağlıklı bir durum haline dönüşebileceğini belirtmektedir (Bratman, 2017; Barthels, Barrada ve Roncero, 2019). Barthels ve arkadaşları (2019) sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada ortoreksiya nervozanın günlük yaşamda strese ve bozulmalara neden olabilecek bir psikolojik durum olduğu sonucuna vardıklarını belirtmiştir. Bazı araştırmacılar, ortoreksik bireylerin günün neredeyse her anında sağlıklı beslenmeyi düşündüklerini ve bunu yaşamın merkezi haline getirdikleri ve bu durumunun bireylerin yeterli besin alamamasına, sosyal izolasyona, psikolojik rahatsızlıklara ve belki fiziksel zarara da yol açabileceğini ileri sürmektedir (Donni ve ark., 2004; Park ve ark., 2011; Bratman, 2017).

McComb ve Mills (2019) hakem onaylı yayınlanmış makaleleri gözden geçirdikleri çalışmada ortoreksiya nervoza için birkaç psikososyal risk faktörleri olduğunu ve ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik, obsesif-kompulsif özellikler, psikopatoloji, düzensiz yeme, yeme bozukluğu öyküsüne sahip olma, diyet, düşük vücut imgesi ve zayıf olma isteği ile arasında anlamlı ilişkiler gözlemlendiğini belirtmiştir. Yazarlar yaş, sosyo-ekonomik durum, cinsiyet gibi bazı faktörler ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenen çalışmalara göre tutarlı olmadığını belirtmiştir (McComb ve Mills, 2019). Ayrıca ortoreksiya nervoza ile bireyin eğitim seviyesi arasında da çalışmalara göre tutarsızlıklar olduğu söylenebilir (Ramacciotti ve ark., 2011; Aksoydan ve Camcı, 2009; Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol, 2008). Yine de, bazı araştırmacılar en yaygın ortoreksiya nervoza ölçme araçlarının bile psikometrik özelliklerinin zayıf olmasından ve yapılan çalışmaların kısıtlı ve az olmasından dolayı psikososyal risk faktörleri hakkında sonuç çıkarılamayacağını belirtmektedir (McCobm ve Mill, 2019; Arusoğlu ve ark., 2008).



Ortoreksiya nervoza, DSM’de henüz sınıflandırılmamış bir bozukluktur. Bu durumun nedenlerinden biri, bu kavramın anoreksiya nervozanın bir alt kümesi olarak öne sürülmesi üzerine yapılan tartışmalar olduğu ileri sürülebilir. Donni ve arkadaşları (2004), ortoreksiya nervozada yiyeceklerin niceliğinin yerine niteliğinin ön planda olması, onu diğer yeme bozukluklarından ayırdığını belirtmektedir fakat, Koven ve Arby (2015) ortoreksiya ve anoreksiyanın birçok ortak özelliği olduğunu düşünmekte ve hem ortoreksik hem de anoreksik bireylerin başarı odaklı olduklarını, diyetlerine bağlılıklarını öz-disiplinin belirteci olarak değerlendirdiklerini ve diyetten sapmanın da iradeye sahip olmada başarısızlık olarak yorumladıklarını belirtmektedirler.

Dahası, ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozukluğunun bir alt kümesi olabileceğini ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır. Ortoreksiya nervozada, sağlık ve yemek hakkında uygunsuz zamanlarda sık sık ve izinsiz gelen düşünceler, yiyecekleri düzenleme, ritüel bir şekilde yeme ihtiyacı gibi belirtileri olduğu ve bu belirtiler ile obsesif kompulsif bozuklukların ortak bir kümede bulunduğu düşünülmektedir (Koven ve Arby, 2015). Obsesif kompulsif bozukluklar ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi inceleyen alanyazındaki bir araştırmanın sonuçlara göre örneklemin kadın katılımcılarının ortoreksiya nervoza puanlarının azaldıkça obsesif kompulsif puanlarının da azaldığı gözlenmiş ve bundan dolayı ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozuklukların bir alt kümesi olarak görülmemesi gerektiği önerilmiştir (Brytek-Matera, 2017). Oysa alanyazındaki bazı araştırmalarda obsesif kompulsif bozukluklar ile ortorektik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkilerin bulunduğu belirtilmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008; Aydın, 2010). Bratman (2004) ortorektiklerin en büyük kaygısının hastalanmak olduğunu ve bireyin sağlıklı beslenmeye olan takıntısının potansiyel hastalıklarla işlevsel olmayan bir yolla baş etme halini aldığını belirtmiştir. Bu durum da ortoreksiya nervoza ile kaygı bozuklukları arasındaki tutarsız ilişkilerden ötürü sınıflandırma yapılması güçleşmektedir. Ortoreksiya nervoza kavramının yeni olmasından dolayı araştırmalar, bu kavramın yeni bir kavram mı yoksa başka psikopatolojilerin klinik görünümü mü sorularına cevap alma konusunda henüz yeterli değildir ve ortoreksiya

nervozanın doğasının ve sürecinin anlaşılması amacıyla daha fazla çalışma yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Ortoreksiye nervoza, DSM-5’te yer almamasına rağmen bazı araştırmacıların belirlediği birtakım tanı kriterleri bulunmaktadır. Ortoreksiya nervoza için ilk tanı ölçütleri Moroze ve arkadaşları (2015) tarafından ortaya atılmıştır. Daha sonraları Bratman ve Dunn (2016) bu tanı ölçütlerine ilave birkaç durumlar ekleyip ve bazı maddeleri değiştirerek yeni bir tanı ölçütleri oluşturmuşlardır. Bu tanı ölçütleri Tablo 2.1.1’de bulunmaktadır.

**Tablo 2.1.1.** Bratman ve Dunn’a Göre Ortoreksiya Nervoza İçin Tanı Ölçütleri

A. Herhangi bir beslenme teorisi veya inanç (spesifik detaylar değişebilir) nedeniyle, bireyin sağlıklı beslenmeye saplantılı odağı, sağlıksız olarak algılanan besinlere karşı abartılmış duygusal stres ile işaretlenmiştir; kilo kaybı meydana gelebilir, fakat bu asıl amaç olarak değil ideal sağlığın bir yönü olarak kavramsallaştırılmıştır.

1. Bireyin sağlığını olabilecek en üst seviyeye getirmek için geliştirdiğine inandığı kısıtlayıcı diyet uygulamaları doğrultusunda yapılan zorlayıcı davranışlar ve/veya zihinsel meşgul olma.
2. Kendi kendine empoze edilen diyet kurallarının ihlalinde birey abartılı hastalık duygusu, kişisel kirlilik hissi ve/veya utanç ve suçluluk duyguları beraberindeki olumsuz fiziksel duyular yaşar.
3. Diyet kısıtlamaları zamanla artar ve tüm besin grubunu beslenme düzeninden çıkarmayı içerebilir. Birey arındırıcı veya detoksifiye edici olarak görülen kendini aç bırakmayı (oruç tutma) daha sık ve daha şiddetli bir şekilde uygular. Bu artış, kilo kaybına yol açar ama, sağlıklı beslenme idealinde kilo kaybı isteği yoktur.

B. Zorunlu davranış ve zihinsel aşırı uğraş, aşağıdakilerden herhangi biri ile bireye klinik olarak zarar verir.

1. Yetersiz beslenme, ağır kilo kaybı veya kısıtlı diyetten kaynaklanan diğer tıbbi komplikasyonlar meydana gelir.
2. Birey sağlıklı beslenme ile ilgili inanç veya davranışlara bağlı olarak sosyal, akademik veya mesleki işleyişte bozulmalar veya içsel stres yaşar.
3. Bireyin kendilik değerinden, pozitif beden imajından, kimliğinden ve kendinden tatmin olması; kendi kendine tanımladığı sağlıklı beslenme davranışına uymayı aşırı bağımlı hale getirir.

Ayrıca yazarlar, yiyecek tercihi, planlama, satın alma, hazırlık ve kullanıma yönelik saplantılı odaklanmak; yiyeceği zevkten çok sağlık kaynağı olarak kabul etmek; yasaklanmış yiyeceklere yakın olduğunda stres yaşamak veya iğrenmek; belirli yiyecek türlerinin beslenme düzenine dahil edilmesinin veya beslenme düzeninden kaldırılmasının hastalığı önleyebileceği veya iyileştirebileceğine veya o

gün iyiliği etkileyebileceğine dair abartılı bir inanca sahip olmak; kilodan ziyade fiziksel “kirlilik” duygusu nedeniyle beden imajında bozulma; yetersiz beslenme kanıtlarına rağmen diyet uygulamalarının sağlığı teşvik ettiği inancını sürdürmek gibi durumların ortoreksiya nervoza tanısı koymak için gerekli olmadığını, fakat tanıyı doğrulamaya yardımcı olabilecek belirtiler olduğunu ileri sürmüşlerdir (Dunn ve Bratman, 2016).

### **2.1.1.1. Ortoreksiya Nervoza ile İlgili Yapılmış Araştırmalar**

Ortoreksiya nervoza çalışmalarının bu kavramın yeni ve tartışmalı bir kavram oluşundan ötürü henüz başlangıç aşamasında olduğu söylenebilir. Ülkemizde ve dünyada daha çok ortoreksiya nervozanın yapısını ve yaygınlığını incelemek üzerine araştırmalar yürütülmüştür. Bu bölümde alanyazındaki önemli çalışmalara yer verilmiştir.

Donini ve arkadaşları (2004) yaptıkları bir araştırmada ortoreksiya nervoza için tanı önerisi geliştirmeyi ve yaygınlığını incelemeyi amaçlamış ve katılımcıların besin seçimlerini, obsesif kompulsif ve fobik özelliklerini incelemiş ve bu özellikleri değerlendirmek amacıyla Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin kullanılması tercih edilmiştir. Örneklemin sağlıklı gıda tercihlerine göre dağılımın ucunda kalan %25’lik kısmını “sağlık fanatikleri” şeklinde ve ortoreksiya nervoza tanısı için öngörülen ölçütler Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin kesim noktasının üzerinde puan almak ve sağlıklı beslenme açısından dağılımın %25’lik kısmında olmak olarak belirtilmiştir (Donini ve ark., 2004). Yazarlar araştırmanın sonuçlarına göre ortorektik kısımda yer alan katılımcıların yaygınlığı ve yaşı erkekler katılımcılarda kadın katılımcılara oranla daha yüksek bulunduğunu ve ayrıca ortoreksiklerin grubunda eğitim seviyesi yüksek olan katılımcı oranını düşük bulmuş ve ortoreksiklerin daha çok el yapımı veya biyolojik üretilen gıdayı kullanma eğiliminde olduklarını belirtmiştir (Donini ve ark., 2004). Daha sonraları yazarlar ortoreksiya nervozayı değerlendirmek amacıyla geliştirilen ORTO-15 ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını da gerçekleştirmiştir (Donini ve ark., 2005).

Macaristan’da yürütülmüş bir araştırmada ortoreksiya nervozanın yaygınlığı, katılımcıların gıda tüketimi ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi incelenmiştir

(Varga ve ark., 2014). Yazarlar, orijinal ölçekten düşük faktör yükleri olan maddeleri çıkararak yeni ismiyle ORTO-11-Hu ölçeğini kullanmış ve ortoreksiya nervoza eğilimi ile sağlıklı yiyecek seçimleri (daha fazla tam buğday gevrekleri, daha az beyaz buğday gevrekleri, daha fazla meyve ve sebze yeme), sağlıklı gıda satan marketlerde alışveriş yapma ve bazı sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları (daha fazla spor aktivitelerinde bulunma, spesifik diyet davranışları ve daha az alkol tüketme) arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu belirtmiştir (Varga ve ark., 2014). Ayrıca ortorektik eğilimi yüksek olan katılımcıların, sağlıklı beslenmelerini arkadaşlarına ve aile üyelerine karşı ortorektik eğilimi düşük katılımcılara oranla daha fazla savunma eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Varga ve ark., 2014).

Arusoğlu (2006) tez araştırmasında ortorektik belirtilerin incelenmesini ve ORTO-15 testinin ülkemize uyarlanma çalışmasını yapmıştır. Akademik ve idari alanda çalışan katılımcılar arasında yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre ortorektik belirtiler ile yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu belirtilmiştir (Arusoğlu, 2006). Herhangi bir diyet tedavisi uygulayan bireylerin ortorektik belirtiler göstermeye daha eğilimli oldukları ve ortorektik belirti düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (Arusoğlu, 2006). Ayrıca Arusoğlu (2006), evli katılımcıların bekarlara oranla daha yüksek ortoreksiya riskine sahip olduklarını; katılımcıların eğitim düzeylerinin arttıkça ortorektik belirtilerin azaldığını; yaşın ilerledikçe ortorektik belirtilerin artış gösterdiğini; idari alanda çalışan katılımcılar akademik alanda çalışan katılımcılara oranla daha fazla ortorektik eğilim gösterdiğini ve beslenme bilgisine erişim kaynaklarında etmenlerin birbirleri arasında bir farklılık yaratmadığını belirtmiştir.

Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da tıp doktorları arasında sağlıklı ve doğru beslenmeye yönelik yüksek duyarlılık incelenmiştir (Bosi, Çamur ve Güler, 2007). Yazarlar araştırmalarında ortorektik belirtileri ölçmek adına ORTO-15 ölçeğini kullanmış ve ortoreksiya nervoza kavramı kullanılmayıp yerine “yeme davranışlarında aşırı hassas tutumlar” kavramı kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre kadın katılımcıların ortorektik belirti düzeylerinin erkek katılımcılara oranla ve eğitim seviyesi yüksek olan doktor katılımcılarda ortorektik

belirti düzeylerinin diğer katılımcılara oranla daha yüksek olduğu, fakat aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Bosi ve ark., 2007). Bosi ve arkadaşları (2007) ortoreksiya nervozanın tıp doktorlarında oldukça yaygın olduğunu ve bu ortorektik belirti düzeylerinin yüksek oranda medyadan kaynaklandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan erkek bireylerin %20'si ve kadın bireylerin %38.9'u yiyecek tercihlerini yaparken sağlığa faydalı bir şekilde beslenmek ile ilgili yapılan televizyon programlarından etkilendiklerini belirtmiştir (Bosi ve ark., 2007).

Türk alanyazında ortoreksiya nervoza konusunda yürütülmüş önemli çalışmalardan biri de Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) ORTO-15 ölçeğinin Türkçeye uyarlamasını yaptıkları çalışmadır. Hem ORTO-15 ölçeğinin Türkçeye uyarlamasının yapıldığı hem de ortorektik belirtiler ile yeme tutumu, obsesif kompulsif belirtiler ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği bu çalışmanın örneklemini akademik ve idari kadrolarda çalışan bireyler oluşturmuştur (Arusoğlu ve ark., 2008). Arusoğlu ve arkadaşları (2008) bu çalışmada düşük faktör yükleri olan dört maddeyi çıkartarak ORTO-11 olarak yeni adıyla ölçek geliştirmiş ve bu yeni ölçek üzerinden ortorektik belirtiler ile diğer değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Yazarlar, ortorektik belirtilerin örneklemin erkek bireylerinde kadınlara oranla daha düşük ve üniversite üzeri eğitim alan katılımcılarda diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğunu belirtmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ortorektik belirtileri ve yaş arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği bildirilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ortorektik belirtiler puanları ile yeme tutumu puanları arasında yapılan analiz sonuçlarına göre örnekleme yeme tutumu en "bozuk" sayılabilecek grupta ortorektik belirtilerinin daha yüksek görüldüğü ve sürekli diyet tedavisi uygulanan katılımcıların diğerlerine oranla ortorektik belirti düzeylerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008).

Türkiye'de yürütülmüş bir başka araştırma da Aksoydan ve Camcı tarafından 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. Aksoydan ve Camcı (2009) Ortoreksiya nervozanın Türk performans sanatçıları arasında yaygınlığını ve bu kavramla ilişkili olabilecek faktörleri incelemek adına bir çalışma yapmış ve ulaştıkları sonuçlara göre en yüksek ortoreksiya nervoza yaygınlık oranı opera sanatçıları arasında görülmüştür. Yazarların sosyodemografik özelliklerle ortorektik belirtiler arasındaki ilişkileri inceledikleri

analiz sonuçlarında kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla ortorektik belirtiler test puanları daha yüksek bulunmuştur ve performans sanatçılarındaki yüksek ortorektik belirtilerin sebebini performans sanatçılarının sağlığa ve beslenmeye verdikleri fazlaca önem ile açıklanabileceği belirtilmiştir (Aksoydan ve Camcı, 2009).

Alanyazında önemli çalışmalardan bir diğeri de Asil ve Sürücüoğlu'nun (2015) Türk diyetisyenlerle yürüttüğü çalışmadır. Yazarlar, yaptıkları çalışmada Donini ve arkadaşlarının geliştirdiği ORTO-15 testini kullanmış ve araştırmanın sonuçlarına göre diyetisyenlerin neredeyse yarısının ortoreksiya nervoza için yüksek bir risk grubunda olduklarını belirtmiştir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015). Yazarlar yüksek eğitim seviyesinin ölçek toplam puanları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını ve katılımcıların üniversitelerdeki lisans eğitimleri sırasında yoğun bir beslenme eğitimi aldıklarını ve bu nedenle katılımcıların neredeyse yarısının yüksek risk altında olduğunu belirtmiştir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015).

Yakın tarihli bir başka çalışmada da ortoreksiya nervozanın yeme bozuklukları ve sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Şanlıer, Yassıbaş, Bilici, Şahin ve Çelik, 2016). Araştırmanın sonuçlara göre ortorektik belirtiler gösteren erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla daha az olduğu ve ortorektik belirti düzeylerinde katılımcıların beden kitle indekslerine ve eğitim bölümlerine göre farklılıklar olmadığı belirtilmiştir (Şanlıer ve ark., 2016). Ayrıca, yeme bozuklukları ile ortoreksiya nervoza arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlemlendiği belirtilmiştir (Şanlıer ve ark., 2016). Ortoreksiya nervoza yeni bir kavram olmasından ötürü kavramın kendisi hakkında bile kesin yargılarda bulunmak mümkün olmadığı söylenebilir. Alanyazında bu kavram ile ilgili daha çok araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

## **2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI**

Çocukluk çağı travmaları; savaş, terör, doğal afetler ya da trafik kazaları ve benzeri olaylardan gerçekleşebileceği gibi bakım verenler tarafından da istismar ve ihmal yoluyla da gerçekleşebilmektedir. Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarından istismar ve ihmal üzerinde durulacaktır. Çocuğa kötü muamele, her türlü duygusal

ve/veya fiziksel olarak kötü davranma, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkar davranma veya ticari ve diğer türlü istismar biçimleri olarak tanımlanmaktadır (Pala, Ünalacak ve Ünlüoğlu, 2011). Çocuk istismarı ve ihmali çocuğun bakım verenleri, çocuğu gözetmek ve eğitmek ile görevli kişiler veya yabancılar tarafından kaynaklanmakta ve çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ya da sosyal gelişimlerine zarar veren tutum ve davranışlarda bulunma şeklinde açıklanmaktadır (Polat, 2000; Browne, 1991; Bahçecik ve Kavaklı, 199; Şahin, 2001 akt., Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002). Çocuk istismar ve ihmal olgularında en çok risk altında olunan yerin çocuğun aileleri olduğu belirtilmektedir (Güler ve ark., 2002). Yazarların yaptıkları araştırmada annelerin %93'ünün çocuklarına karşı duygusal ihmal ve istismarda bulduklarını bildirmiştir (Güler ve ark., 2002). Ayrıca yazarlar istismarın aktif davranışlar ile (çocuğa şiddet uygulama gibi) ve ihmalin de pasif davranışlar (ortamda çocuk yokmuş gibi davranma) ile gösterildiğini belirtmektedir (Güler ve ark., 2002).

Çocuk istismarı; duygusal (emosyonel), fiziksel, cinsel istismar ve ihmal olarak dört gruba ve çocuk ihmali; duygusal (emosyonel) ve fiziksel ihmal olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Demirci, 2016). Bazı araştırmalarda bunlara ek olarak ekonomik istismarın da olduğu söz edilmektedir (Pala ve ar., 2011). Başka bir bakış açısına göre de ihmal ile istismarı birbirinden ayırmamak gerekmektedir çünkü, ihmal ve istismarın birçok ortak noktaları bulunduğu ve çocuk ihmalinin şiddetlenebileceği ve çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığında uzun süreli etkisi olabileceği düşünülmektedir (Lau, Krase ve Morse, 2009).

*Duygusal istismar*, hem izole edilmiş olayları hem de bir ebeveynin veya bakım verenin çocuğa zaman içinde gelişimsel olarak uygun ve destekleyici bir ortam sağlamada başarılı olamama kalıbını içerir (Pala ve ark., 2011). Lynch ve Browne (1999) cinsel istismara maruz kalan bir çocuğun aynı zamanda duygusal istismara da maruz kaldığını belirtmektedir. Turhan, Sangün ve İnandı'na (2006) göre, istismar türleri arasında en sık rastlanan ama en zor tanın istismar türünün duygusal istismar olduğunu söylemektedir. Duygusal istismar davranışlarının çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığında ve ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişiminde hasarlar yaratma olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir (Pala ve ark., 2011). Bu

davranışlara örnek olarak ebeveynin veya bakım verenin çocukla onu aşağıyıcı bir şekilde konuşması, çocuğa bağırması, onu küçük düşürmesi, tehdit etmesi veya aşırı koruyucu davranmaları (Güler ve ark., 2002) ya da çocuğa ad takmaları, çocukla dalga geçmeleri, çocuğu sürekli başkalarıyla kıyaslamaları verilebilir (Turhan ve ark., 2006). Tıraşçı ve Gören'e (2007) göre anne-babanın, bakım verenin veya diğer yetişkinlerin çocuktan onun yapabileceğinden daha fazlasını talep etmeleri ve bunu ondan beklmeleri de bir duygusal istismar olarak sayılmaktadır. Bazı araştırmalara göre duygusal istismara uğrayan çocukların erişkinlik dönemlerinde depresyona girmede daha büyük bir risk altında oldukları belirtilmiştir (Hovens ve ark., 2012; Mandelli, Petrelli ve Serretti, 2015). Kent, Waller ve Dagnan (1999) da duygusal istismarın, çocukluk çağı travmalarından yeme bozukluklarını en belirgin şekilde etkileyen travma türü olduğunu belirtmişlerdir.

*Fiziksel istismar*, UNICEF tarafından "kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış olan şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişim ve iş görme yetileri bakımından hasara uğraması" olarak tanımlanmıştır (akt., Yurdakök, 2010; akt., Şenkal, 2013). Diğer istismar türlerine göre fiziksel istismarın daha kolay tespit edildiği ve daha yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (Güler ve ark., 2000). 18 yaşından küçük çocuğun ebeveynleri veya bakım veren başka bir yetişkin tarafından el darbesi veya bir obje ile vurulma ya da tekmelenme, iteklenme, sarsılma, bıçaklanma, yakılma, boğulma yoluyla yaralanması ya da yaralanma riskini deneyimlemesi Ulusal İnsidans Araştırması'nda (National Incidence Study- NIS-3, Sedlak ve Broadhurst, 1996) fiziksel istismar olarak tanımlanmıştır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalara göre ebeveynlerin çocuklarına fiziksel istismarda bulunma oranları yaklaşık %65 olarak bulunurken, bazı araştırmalarda bu oranın %24 olduğu belirtilmektedir (Aral, 1997; Aral ve Gürsoy, 2001; Turhan ve ark., 2006). Ebeveynlerin, özellikle annelerin, çocuklarını yetiştirirken veya yaşanan problemleri çözmek için sıklıkla fiziksel istismara ya da duygusal istismara başvurdukları söylenebilir (Gürel ve ark., 2000). Bu durumun kültürel bir yapısının da bulunduğu düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar ebeveynlerin bu tarz davranışlara çocuklarını disiplin etmek için yöneldiklerini iletmekte ve bunun da ülkedeki fiziksel istismar oranlarının yüksek olmasının sebebi



olabileceğini düşünmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Ebeveynleri tarafından istismara uğrayan ya da onları şiddet uygularken gören çocukların bu davranışları model olarak alabilecekleri ve/veya bu durumun çocuğun ileride istismarcı bir kişiliğe sahip olmasına sebep olabileceği de düşünülmektedir (Aral, 1997).

*Cinsel istismar*, psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ve/veya ergenin bir yetişkin tarafından cinsel doyum amacıyla kullanılması ve çocuğun içinde yer aldığı röntgencilik ve genital bölgeye dokunma gibi her tür davranış olarak tanımlanmaktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Demirci, 2016). Ayrıca cinsel istismar, çocuğun tam olarak anlamadığı, bilgilendirilmiş rıza gösteremediği veya çocuğun gelişimsel olarak hazırlanamadığı ya da toplumun sosyal tabularını ve/veya yasaları ihlal eden her türlü cinsel davranışa katılımı olarak da tanımlanmaktadır (Pala ve ark., 2011). Cinsel istismarın toplumda sık karşılaşılan bir istismar türü olduğu fakat, istismarın genellikle gizli tutulmasından dolayı sadece %5-10'unun yasal olarak ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Turhan ve ark., 2006). Kız çocuklarının cinsel istismara uğrama oranı erkek çocuklara oranla üç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Dubowitz, 2001 akt.; Kara ve ark., 2004). Bazı araştırmacılar çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara uğramış insanların neredeyse yarısının ileriki dönemlerinde çeşitli ruhsal belirtiler gösterdiklerini belirtmektedir (Goodman, Rosenberg, Mueser ve Drake, 1997, akt.; Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). Saunders, Villepoux, Lipovsky ve Kilpatrick'in (1992) araştırmasındaki sonuçlara göre cinsel istismara uğramış kadınlarda istismara uğramamış kadınlara oranla kendine zarar verme davranışının daha fazla gözlemlendiği belirtilmektedir. Alanyazında cinsel istismarın çocukların duygusal ve davranışsal gelişimi üzerine yarattığı etkileri inceleyen bir çok çalışma bulunmaktadır. Bu konudaki bazı çalışmaların sonuçlarına göre cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, korku reaksiyonu, kızgınlık ve düşmanlık görülmüş ve çocukların uygun olmayan cinsel içerikli davranışlarda buldukları belirtilmiştir (Browne ve Finkelhor, 1986; Kara ve ark., 2004).

*Duygusal ihmâl*, ebeveynin çocuğuna sevgi, bağlanma ve ilgi gösterme gibi temel psikolojik ihtiyaçları sağlamakta yetersiz olması şeklinde tanımlanmaktadır

(Demirci, 2016). UNICEF ise duygusal istismar ve ihmali bir olarak ele almış ve çocuğun sosyal ilişkiden mahrum bırakılması, çocuğun terk edilmesi, topluma uygun olmayan yöntemler ile çocuğun yetiştirilmesi, çocuğun kapasitesinin, isteklerinin kötülenmesi olarak tanımlamıştır (Şenkal, 2013). Aust, Hartwig, Heuser ve Bajbouj'a (2012) göre de duygusal ihmal çocuğun yeterli bakım ve desteği almaması olarak tanımlanmıştır. Kütük ve Bilaç (2017) duygusal ihmalin de duygusal istismar gibi kolay bir şekilde fark edilemeyeceğini ve tanımının kesin olmadığını ayrıca çoğunlukla göz ardı edildiğini belirtmiştir. Çelik ve Hocaoglu (2018), ihmalin varlığında çocuğun empati, merhamet, sempati duyma gibi ebeveynlerden model alınarak deneyimlenen bazı duyguların gelişmesinin gerçekleşmeyeceğini düşünmektedir.

*Fiziksel ihmal* ebeveynlerin çocuğun gelişimini engelleyecek şekilde mevcut kaynaklar sağlamaması ya da bu kaynakları çocuğuna mahrum bırakması olarak tanımlanmaktadır (Aral, 1997). Bu durumlara; çocuğun yeterli besin alamaması, doktor veya ilaç gibi kaynaklara gerektiğinde ulaşamaması örnek olarak verilebilir (Veltkamp ve Miller, 1994). Ebeveynlerin veya bakım verenlerin çocuğun eğitimi, bakımı, giyimi, refahı ve güvenliği ile alakalı konularda önemsiz ve umursamaz davranmaları da fiziksel ihmal durumlarına örnektir (Borwne, 1991; Şahin, 2001; Şenol, 2000; akt., Güler ve ark., 2002).

Bazı yazarlarca çocuğun istismar ve ihmale en çok ebeveynleri tarafından maruz kaldığı ve istismar ve ihmalin evde, aslında çocuğun en güvende olması gerektiği yerde, ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Güler ve ark., 2002; van der Kolk, 2015). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi'nin raporu da bu yazarları destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Bu rapora göre kayıtlı istismar ve ihmal dosyalarının 80%'i çocuğun ebeveynleri tarafından istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. Ayrıca bu raporda, 772 bin çocuğun %9.1'i cinsel istismara, %16.1'i fiziksel istismara, %7.3'ü duygusal istismara ve %71.1'i ihmale maruz kaldığı belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında yayınladığı verilere göre çocukluk çağı travmalarının dünya genelinde de yaygın olduğu görülmektedir. Kayıt altına alınan verilere göre kadınların %20'si ve erkeklerin %5 ile %10'u çocukken cinsel istismara ve çocukların %25 ile %50'si fiziksel istismara maruz kalmıştır.

Ülkemizde çocuk istismarı ile ihmal üzerine yapılan çalışmaların derlemesini inceleyen çalışmaya göre fiziksel istismar oranının %15 ile %75 arasında olduğu ve cinsel istismar oranının %20 oranında olduğu belirtilmiştir (Çelik ve Hocoğlu, 2018). Ülkemizde kültürel sebeplerden dolayı fiziksel istismarda en çok çimdikleme, çocuğun ağzına acı biber sürme, kulak çekme ve tokatlama davranışları görülmektedir (Çelik ve Hocoğlu, 2018) ve çocuğa istismar ve ihmalde daha çok bulunan ebeveynin anne olduğu belirtilmiştir (Güler ve ark., 2002). Bu bulgunun, çocuğun bakım vereni ve çocukla daha çok zaman geçeren genellikle anne olduğu için beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir. Ayrıca Güler ve arkadaşları (2002) çalışmalarında Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun sonuçlarına değinmiş ve çocukların %46'sının istismara uğradığını açıklamıştır.

### **2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri**

Çocuğa kötü muamele göstermenin çocuk üzerinde yarattmış olduğu fiziksel belirtilerin ve etkilerin geçici olabileceği, fakat cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve fiziksel ile duygusal ihmal sonucu oluşmuş psikolojik ve davranışsal etkilerin çocuğun yaşamı boyunca sürebileceği belirtilmektedir (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Araştırmalar da, çocukluk çağı travmalarının bireyde kalıcı veya aralıklı fiziksel veya zihinsel etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Maschi, Baer, Morissey ve Moreno, 2012). Bu etkiler arasında psikiyatrik bozukluklar, bilişsel becerilerde bozulma, uyumlu olmayan stres tepkileri, fiziksel sakatlar ve hatta erken ölüm bulunmaktadır (Acierno ve ark., 2010; Gagnon ve Hersen, 2000; Stessman ve ark., 2008; akt., Maschi ve ark., 2012). Mullen, Martin ve Anderson'un (1993) araştırmasında bireylerin çocukluk çağında cinsel istismar öyküsüne sahip olmanın yetişkinlikte alkol ve uyuşturucu kullanımı ile ilişkili olup olmadığı araştırılmış ve aralarında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının yetişkin depresyonuna olan etkisini incelemek için yapılan meta analiz çalışmasında, ihmal ve duygusal istismarın depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mandelli, Petrelli ve Serretti, 2015). Ülkemizde yapılan çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtilerin incelendiği bir çalışmada da çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtilerden düşüncelere kapılma ve dürtü arasındaki ilişkilerin en belirgin olduğu belirtilmiştir (Demirci, 2016).

Ayrıca çocukluk çoğu travmalarının yeme bozukluklarına da yol açacağı söylenmektedir. Bazı çalışmalar, yeme bozukluğu olan bireylerin önemli bir kısmının çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsünü bildirdiğini göstermiştir (Kong ve Bernstein, 2008). Bazı araştırmalarda da çocukluğunda duygusal istismar veya ihmale maruz kalan bireylerin saldırganlık ve şiddete eğilim, yeme bozuklukları, stres durumlarında uygun yanıt verememe, alkol ve uyuşturucu kullanmaya eğilim gibi ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklara yakalanma riskinin artacağı ileri sürülmektedir (Hart, Brassard, Binggeli ve Howard, 2002; Dinleyici ve Dağlı, 2016). Kent ve Waller (2000) duygusal istismar ile yeme psikopatolojisi arasında fenomenolojik bir bağlantı olduğunu ve bu bağlantının diğer travma türleri ile olandan daha farklı olduğunu ve belki de cinsel ve fiziksel istismara göre duygusal istismarın yeme semptomları ile daha geniş bir yelpazede ilişkisi olabileceğini belirtmektedir. Michopoulos ve arkadaşları da araştırmalarında duygusal yeme ile en çok duygusal istismarın ilişkili olduğunu bulmuştur (2015). Kong ve Bernstein'in (2008) yeme bozukluğu olan Koreli bireylerle yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluğunun bir belirleyicisi olup olmadığını araştırmışlardır ve araştırmalarının sonuçlarına göre duygusal istismarın, fiziksel ihmalin ve cinsel istismarın yeme psikopatolojisinde önemli belirleyiciler olduğu belirtilmiştir. Mullen ve arkadaşlarına (1993) göre çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın tesirlerinden birinin de yeme bozukluğu oluşumuna yol açması olduğunu ve bu durumun kadın bireylerde, erkeklere oranla daha çok görülmekte olduğunu belirtmişlerdir.

Çocukluk çağı travmaları ve mükemmeliyetçilik üzerine yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır fakat, ilişkili olabileceği düşünüldüğü bazı araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin travma sonrası stres bozukluğu ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi araştıran Egan, Hattaway ve Kane (2013) mükemmeliyetçilik ile travma sonrası stres bozukluğu arasında güçlü bir korelasyon çıktığı belirtmiştir. Egan ve arkadaşlarının (2013) edindikleri bulgulara göre travma sonrası stres bozukluğu ve mükemmeliyetçilik alt boyutu hata yapma endişesi ve klinik mükemmeliyetçilik arasında anlamlı güçlü bir korelasyon bulunmuştur.

Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının arttıkça mükemmeliyetçilik düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir (Egan ve ark., 2013).

Ülkemizde yürütülmüş ve ilişkili olabileceği düşünülen başka bir çalışmada üniversite öğrencileri ile ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçiliğin arasındaki ilişki araştırılmıştır (Ayoğlu, 2012). Çalışmada ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrol ve kişilerarası mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Ayoğlu, 2012). Barber'a (2002) göre psikolojik kontrol davranışları kişisel olarak eleştirme, duyguları geçersiz kılma, sevgiyi esirgeme, suçluluk yaratma gibi stratejileri içermektedir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmal ve duygusal istismar da, bakım verenlerin çocuklara ihtiyaçları olan sevgi ve ilgiyi vermemeleri, çocuğa bağırması, onlarla alaylı konuşmaları ve benzeri örneklerle açıklanmaktadır (Güler ve ark., 2002; Demirci, 2016).

Alanyazındaki bir başka çalışmada da mükemmeliyetçilik için etiyolojik bir model oluşturulması amaçlanmış ve mükemmeliyetçiliğin gelişiminde etkili olabilecek faktörler incelenmiştir (Maloney, Egan, Kane ve Rees, 2014). Yazarlar, ebeveyn faktörlerinin mükemmeliyetçiliğin gelişimi ile ilişkili olduğunu; mükemmeliyetçilik ile ebeveyn eleştirileri ve ebeveyn beklentileri gibi faktörler arasında doğrudan, ebeveyn bağları ile dolaylı yoldan ilişkilerin olduğunu belirtmiştir (Maloney ve ark., 2014). Bu çalışmalarda ebeveynlerin yetiştirme yaklaşımlarının mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğu görülmekte ve bundan dolayı bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları travmalarının erişkinlik dönemlerindeki mükemmeliyetçilik eğilimleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmaları, çoğu araştırmalarca belirtildiği üzere yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu, depresyon gibi birçok patolojiyle ilişkilidir (Demirci, 2016; Carter ve ark., 2006). Ortorektik belirtilerin, obsesif kompulsif bozukluğu ve yeme bozukluğu ile olan ilişkisi göz önüne alındığında, ortorektik belirtiler ile çocukluk çağı travmalarının da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ortoreksiya nervoza ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen sadece bir tez araştırmasına rastlanılmıştır. Yakın zamanlı bu çalışmada ortorektik belirti düzeyleri ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin

gözlenmediği sonucuna ulaşıldığı belirtilmiştir (Merdin, 2018). Yazar çocukluk çağı travmalarının ortoreksiya nervoza üzerinde doğrudan etkili olmadığını, fakat travma sonrası gelişebilen kaygı, duygu düzenleme, bağlanma ve benlik gelişimi gibi durumların sonucunda ortaya çıkan sorunların ortoreksiya nervoza oluşumunda rol oynayabileceğini düşünmektedir (Merdin, 2018). Oysa alanyazında çocukluk çağı travmaları ve ortorektik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen tek çalışma olduğu için bu yönde değerlendirme yapmak uygun değildir. Bundan dolayı bu değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirebilmek için daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmanın bu yüzden literatüre katkısı olabileceği düşünülmektedir.

### **2.3. MÜKEMMELİYETÇİLİK**

Mükemmeliyetçilik, bireyin bir işi yaparken kendine mükemmele ulaşmak için haddinden yüksek bir efor harcamasıdır (Gül, Yılmaz, Berksun, 2009). Hollander mükemmeliyetçiliği tanımlayan ilk kişidir ve kişinin kendisinden veya diğer insanlardan durumun gerektirdiğinden çok daha güçlü bir performans talep etmesini mükemmeliyetçilik olarak değerlendirmiştir (Shafran ve Mansell, 2001). Shafran, Cooper ve Fairburn (2002) ise klinik olarak mükemmeliyetçilik tanımı yapmışlardır. Klinik mükemmeliyetçilik; kişinin öz-değerlendirmesini, bütün olumsuz sonuçlara rağmen, göze çarpan en az bir alanda kişisel olarak talepkar, empoze edici ve yüksek düzeyde kurduğu standartlara uyup uymadığına bağlamasına denir (Shafran, 2002).

Mükemmeliyetçi bireyler, kendilerine aşırı yüksek standartlar belirlemekte ve bunlara katı bir şekilde uymaktadırlar ve dahası, kendi davranışlarına ilişkin aşırı eleştirel değerlendirmelerde bulunmaya eğilimlidirler (Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate, 1990). Dahası mükemmeliyetçi bireyler, ebeveynlerinin beklentilerine ve kendileriyle ilişkin değerlendirmelerine de yüksek ölçüde önem vermektedirler; başarısız olmaktan ve hata yapmaktan korkmaktadırlar; kurdukları standartları karşılayabilmek adına günlük görevler ve bu görevleri yerine getirmek için belirli düzenler oluşturmaktadırlar (Frost ve ark., 1990). Mükemmeliyetçi bireyler her alanda üstün olmak isterler (Adler, 1956). Mükemmeliyetçi kişi performansını ya hep

ya hiç şeklinde değerlendirdiğinden ve yeterince iyiyi hiçbir zaman kabul etmediğinden gösterdiği çabalar kendisini yenilgiye uğrattığı belirtilmektedir (Missildine, 1963; akt., Getir, 2015).

Mükemmeliyetçiliğin nasıl geliştiği ile ilgili bazı ortak görüşler bulunmaktadır. Bazı mükemmeliyetçilik teorisyenleri mükemmeliyetçiliğin bir takım çocuk yetiştirme biçimleriyle ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Hamachek, 1978; Burns, 1980). Bu yetiştirme biçimlerinin mükemmeliyetçi düşünme biçiminin gelişimine katkıda bulunan ilk deneyimleri kapsadığını ve dört gruba ayrılacağı belirtilmiştir (Barrow ve Moore, 1983; Safran ve Mansell, 2001). Mükemmeliyetçi düşünmeyi geliştiren erken deneyimler olarak verilen dört grup şunlardır: Aşırı derecede eleştirel ve talepkar ebeveynler; ebeveyn beklentilerinin ve performans standartlarının aşırı derecede yüksek olması ve eleştirinin dolaylı olması; ebeveyn onayının koşullu veya tutarsız olması ya da hiç olmaması; mükemmeliyetçi ebeveynlerin, mükemmeliyetçi tutum ve davranışlar için örnek teşkil etmesidir (Shafran ve Mansell, 2001). Ebeveyn beklentileri ve eleştirilerinin mükemmeliyetçiliğin gelişiminde önemli bir rolü olduğu konusunda çoğu araştırmacıların hem fikir olduğu söylenebilir (Maloney ve ark., 2014; Safran ve Mansell, 2011; Burns, 1980). Ayrıca mükemmeliyetçi kişinin kabul görmeme, reddedilme, sevilmemeye korkularından dolayı onaya, sevgiye, başarıya ulaşmak adına mükemmelliğe odaklı ve kararlılığın da buna dayalı olduğu ve kişinin bu gereksinimlerini karşılamak için mükemmeliyetçilik davranışlarının ortaya çıktığı ve mükemmeliyetçi bireyin düşük benlik saygısının onu yönlendirdiği belirtilmiştir (Missildine, 1963; akt., Getir, 2015). Mükemmeliyetçi bireyler kendi gereksinimlerine aşırı odaklı olduklarından dolayı başkalarının istek ve gereksinimlerine duyarlı olamadıkları da ileri sürülmektedir (Flett, Hewitt, Blankstein ve Mosher 1995; Getir, 2015).

Frost ve arkadaşları (1990), mükemmeliyetçiliği altı boyuta ayırmıştır. Bunlar: Hata yapma endişesi, kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri, yaptığından emin olamama ve düzendir (Kağan, 2011). Yaptığından emin olamama alt boyutu, bireyin performansının niteliği hakkında duyduğu kuşkuyu içermekte ve bu özellik obsesif kompulsif bozukluklarda kompulsif davranışların yeterliliğinden

emin olamama ve bundan dolayı davranışın sıklığını arttırmayla benzer niteliktedir (Çakır, 2013). Mükemmeliyetçiliğin boyutları bazı araştırmacılar tarafından farklı ele alınmıştır ve bir sonraki bölümde mükemmeliyetçiliğin farklı boyutlarına detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

### **2.3.1. Mükemmeliyetçiliğin Boyutları**

Mükemmeliyetçiliğin sağlıklı ve sağlıklı olmayan bileşenleri içeren çok boyutlu bir kişilik özelliği vardır (Ganske, Gnilka, Ashby ve Rice, 2015; Suh, Gnilka ve Rice, 2017). Mükemmeliyetçilik bir çok araştırmacı tarafından farklı boyutlara ayrılarak değerlendirilmiştir. Başlarda mükemmeliyetçilik araştırmacılar tarafından tek boyutlu olarak değerlendirilmekteydi. Mükemmeliyetçiliğin ilk ölçme denemesi Weismann ve Beck (1978) tarafından Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-Dysfunctional Attitude Scale) ile yapılmıştır. Daha sonraları mükemmeliyetçilik çok boyutlu olarak değerlendirilmiş ve bu değişimin iki nedeni olduğu belirtilmiştir (Hewitt ve Flett, 1991; Frost ve ark., 1990; Shafran ve ark., 2002). Bu nedenlerin ilki olarak, mükemmeliyetçiliğe sahip kişilerin klinik tanımlarında hatalarla fazla ilgilenmeleri, işin kalitesinden şüphe etmeleri, ebeveynlerinin beklentilerine büyük değer vermeleri ve düzen üzerine aşırı vurgu yapmaları yatması ve ikinci olarak, bağımsız klinik gözlemlerde mükemmeliyetçiliğin kişilerarası yönlerinin de olduğu ve bu yönlerin uyum zorluklarında önemli rolü olduğu görüşüne yol açmasıdır (Hewitt ve Flett, 1991; Frost ve ark., 1990; Shafran ve ark., 2002).

Hewitt ve Flett (2004) geliştirdikleri Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğinde mükemmeliyetçiliği üç boyuta ayırmışlardır. Bu alt boyutlar kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik olarak belirtilmiştir (Flett ve Hewitt, 1989; Flett ve ark., 1995).

*Kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin* ayırt edici özellikleri arasında mükemmel olmak için yüksek motivasyon, gerçekçi olmayan yüksek kişisel standartlar kurma ve bunlara uyma, zorlantı bir şekilde çaba gösterme, hep ya da hiç düşüncesi ve sonucunda ya tam bir başarı ya da büyük bir başarısızlık olması, kendi



hatalarına ve geçmişteki başarısızlıklara odaklanma ve gerçekçi olmayan kişisel standartların davranışsal alanlara da genelleştirilmesi vardır (Flett ve ark., 1995).

*Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik*, başkalarının yetenekleriyle ilgili inanç ve beklentileri içeren, mükemmelliğin kişilerarası önemli bir boyutudur ve başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliği olan bireyin, başkaları için gerçekçi olmayan standartlar koyup onları sadece kendi koyduğu standartlara uydukları durumlarda ödüllendirdiği belirtilmektedir (Flett ve ark., 1995).

*Toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilikte* ise bireyin, önemli başkalarının bireye empoze ettiği beklentileri ve standartları karşılayabilme becerisine yönelik algılarını içermektedir (Flett ve ark., 1995). Toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçiliği olan birey, kendisi ve davranışları hakkında başkalarının gerçekçi olmayan standartlara ve mükemmeliyetçi bir motivasyona sahip olduklarına ve ayrıca bireyin yalnızca bu standartlara uyduğunda başkalarının onu onaylayacağına dair inanca sahiptir (Flett ve ark., 1995).

Bu araştırmada da kullanılmış olan Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Frost ve arkadaşları (1990) tarafından oluşturulmuştur. Mükemmeliyetçilik altı boyuta ayrılarak hata yapma endişesi, kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri, yaptığından emin olamama ve düzen faktörleri üzerinden değerlendirilmiştir (Kağan, 2011). *Hata yapma endişesi* boyutunda bireyin hata yapmaya karşı olumsuz tepkiler vermesi, hatalar yapmayı başarısız olmakla eşdeğer olarak yorumlaması ve bireyin eğer başarısız olursa başkalarının saygısını yitireceğine inanma eğiliminde olması şeklinde tanımlanmaktadır (Frost ve ark., 1990). *Kişisel standartlar boyutu*, kişinin kendisine aşırı yüksek standartlar koyması ve bu yüksek standartlarına kendi öz değerlendirmesi için aşırı önem vermesi olarak kavramsallaştırılmıştır (Frost ve ark., 1990). *Ailesel beklentiler* boyutu bireyin, ebeveynlerinin kendisinin üzerine aşırı yüksek standartlar koyduklarına inanma eğilimi olarak ve *ailesel eleştiri* boyutu bireyin, ebeveynlerinin kendisine karşı aşırı derecede eleştiriler olduklarına inanma eğilimi olarak kavramsallaştırılmıştır (Frost ve ark., 1990). *Yaptığından emin olamama* boyutu bireyin projelerini tatmin edici bir şekilde tamamlamadığına inanma eğilimi olarak tanımlanmış ve *düzen* boyutunda ise

düzene ve organizasyona verilen öneme ve düzenli olma tercihine vurgu yapılmıştır (Frost ve ark., 1990).

Frost ve arkadaşları (1990) hata yapma endişesi boyutunun mükemmeliyetçiliğin merkezi bileşeni olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu boyutun psikopatoloji semptomları ile en çok ilişki olan boyut olduğunu ve kişisel standartlar ile düzen boyutlarının bazı olumlu kişisel özellikler ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Frost ve ark., 1990). Yazarlar düzen boyutunun diğer alt boyutlar ve toplam mükemmeliyetçilik ile çok az ilişkili olduğu ve diğer mükemmeliyetçilik ölçüm testlerinden sadece biri ile ilişki olduğu bulmuş ve bundan dolayı düzen boyutunun mükemmeliyetçiliğin temel bir bileşeni gibi görünmediğini belirtmiştir (Frost ve ark., 1990).

Mükemmeliyetçilik bazı araştırmacılar tarafından olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyuta ayrılarak da değerlendirilmiştir. Hamachek'a (1978) göre mükemmeliyetçilik normal mükemmeliyetçilik ve nevrotik mükemmeliyetçilik olarak değerlendirilir. *Normal mükemmeliyetçiler* kendilerine gerçekçi standartlar koyarlar, gösterdikleri özenden ve emeklerinden zevk duyarlar ve bazı durumlarda gerekirse esnek bir tavır sergileyebilirken; diğer taraftan, *nevrotik mükemmeliyetçiler*, kendilerinden genelde ulaşılmaz bir seviyede performans beklerler, gösterdikleri çabalarını tatmin edici bulmazlar ve standartlarını esnetmekte başarılı olamazlar. Ayrıca, normal mükemmeliyetçi bireylerin güçlerine ve işleri nasıl doğru bir şekilde yapacaklarına odaklı oldukları fakat, nevrotik mükemmeliyetçi bireylerin başarısızlık korkusu ile hareket ettikleri belirtilmektedir (Terry-Short, Glynn Owens, Slade ve Dewey, 1995). Hamachek (1978) nevrotik mükemmeliyetçiliğin gelişiminin iki tür duygusal ortamdan birinde ortaya çıktığını öne sürmüştür: (a) Ebeveynlerin, çocuklar için belirgin performans standartları belirlemeyi beceremedikleri halde, onaylamaması veya tutarlı olmayan bir şekilde onay göstermeleri, veya (b) ebeveynlerin koşullu olumlu onay ifadelerinin koşulsuz olumlu onay ifadelerinden çok daha fazla olmasıdır. Normal mükemmeliyetçilik ise ya pozitif modelleme (çocuğun duygusal olarak önemli kişiyle yakın tanımı) ya da negatif modelleme (çocuk duygusal olarak önemli kişinin davranışını reddeder) yoluyla gelişme gösterme eğiliminde olduğu ve ayrıca bazı semptomların hem

normal hem nevrotik mükemmeliyetçiler için tanımlandığı fakat, nevrotik mükemmeliyetçilerin bu belirtileri uzun bir sürede ve yoğun bir şekilde deneyimledikleri söylenmektedir (Hamachek, 1978).

Rice ve Preusser (2002) mükemmeliyetçiliği uyumlu ve uyumsuz olarak iki boyutta değerlendirmişler ve geliştirdikleri Uyumlu ve Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeğini 9-14 yaşları arasındaki çocuklardaki mükemmeliyetçiliği ölçmek amacıyla oluşturmuşlardır. Yazarlar, mükemmeliyetçilik ile ilgili yürütülmüş olan çoğu araştırmaların örneklemini genellikle üniversite öğrencileri ve yetişkinlerin oluşturduğunu ve çocukluk çağından yetişkinliğe geçiş kısmının, mükemmeliyetçiliğin zaman içindeki istikrarının ve kavramın çocuklar ile yetişkinler arasındaki karşılaştırmasının göz ardı edildiğini belirtmişler ve ayrıca çocukların yetişkinliğe geçerken ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından kusursuz iş çıkarmaları için baskı altında bırakıldıklarını ve çoğu kişinin de yaşadığı gibi çocukların rekabetçilikten dolayı stresi altında olduklarını belirtmiştir (Rice ve Preusser, 2002). Bu durumlardan ötürü bazı araştırmacılar çocukların önceki yıllarına göre daha mükemmeliyetçi davranışlar edinebilecekleri belirtmiştir (Driscoll, 1982; Pirot, 1986; akt., Rice ve Preusser, 2002).

Uyumlu ve Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeğinde hatalara duyarlılık, şartlı benlik saygısı, saplantılı davranış ve onay gereksinimi olmak üzere dört faktör belirlenmiştir (Baş, 2010). *Hatalara duyarlılık* faktörü Frost ve arkadaşlarının (1990) geliştirdiği “hata yapma endişesi” faktörüne denk gelmekte olduğu ve bu alt boyutta yüksek puan alan uyumsuz mükemmeliyetçilerin hata yapmaya karşı aşırı hassas olarak tanımlanabileceği ve mükemmelden daha azını kabul etmekte zorluk yaşadıkları söylenebilir. *Şartlı benlik saygısı* faktörü çocukluk mükemmeliyetinin önemli taraflarındandır ve mükemmeliyetçi ebeveynin çocuğuna başarısızlıktan uzak durması için büyük bir baskı uygulamasına ve uyumsuz mükemmeliyetçi davranışlar sergileyen çocuklarına karşı ebeveynlerin aşırı talepkar olması ve üstün performansa ulaşana kadar onay göstermemesine değinmekte ve bu konuda çoğu araştırmacıların hemfikir olduğu görülmektedir (Barrow ve Moore, 1983; Burns, 1980; Rice ve Preusser, 2002). *Saplantılı davranış* faktörü düzen, organizasyon ve görev tamamlamayı temsil etmektedir (Rice ve Preusser, 2002). Ayrıca saplantılı davranış

ile hatalara duyarlılık ve onay gereksinimi faktörleri arasında aracı bir ilişki bulunmuştur ve bundan dolayı saplantılı davranış alt boyutunda yüksek puan alan bazı çocukların hata yapmaktan kaçınmaya çalışıyor ve/veya başkalarından olumlu tepkiler istiyor olabileceği belirtilmektedir (Rise ve Preusse, 2002). Son olarak *onay gereksinimi* faktörü gelmektedir ve uyumsuz mükemmeliyetçilerin ilgilerini yalnızca kendilerine yönelttikleri için sosyal ilgilerinin sınırlı olabileceği belirtilmektedir (Rice ve Preusser, 2002).

### **2.3.2. Mükemmeliyetçilik ve Yeme Bozuklukları ile İlgili Yapılmış**

#### **Araştırmalar**

Mükemmeliyetçilik, bazı psikopatolojik durumların etiyolojisinde, seyrinde ve sürmesinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Shafran ve ark., 2002). Mükemmeliyetçilik; depresyon, yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, somatik bozukluklarda araştırılmış ve birçok bozukluklarda olduğu gibi yeme bozukluklarında da rolü olduğu görülmüştür (Shafran ve Mansell, 2001; Özsoy, 2017). Mükemmeliyetçilik yeme bozukluğu için hem yatkınlık kazandıran bir risk faktörü hem de sürdürücü bir etkidir (Shafran ve ark., 2002; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003; Egan, Wade ve Shafran, 2011). Alanyazındaki bir araştırmada yeme bozukluklarına yakalanma riskini arttıran bazı kişilik özelliklerinden birinin de mükemmeliyetçilik olduğu ileri sürülmüştür (Klump ve ark., 2004). Dahası, mükemmeliyetçiliğin, bir çok araştırmacılar tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın oluşumunda önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Bardone-Cone ve ark., 2007). Lilenfeld ve arkadaşları (2006) da mükemmeliyetçiliğin anoreksiya nervoza ile bağlantılı olduğunu ve anoreksiya nervozanın ortaya çıkmasında gerekli bir özellik olduğunu öne sürmüştür. Hewitt ve arkadaşlarına (2003) göre mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarında iki önemli rolü vardır: Mükemmeliyetçinin yüksek standartları ve bu standartlara uyup uymadığına göre benliğini değerlendirmesi ve mükemmeliyetçi benlik sunumunun etkisidir. Bazı araştırmacılar mükemmeliyetçi benlik sunumunda iki esas endişe olduğunu ve bu endişelerin mükemmel olduğu izlenimini teşvik etmek ve olmadığı izlenimini önlemek olduklarını ileri sürmüştür (Hewitt ve ark., 2003; Stoeber ve ark., 2017).

Alanyazındaki kontrollü bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerin ebeveynleri incelenmiş ve kontrol grubu ile arasındaki en yüksek farkın mükemmeliyetçilik düzeylerinde olduğu ve yeme bozukluğu olan bireylerin annelerinde kilo ve vücut şekilleri hakkında kontrol grubuna oranla daha endişeli oldukları gözlenmiştir (Woodside ve ark., 2001). Yazarlar, mükemmeliyetçilik, kilo ve vücut biçimleri ile ilgili endişeler gibi bazı kişilik özelliklerinin yeme bozukluğu probandları olan ailelerde kümelenebileceğini belirtmiştir (Woodside ve ark., 2001).

Stoeber, Madigan, Damian, Esposito ve Lombardo'nun (2017) yapmış olduğu çalışmada mükemmeliyetçilik ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişki ve mükemmeliyetçi benlik sunumunun bu ilişkideki rolü incelenmiştir. Yazarların çalışmasına üniversiteye giden kadın öğrenciler katılmıştır ve elde edilen sonuçlara göre vücut kitle indeksi kontrol edildiğinde kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin üç semptom grubunu (diyet yapma, bulimiya ve oral kontrol) da pozitif olarak yordadığı bulunmuştur (Stoeber ve ark., 2017). Ayrıca mükemmeliyetçi benlik sunumunun mükemmeliyetçiliğin diyet yapma ve oral kontrol ile olan pozitif ilişkiyi açıkladığı, bulimiya ile açıklayamadığı bulunmuştur (Stoeber ve ark., 2017). Sonuçlara bakıldığında mükemmeliyetçi benlik sunumunun mükemmeliyetçiliğin yeme bozuklukları ile olan ilişkisinde merkezi bir rol oynadığı söylenebilir.

Yeme bozukluğu olan bireylerde mükemmeliyetçilik ve tutarlılık duygusu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışma gerçekleştirilmiştir (Petersson, Perseus ve Johnson, 2014). Araştırma ayaktan yeme bozukluğu tedavisi gören kişiler arasında yürütülmüş ve araştırmada mükemmeliyetçilik belirtilerini ölçmek amacıyla Garner'in (1991) oluşturduğu Yeme Bozukluğu Envanteri-2'nin mükemmeliyetçilik alt boyutları ve tutarlılık duygusunu ölçmek amacıyla Antonovsky'nin (1993) oluşturduğu Tutarlılık Duygusu Ölçeği kullanılmıştır. Yazarların ulaştıkları sonuçlara göre yeme bozukluğu olan hastalarda mükemmeliyetçilik tutarlılık duygusu ile ilişkili bulunmuştur (Petersson ve ark., 2014).

İngiltere'de dansçılar arasında yapılan bir araştırmada vicdani mükemmeliyetçilik (yüksek standartlar), öz değerlendirmeci mükemmeliyetçilik (öz eleştiri) ve yeme psikopatolojisinin birbirleriyle olan ilişkisinin incelenmesi

amaçlanmıştır (Goodwin, Arcelus, Geach ve Meyer, 2014). Kadın dansçıların katıldığı çalışmada araştırmacıların ulaştıkları sonuçlara göre öz değerlendirmeci mükemmeliyetçiliğin yeme psikopatolojisini yordadığı ve bu ilişkiye vicdani mükemmeliyetçiliğin aracılık etmediği bulunmuştur (Goodwin ve ark., 2014). Ayrıca yazarlar vicdani mükemmeliyetçiliğin yeme psikopatolojisini yordadığını ve bu ilişkiye öz değerlendirmeci mükemmeliyetçiliğin tamamen aracılık ettiğini belirtmiştir (Goodwin ve ark., 2014).

Diğer taraftan alanyazındaki bir araştırmada yeme bozukluklarında mükemmeliyetçilik, devamlılık ve koruma ilişkileri incelenmiş ve edinilen sonuçlara göre mükemmeliyetçilik düzeylerinin yeme bozukluğu olan grupta kontrol grubuna oranla yükselmediği belirtilmiştir (Waller ve ark., 2012). Yazarlar bu farklılığın görülmemesi durumunun psikometrik ölçümlerle ilişkili olup olmadığını ya da bu bulgunun kendi içinde önemli bir bulgu olup olmadığını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünmektedir (Waller ve ark., 2012).

### **2.3.3. Mükemmeliyetçilik ve Ortoreksiya Nervoza ile İlgili Yapılmış Araştırmalar**

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza yeme bozukluklarının psikopatolojisinde mükemmeliyetçilik önemli bir yer almıştır (Brandon-Cone ve ark., 2007). Ortoreksiya nervozada bireyler mükemmel bir diyet yemeyi amaçlar ve diyetlerinde sıkı kuralları takip eder; bu yüzden bu bireylerin mükemmeliyetçi bir doğaları olması olası görülmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2016). Alanyazında ortoreksiya nervozalı bireylerin mükemmeliyetçilik ile de karakterize oldukları öne sürülmektedir (Koven ve Arby, 2015). Ancak, ortoreksiya nervoza ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır. Türk alanyazında ise mükemmeliyetçilik ve ortoreksik belirtiler ile ilişkili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yabancı alanyazından erişebilen çalışmalara bu bölümde yer verilmiştir.

Koven ve Senbonmatsu'nun (2013) ortoreksiya nervozanın nöropsikolojik değerlendirmesi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide incelenmiştir. Üniversite öğrencilerinin katıldığı

çalışmada ortoreksiya nervozayı ölçmek için Donini ve arkadaşlarının geliştirdiği ORTO-15 testi (2015) ve mükemmeliyetçiliği ölçmek için Garner ve arkadaşlarının geliştirdiği Yeme Bozukluğu Envanteri (EDI-2, 1983) kullanılmıştır (Koven ve Senbonmatsu, 2013). Yeme Bozukluğu Envanterinde 11 alt boyut vardır ve bunlardan biri de mükemmeliyetçiliktir. Ulaştıkları sonuca göre ortoreksiya nervoza ile mükemmeliyetçilik arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Koven ve Senbonmatsu, 2013).

Brown, Parman, Rudat ve Craighead (2012) ise mükemmeliyetçilik ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkide gıda kurallarının etkisini incelemek için bir araştırma yapmışlardır. Özellikle gıda kuralları ve gıdaya ilişkin katı düşünce kalıpları, yemeğe ilişkin kaygıları daha da arttıran, yemeğe aşırı odaklanmanın yanı sıra aşırı yemek yeme de dahil olmak üzere, artan duygusal tepki ve bilişsel bozulma ile ilişkilidir (Polivy, 1996; akt., Brown ve ark., 2012). Yazarlar gıda kurallarına bağlılığın mükemmeliyetçilik ve beslenme arasındaki ilişkiye aracılık ettiği hipotezini oluşturmuş ve gıda kurallarına bağlılığın kişiye yönelik mükemmeliyetçilik ile evrensel yeme bozukluğu belirtileri, gıda ve kilo ile zihinsel uğraş ve sezgisel yeme değişkenleriyle olan ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşmıştır (Brown ve ark., 2012).

Mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkileri inceleyen bir başka çalışmada ise yazarlar yüksek puanlı kişiye yönelik mükemmeliyetçiliğin yüksek puanlı ortoreksiya nervozayı yordayacağı hipotezini geliştirmiş, fakat hipotezleri regresyon analizinde desteklenmemiştir (Barnes ve Caltabiano, 2016). Öte yandan, kendine yönelik, başkalarına yönelik ve toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur (Barnes ve Caltabiano, 2017).

Oberle, Samaghabadi ve Hughes'un (2017) yapmış oldukları çalışmada demografik verilerin (cinsiyet, vücut kitle indeksi) ve kişilik özelliklerin (benlik saygısı, narsisizm, mükemmeliyetçilik) ortoreksiya nervozayı yordayıp yordamadığını araştırmışlardır. Yazarların ulaştıkları sonuçlara göre mükemmeliyetçiliğin bütün boyutlarının ortoreksiya nervozayı oluşturan problemleri (sağlıklı beslenmeyi sağlıklı bir saplantıya dönüştüren ve kişinin hayatını negatif

yönde etkileyen problemler) yordadığı ve sağlıklı beslenme davranışları ve buna bağlı olumlu duygular ile ilişkili olan tek mükemmeliyetçilik boyutlarının da kişisel standartlar ve düzen boyutları olduğunu belirtilmiştir (Oberle ve ark., 2017).

Bu bilgiler doğrultusunda ortorektik belirtiler ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkinin belirsizliğini koruduğu söylenebilir. Bu araştırmada ortorektik belirtiler ile mükemmeliyetçilik eğilimler arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelenmiş ve henüz Türk örneklemini ile yürütülmüş böyle bir araştırmaya rastlanmadığı için bu çalışmanın alanyazına katkılı olacağı düşünülmektedir.



## **BÖLÜM 3**

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini erişkin yaştaki 380 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmaya herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan bireyler dahil edilmemiştir. Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu'nda "Halen bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi görüyor musunuz?" sorusuna evet yanıtını veren 28 katılımcının araştırmadan dışlandığı gibi ölçek sorularını yarım bırakan 19 katılımcı da araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmaya farklı eğitim düzeylerinden (ilköğretim, ortaokul, lise, üniversite/lisansüstü) 18 yaş ve üstü toplamda 427 kişi katılmış fakat 47 kişinin araştırmadan çıkarılmasından dolayı 380 katılımcı ile araştırmaya devam edilmiştir. Katılımcılara online platformlardan (Facebook, Psikoalan) ulaşılmış ve verileri 19.03.2019 ile 28.09.2019 tarihleri arasında elde edilmiştir. Araştırmanın formları [www.docs.google.com.tr](http://www.docs.google.com.tr) bağlantısı üzerinden link haline getirilip katılımcılara iletilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 380 katılımcının 180'i (%47.4) kadın ve 200'ü (%52.6) erkek olmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması  $25.82 \pm 7.31$  ve yaş aralığı 18 ile 57 yaş bulunmuştur.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada katılımcılara, "Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu", "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)", "ORTO-11 Testi", "Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (FÇBMÖ)" ve "Yeme Tutumu Testi (YTT)" uygulanmıştır.

### 3.2.1. Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu

Araştırmada sosyodemografik ve diğer bilgilerin elde edilmesi adına, araştırmacının hazırladığı Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu ile örneklemin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi gibi bazı bilgileri istendiği gibi, ev alışverişinin kim tarafından ve nereden yapıldığı, gün içinde kaç öğün yenildiği, sağlıklı besin ile ilgili bilgilerin hangi kaynaktan edinildiği ve bu edinilen bilgilerin ne sıklıkla uygulandığı sorularını da yanıtlamaları istenmiştir. Yemek alışverişi ve benzeri sorular, ortorektik bireylerin özellikleri hakkında bilgi toplamak için eklenmiştir. Arusoğlu'nun 2006 yılında yapmış olduğu ORTO-15 ölçeği uyarlama çalışmasında kullandığı 'Bilgi Formu'ndaki sorulardan yararlanılmıştır. Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formuna EK B'de yer verilmiştir.

### 3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Ergen ve yetişkinlerde geriye dönük çocukluk çağı istismar ile ihmali konu alan bu ölçeği, Bernstein ve arkadaşları (1994) oluşturmuştur. Ölçeğin ilk hali 53 maddeden ve dört boyuttan oluşmaktadır (Bernstein ve ark., 1994). Daha sonra Bernstein ve arkadaşları (2003) tarafından ölçeğin 28 maddeden ve cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere beş alt boyuttan oluşan kısa formu geliştirilmiştir. Ölçeğin 28 maddesinden üç maddesi travmanın minimizasyonunu/inkarını ölçmektedir (Bernstein ve ark., 2003).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Vedat Şar tarafından ilk olarak 1996 yılında yapılmış ve ilk çevirisi yapıldıktan sonra maddelerin anlaşılır olup olmadığını incelemek için bir pilot çalışması yürütülmüş ve ölçeğe son şekli verilmiştir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). ÇÇTÖ'nin toplam puanları hesaplanırken olumlu ifadelerden (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar tersine (1 puan 5 puana ve 2 puan 4 puana döndürülerek) çevirilerek başlanmakta ve alt boyutlar 5-25 puanları ve ölçeğin toplamı da 25-125 puanları arasında yer almaktadır (Şar ve ark., 2012).

Ölçeğin uyarlamasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yürütülmüş, iç tutarlılık değeri olan Cronbach Alfa 0,93 ve Gruttman yarım test katsayısı da 0,97 bulunmuştur (Şar ve ark., 2012). Test-tekrar test analizi iki hafta ara ile yapılmış ve ölçeğin korelasyon katsayısı .90 ve alt boyutlar korelasyon katsayıları ise şöyle

bulunmuştur: Duygusal istismar ( $r=.90$ ,  $p<.001$ ), cinsel istismar ( $r=.73$ ,  $p<.001$ ), fiziksel istismar ( $r=.90$ ,  $p<.001$ ), duygusal ihmal ( $r=.85$ ,  $p<.001$ ), fiziksel ihmal ( $r=.77$ ,  $p<.001$ ), minimizasyon ( $r=.71$ ,  $p<.001$ ) (Şar ve ark., 2012). Ölçeğin kesim noktası için Türk örnekleme göre belirli bir düzey bilinmemekte olup, Şar ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, cinsel ve fiziksel istismar için beş puanın, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için yedi puanın, duygusal ihmal için 12 puanın aşılmasının gerektiği ve toplam puan için bu sınırın 35 puan dolaylarında olabileceği belirtilmektedir. ÇÇTÖ EK C’de yer almaktadır.

### 3.2.3. ORTO-11 Testi

Ortoreksiya nervoza ölçüm aracının ilk geliştirilmesi Bratman (2000) tarafından 10 soruluk ortoreksiya kendi kendini değerlendirme testi olarak oluşturulmuştur. Daha sonraları, Donni ve arkadaşları (2005) bu soru kağıdını geliştirerek “ORTO-15 Testi”ni oluşturmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış ve istatistiksel gücü yüksek maddeleri seçmeyi amaçladıklarından dört maddeyi eleyerek toplamda 11 madde ve “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler”, “besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları” ve “besin seçimi ve değeri” olmak üzere üç faktör belirlenmiştir. Yeni haliyle ORTO-11 Testi şeklinde kullanımı tercih edilmiş ve daha sonra tek faktör olarak değerlendirilmesinin daha uygun olacağı belirtilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008).

Testin Türkçe formunun iç tutarlılık analizinin değerlendirilmesinde 0,62 olarak bulunan Cronbach’s Alfa değeri 11 madde üzerinden hesaplanmış ve maddelerin toplam puanla korelasyon değerlerinin -0,5 ile 0,49 arasında değiştiği belirtilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Maddelerin değerlendirilmesi 4’lü Likert tipi ölçek ile yapılmakta ve ortorektik eğilimi gösteren yanıtlara bir puan ve normal yeme davranışı eğilimlerini gösteren yanıtlara dört puan verilmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ölçeğin son halinde “3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı” maddeler yer almakta, ters yönde puanlanan tek madde sekizinci madde olarak belirtilmekte ve toplam puan tüm maddelerin toplamı ile elde edilmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ölçekten düşük puanlar almak ortorektik eğilimlerin yüksek olduğunu

göstermektedir (Arusoğlu ve ark., 2008). Arusoğlu ve arkadaşları (2008) araştırmaların ORTO- 11 ölçeğinin tek faktörlü yapısı ile ele alınmasının daha doğru olacağını belirtmektedir. Bu nedenden dolayı bu araştırmada ORTO-11 ölçeği tek faktörlü olarak analize alınmıştır. ORTO-11 testine EK D’de yer verilmiştir.

#### **3.2.4. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (FÇBMÖ)**

Ölçeğin orijinali Frost ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Toplamda 35 maddeden oluşan ölçek altı boyutta ele alınmıştır. Frost ve arkadaşlarının (1990) edindikleri Cronbach Alfa değeri hata yapma endişesi alt boyutu için .88, kişisel standartlar alt boyutu için .83, ailesel beklentiler alt boyutu için .84, ailesel eleştiri alt boyutu için .84, yaptığından emin olamama alt boyutu için .77 ve düzen alt boyutu için .93 bulunmuştur.

Türkçeye uyarlaması ilk olarak Özbay ve Taşdemir (2003) tarafından yapılmış ve altı faktörlü yarı varyansın yaklaşık %48’ini açıkladığı ve faktör yüklerinin .30 değerinin üzerinde olduğu belirtilmiştir. Otuz beş maddenin iç tutarlılık değeri .83, testi yarılama güvenilirlik değeri .80 ve alt boyutlar iç tutarlılık değerleri de .63 - .87 arasında bulunduğu belirtilmiştir (Özbay ve Taşdemir, 2003). Kağan (2011) tarafından yapılan Türkçe formun psikometrik özellikleri çalışmasında, ölçeğin toplam puanları için iç tutarlılık katsayısı .91 ve alt boyutlar Cronbach Alfa değerleri .64 - .94 arasında bulunmuş ve iki hafta arayla yapılan test-tekrar test sınıf içi korelasyon değeri .82 ve alt boyutlar için de değerlerin .63 - .82 arasında olduğu belirtilmiştir. Yazar edindiği bulgulara dayanarak bu ölçeğin Türk örnekleminde mükemmeliyetçiliği değerlendirmek adına geçerli ve güvenilir bir psikometrik ölçüm aracı olduğunu ileri sürmüştür (Kağan, 2011).

Ölçeğin değerlendirilmesi 5’li Likert tipi ölçüm ile yapılmakta ve ölçekten alınabilecek puanlar 35 ve 175 aralığında değişim göstermektedir (Kağan, 2011). Türk örnekleminde bir kesme noktası hesaplanmamış ve toplam puanlardaki artış mükemmeliyetçilikteki artışa işaret etmektedir (Kağan, 2011). Ölçek EK E’de yer almaktadır.

### **3.2.5. Yeme Tutumu Testi (YTT)**

Ölçek orijinali Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya nervosa semptomlarını belirlemek için oluşturulan 40 maddelik kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Daha sonraları Garner ve arkadaşları (2009) ölçeğin 26 maddelik kısa formunu sunmuştur. Bu araştırmada Savaşır ve Erol (1989) tarafından yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçmek için Türkçeye uyarlanan 40 maddelik YTT kullanılmıştır. Savaşır ve Erol'un (1989) çalışmasında "diyet, zayıflıkla aşırı uğraş, sosyal baskı ve şişmanlık kaygısı" olmak üzere dört faktör belirlenmiş, fakat çoğu maddeler faktörlere yerleştirilememiştir. Öz-bildirim olan bu ölçeğinin yanıtlanması altı basamaklı Likert tipine göre yapılmaktadır (Savaşır ve Erol, 1989). Puanlanması da 'daima' yanıtlarına '3' puan, 'çok sık' yanıtlarına '2', 'sık sık' yanıtlarına '1' puan ve diğer yanıtlara '0' puan verilerek yapılmaktadır (Savaşır ve Erol, 1989). Ölçekte ters puanlanan maddeler 1., 5., 19., 23., 27. ve 39. unsurlardır. Buna göre ölçekten alınabilecek toplam puan için en düşük değer 0 ve en yüksek değer 120 puandır. Ölçekte alınan toplam puanın artması yeme tutumundaki bozulmalara işaret edebileceği şeklinde değerlendirilmektedir (Savaşır ve Erol, 1989). Testin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile .65 düzeyinde ve Kuder Richardson güvenilirliği .70 alfa değeri olarak elde edilmiştir (Savaşır ve Erol, 1989). Ölçeğe EK F'de yer verilmiştir.

### **3.3. Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının, ortorektik belirtiler, mükemmeliyetçilik ve yeme tutumu ile arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaya onay verenlere araştırmanın ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma formları online platformlardan katılımcılara iletilmiştir. Araştırma formları sırasıyla Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu, ÇÇTÖ, ORTO-11, FÇBMÖ ve YTT olarak uygulanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürmektedir.

### 3.4. Verilerin Analizi

Bu araştırmada, elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için istatistik programlarından Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 26.0) kullanılmıştır. Verilerin analizine başlamadan önce örneklem grubunun normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Normallik testi sonucu arpıklık ve Basıklık değerlerinin -2 ve +2 değerleri arasında olması ölçeklerin normal dağılım gösterdiğini belirtir (George ve Mallery, 2010). Normallik testi analizi sonucunda Yeme Tutumu Testi ile çocukluk ağı Travmaları leğinin örneklemde normal dağılım göstermediği bulunmuştur. YTT için arpıklık: 1.805 basıklık: 2.735, ORTO-11 için arpıklık: -.062 basıklık .0624, FÇBMÖ için arpıklık: .025 basıklık: -.199 ve T için ise arpıklık: .567 basıklık: 2.760 bulunmuştur. Uygulanan analizlerde %95 güvenirlik düzeyi esas alınmıştır. Normal dağılım gösteren ölçekler için parametrik testler ve normal dağılım göstermeyen ölçekler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin arasındaki farkın karşılaştırılmasında bağımsız iki grup için bağımsız örneklem t-testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Spearman ve Pearson korelasyon analizi ile ölçekler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık olarak  $p < .05$  alınmıştır. Korelasyon katsayısının referans değerleri; .29'dan kk ise zayıf; .30 ile .49 arasında ise orta; .50 ve üzeri ise yüksek düzeydir.

## BÖLÜM 4

### 4. BULGULAR

#### 4.1. Örneklemen Sosyodemografik ve Diğer Bilgileri

Araştırmaya 180'i kadın (%47.4) ve 200'ü (%52.6) erkek olmak üzere toplamda 380 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $25.82 \pm 7.31$  ve yaş aralığı 18-57'dir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması  $25.57 \pm 7.09$  ve erkek katılımcıların yaş ortalaması  $26.04 \pm 7.52$  bulunmuştur. Kadın katılımcılar ile erkek katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t=-.614$ ,  $p=.539$ ). Tablo 4.1.1'de örneklemin sosyodemografik ve diğer bilgileri verilmektedir. Tablo 4.1.2'de örneklemin beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgileri verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %12.1'inin evli olduğu ve %87.9'unun evli olmadığı gözlenmiştir. Bekar olan 227 katılımcı, romantik ilişkisi olan 90 katılımcı, sözlü veya nişanlı olan 10 katılımcı ile boşanmış veya dul olan yedi katılımcı halen evli değil kategorisini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin %12.9'unun eğitim durumlarının lise ve altı olduğu ve %87.1'inin eğitim durumlarının üniversite ve üzeri olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların maddi durumlarının %22.6'inin düşük, %63.9'unun orta, %13.4'ünün yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %96.6'sının annesinin hayatta olduğu ve %3.4'ünün annesinin hayatta olmadığı; %90'ının babasının hayatta olduğu ve %10'unun babasının hayatta olmadığı gözlenmektedir. Katılımcılara çocuklukların bakım verenlerin kim oldukları sorulduğunda; %80.7'sinin annesi, %13.3'ünün diğer kendi aile üyelerinden birinin ve %6'sının kreş ve bakıcı tarafından bakım verildiği görülmektedir. Bakım vereni anneanne veya babaanne olan 38 katılımcı, bakım vereni kardeşleri olan yedi katılımcı, bakım vereni babası olan üç katılımcı ve bakım vereni halası olan iki katılımcı kendi aile üyeleri kategorisini oluşturmaktadır.

Tablo 4.1.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Diğer Bilgileri

		Ortalama±SS	
Yaş		25.82±7.31	
	Kadın	25.57±7.09	
	Erkek	26.04±7.52	
		Kişi sayısı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet			
	Kadın	180	47.4
	Erkek	200	52.6
Medeni Durum			
	Evli	46	12.1
	Evli değil	334	87.9
Eğitim Durumu			
	Lise ve altı	49	12.9
	Üniversite ve üzeri	331	87.1
Maddi Durum			
	Düşük	86	22.6
	Orta	243	63.9
	Yüksek	51	13.4
Annesi Hayatta			
	Olan	367	96.6
	Olmayan	13	3.4
Babası Hayatta			
	Olan	342	90
	Olmayan	38	10
Çocukluğunda Bakım Veren			
	Anne	309	81.3
	Kendi Aile Üyeleri	50	13.2
	Kreş ve Bakıcı	21	5.5



Tablo 4.1.2. Örneklemin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Bilgileri

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Ev Alışverişini Yapan Kişi</b>		
Kendisi	79	20.8
Diğer	301	79.2
<b>Ev Alışverişi Kaynağı</b>		
Organik Market	7	1.8
Pazar	105	27.6
Market/Süpermarket	260	68.4
Hepsi	8	2.1
<b>Gün İçinde Yenilen Öğün Sayısı</b>		
3 öğünden az	124	32.6
3 öğün	190	50
3 öğünden fazla	66	17.4
<b>Sağlıklı Besin Bilgileri Kaynağı</b>		
Sosyal Çevre	80	21.1
Tıbbi Bilimsel Kaynaklar	81	21.3
Medya	219	57.6
<b>Edinilen Bilgiyi Uygulama</b>		
Hiçbir zaman	36	9.5
Nadiren	197	51.8
Sık sık	115	30.3
Her zaman	32	8.4

Tablo 4.1.2’de görüldüğü gibi örneklemin %20.8’inin market alışverişi kişinin kendisi tarafından yapılmakta; %79.2’sinin market alışverişi kişinin kendisinden başka birisi tarafından yapılmaktadır. Örneklemin %1.8’i ev alışverişlerini organik marketlerden, %27.6’sı pazarlardan, %68.4’ü market/süpermarketlerden ve %2.1’i hepsinden de yapmaktadır. Örneklemin %32.6’sı gün içinde 3 öğünden az beslenmekte; %50’si 3 öğün beslenmekte; ve %17.4’ü 3 öğünden fazla beslenmektedir. Örneklemin %21.1’i sağlıklı besinler hakkındaki bilgileri sosyal çevrelerinden edinmekte; %21.3’ü tıbbi bilimsel kaynaklardan edinmekte; ve %57.6’sı medyadan edinmektedir. Örneklemin %9.5’i edinilen

bilgileri hiçbir zaman uygulamamakta; %51.8'i nadiren uygulamakta; %30.3'ü sık sık uygulamakta; ve %8.4'ü her zaman kullanmaktadır.

#### 4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi ve Betimleyici İstatistikleri

Güvenirlik analizi yöntemlerinden Cronbach's Alpha yöntemi ölçekte kullanılan maddelerin tamamına uygulanmıştır. Bu yöntem ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Ölçekte yer alan soruların varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunur. 0 ile 1 arasında alınan değerler .60-.80 arasında ise oldukça güvenilir; .80-1.00 arasında ise yüksek güvenilirlikte olarak değerlendirilir. Ölçekte yer alan maddelerin korelasyonları eğer .20'nin altında ise o maddeler güvenilirlik analizinde yer almazlar. Buna göre ÇÇTÖ, ORTO-11 Testi, FÇBMÖ ve YTT için yapılan güvenilirlik analizinden elde edilen değerler Tablo 4.2.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi

	Cronbach Alfa	Madde Sayısı
ÇÇTÖ	.917	25
ORTO-11	.722	11
FÇBMÖ	.953	35
YTT	.947	40

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; YTT: Yeme Tutumu Testi

Ölçeklerin güvenilirlik katsayıları ÇÇTÖ için .917, ORTO-11 Testi için .722, FÇBMÖ için .953 ve YTT için .947 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre uygulanan ölçeklerin güvenilirliklerinin oldukça iyi olduğu söylenebilir. Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin ve alt boyutların betimleyici istatistiklerine de Tablo 4.2.2'de yer verilmiştir.

Tablo 4.2.2. Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri (n=380)

	Ortalama±SS	Puan Aralığı
<b>ÇÇTÖ-Toplam</b>	37.53±12.86	25-125
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	6.86±3.03	5-25
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	5.99±2.74	5-25
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	7.57±2.96	5-25
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	11.02±5.49	5-25
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	6.07±2.92	5-25
<b>ORTO-11</b>	25.27±5.16	11-44
<b>FÇBMÖ-Toplam</b>	95.16±27.69	35-175
FÇBMÖ-Hata Yapma Endişesi	19.61±7.63	8-40
FÇBMÖ-Kişisel Standartlar	22.61±7.17	8-40
FÇBMÖ-Ailesel Beklentiler	13.47±5.28	5-25
FÇBMÖ-Ailesel Eleştiri	8.37±3.85	4-20
FÇBMÖ-Yaptığından Emin Olamama	9.8±3.97	4-20
FÇBMÖ-Düzen	21.28±7.13	6-30
<b>YTT</b>	23.22±22.26	0-120

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; YTT: Yeme Tutumu Testi

### 4.3. Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Bilgilere Göre İncelenmesi

Örneklem grubunun cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu ve maddi durumu değişkenlerine göre ölçek puanları ile olan ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca ortorektik belirtilerin örneklemin beslenme alışkanlıklarına göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Sosyodemografik verilere göre ölçek puanlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösteren ölçekler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen ölçekler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

ÇÇTÖ ve alt boyutları ile YTT puanlarının örneklemin cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum değişkenlerine göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmış ve elde edilen bulgulara Tablo 4.3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutları ile Yeme Tutumu Testinin Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Cinsiyet	ÇÇTÖ- Toplam		ÇÇTÖ- Duygusal İstismar		ÇÇTÖ- Fiziksel İstismar		ÇÇTÖ- Fiziksel İhmal		ÇÇTÖ- Duygusal İhmal		ÇÇTÖ- Cinsel İstismar		YTT	
	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Sıra Ort.	Sıra Toplamı
Kadın (n=180)	165.81	29845	186.01	33481	176.15	31706.5	159.98	28796	163.79	29482	182.24	32802.5	199.69	35943,5
Erkek (n=200)	212.73	29845	194.55	38909	203.42	40683.5	217.97	43594	217.97	42908	197.94	39587.5	182.73	36446,5
	U=13555		U=17191		U=15416.5		U=12506		U=13192		U=16512.5		U=16346.5	
	p=.000***		p=.417		p=.001**		p=.000***		p=.000***		p=.055		p=.122	
Medeni Durum														
Evli (n=46)	232.26	10684	207.38	9539.5	216.99	9981.5	226.78	10432	226.55	10421.5	224.89	10345	201.2	9255
Evli değil (n=334)	184.75	61706	188.18	62850.5	186.85	62408.5	185.5	61958	185.53	61968.5	185.76	62045	189.03	63135
	U=5761		U=6905.5		U=6463.5		U=6013		U=6023.5		U=6100		U=7190	
	p=.005**		p=.233		p=.017*		p=.014*		p=.017*		p=.002*		p=.481	
Eğitim Durumu														
Lise ve altı (n=49)	235.12	11521	214.09	10490.5	209.95	10287.5	220.89	11264.5	233.1	11422	221.04	10345	178.17	8730.5
Üniv. ve üzeri (n=331)	183.89	60869	187.01	61899.5	187.62	62102.5	184.67	61125.5	184.19	60968	185.98	62045	192.32	63659.5
	U=5923		U=6953.5		U=7156.5		U=6179.5		U=6022		U=6613		U=7505.5	
	p=.002*		p=.084		p=.069		p=.006**		p=.003**		p=.004**		p=.400	

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; YTT: Yeme Tutumu Testi

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi, örneklem grubunun ÇÇTÖ toplam puanları kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir,  $U=13555$ ,  $p=.000$ . Sıra ortalamaları dikkate alındığında, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre ÇÇTÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. ÇÇTÖ alt boyutlarından Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal puanlarının da cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir, sırasıyla  $U=15416.5$ ,  $p=.001$ ;  $U=12506$ ,  $p=.000$ ;  $U=13192$   $p=.000$ . Sıra ortalamaları dikkate alındığında erkek katılımcıların Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal puanlarının kadın katılımcılara oranla daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Duygusal İstismar ve Cinsel İstismar puanları kadın veya erkek katılımcılara göre farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $U=17191$ ,  $p=.417$ ;  $U=16512.5$ ,  $p=.055$ .

ÇÇTÖ toplam puanının ve alt boyutlardan Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar puanları medeni duruma göre anlamlı farklılıklar göstermektedir, sırasıyla:  $U=5761$ ,  $p=.005$ ;  $U=6463.5$ ,  $p=.017$ ;  $U=6013$ ,  $p=.014$ ;  $U=6023.5$ ,  $p=.017$ ;  $U=6100$ ,  $p=.002$ . Sıra ortalamaları dikkate alındığında, halen evli olan katılımcıların halen evli olmayan katılımcılara göre ÇÇTÖ toplam ve alt boyutlar Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İstismar puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur,  $U=6905.5$ ,  $p=.481$ .

ÇÇTÖ toplam puanı ve alt boyutlar Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar puanları eğitim durumuna göre anlamlı bir fark göstermektedir, sırasıyla:  $U=5923$ ,  $p=.002$ ;  $U=6179.5$ ,  $p=.006$ ;  $U=6022$ ,  $p=.003$ ;  $U=6613$ ,  $p=.004$ . Sıra ortalamaları dikkate alındığında lise ve altı grubundaki katılımcıların üniversite ve üzeri grubundaki katılımcılara göre ÇÇTÖ toplam puanının ve alt boyutlar Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. ÇÇTÖ alt boyutlarından Duygusal İstismar ve Fiziksel İstismar puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir fark göstermemektedir, sırasıyla:  $U=6953.5$ ,  $p=.084$ ;  $U=7156.5$ ,  $p=.069$ .

Örneklemin YTT puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir,  $U=16346.5$ ,  $p=.122$ . Ayrıca YTT puanları medeni duruma ve

eğitim durumuna göre de anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $U=7190$ ,  $p=.481$ ;  $U=7505.5$ ,  $p=.400$ .

ÇÇTÖ ve alt boyutları ile YTT puanlarının örneklemin maddi durum düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi uygulanmış ve elde edilen bulgulara Tablo 4.3.2’de yer verilmiştir.

Tablo 4.3.2. Çocukluk ağı Travmaları leği ve Alt Boyutları ile Yeme Tutumu Testinin Maddi Duruma Göre İncelenmesi

	Maddi Durum	Sıra Ortalaması	df	X <sup>2</sup>	p
<b>ÇÇTÖ-Toplam</b>					
	Düşük (n=86)	205.4	2	2.766	.239
	Orta (n=2431)	188.79			
	Yüksek (n=51)	173.53			
<b>ÇÇTÖ-Duygusal İstismar</b>					
	Düşük (n=86)	201.81	2	1.403	.496
	Orta (n=2431)	187.78			
	Yüksek (n=51)	184.4			
<b>ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar</b>					
	Düşük (n=86)	200.52	2	1.926	.382
	Orta (n=2431)	186.65			
	Yüksek (n=51)	191.96			
<b>ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal</b>					
	Düşük (n=86)	198.87	2	.813	.666
	Orta (n=2431)	187.03			
	Yüksek (n=51)	192.89			
<b>ÇÇTÖ-Duygusal İhmal</b>					
	Düşük (n=86)	193.9	2	3.374	.185
	Orta (n=2431)	194.79			
	Yüksek (n=51)	164.34			
<b>ÇÇTÖ-Cinsel İstismar</b>					
	Düşük (n=86)	206	2	4.211	.122
	Orta (n=2431)	186.2			
	Yüksek (n=51)	184.87			
<b>YTT</b>					
	Düşük (n=86)	184.19	2	2.911	.233
	Orta (n=2431)	187.67			
	Yüksek (n=51)	214.64			

ÇÇTÖ: Çocukluk ağı Travmaları leği; YTT: Yeme Tutumu Testi

\* $p<.05$ : istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.3.2’de görüldüğü gibi örneklemin ÇÇTÖ toplam ve alt boyutlar Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar puanları maddi duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $X^2(2)=2.766$ ,  $p=.239$ ;  $X^2(2)=1.403$ ,  $p=.496$ ;  $X^2(2)=1.926$ ,  $p=.382$ ;  $X^2(2)=.813$ ,  $p=.666$ ;  $X^2(2)=3.374$ ,  $p=.185$ ;  $X^2(2)=4.211$ ,  $p=.122$ .

Örneklemin Yeme Tutumu Testi puanları maddi duruma göre anlamlı bir fark göstermemektedir,  $X^2(2)=2.911$ ,  $p=.233$ .

ORTO-11 Testi ile FÇBMÖ ve alt boyutlar puanlarının cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara Tablo 4.3.3.’te yer verilmiştir.

Tablo 4.3.3. ORTO-11 ile Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Alt Boyutların Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

	ORTO-11	FÇBMÖ- Toplam	FÇBMÖ- Hata Yapma Endişesi	FÇBMÖ- Kişisel Standartlar	FÇBMÖ- Ailesel Beklentiler	FÇBMÖ- Ailesel Eleştiri	FÇBMÖ- Yaptığından Emin Olamama	FÇBMÖ- Düzen
Cinsiyet	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Kadın (n=180)	25.26±4.66	97.06±26.36	19.91±7.82	22.99±6.84	13.62±5.49	8.11±3.8	9.77±4.14	22.66±6.44
Erkek (n=200)	25.30±5.58	93.46±28.78	19.35±7.46	22.27±7.45	13.35±5.08	8.6±3.89	9.83±3.83	20.1±7.51
	t= -.64 p=.949	t=1.268 p=.205	t=.715 p=.475	t=.975 p=.330	t=.510 p=.610	t= -1.221 p=.223	t= -.155 p=.205	t=3.596 p=.000***
<b>Medeni Durum</b>								
Evli (n=46)	26.09±5.36	93.57±28.55	19.98±8.57	22.07±7.29	12.37±5.09	8.09±3.53	10.07±4.05	21.04±7.39
Evli değil (n=334)	25.17±5.13	95.38±27.61	19.57±7.51	22.69±7.16	13.63±5.29	8.4±3.9	9.76±3.97	21.32±7.1
	t=1.132 p=.258	t= -.417 p=.677	t=.343 p=.732	t= -.549 p=.583	t= -1.579 p=.115	t= -.533 p=.595	t=.482 p=.630	t= -.249 p=.803
<b>Eğitim Durumu</b>								
Lise ve altı (n=49)	24.80±6.67	97.10±30.85	20.59±8.11	23.06±7.84	13.71±5.06	9.29±4.41	10.63±54.01	19.82±7.44
Üniv. ve üzeri (n=331)	25.35±4.91	94.88±27.23	19.47±7.46	22.54±7.08	13.44±5.31	8.24±3.75	9.68±3.96	21.51±7.07
	t=.701 p=.484	t= -.525 p=.600	t= -.959 p=.338	t= -.471 p=.638	t= -.338 p=.736	t= -1.582 p=.119	t= -1.573 p=.117	t=1.551 p=.122

ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001: istatistiksel olarak anlamlı



Tablo 4.3.3'te görüldüğü gibi ortorektik belirtiler cinsiyete, medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.64, p=.949$ ;  $t(378)=1.132, p=.258$ ;  $t(378)=.701, p=.484$ .

Tablo 4.3.3'te görüldüğü gibi FÇBMÖ alt boyutu Düzen puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur,  $t(378)=3.596, p=.000$ . Ortalamalara bakıldığında kadın katılımcıların (ort.=22.6, ss=6.44) Düzen alt boyut puanları erkek katılımcılara (ort.=20.1, ss= 7.51) göre daha fazladır. FÇBMÖ toplam puanının ve alt boyutlarından Hata Yapımda Endişesi, Kişisel Standartlar, Ailesel Beklentiler, Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir:  $t(378)=1.268, p=.205$ ;  $t(378)=.715, p=.475$ ;  $t(378)=.975, p=.33$ ;  $t(378)=.510, p=.61$ ;  $t(378)=-1.221, p=.223$ ;  $t(378)=-.155, p=.205$ .

Örneklemin FÇBMÖ toplam puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.417, p=.677$ ;  $t(378)=-.525, p=.60$ .

Örneklemin FÇBMÖ alt boyutlarından Hata Yapımda Endişesi puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=.343, p=.732$ ;  $t(378)=-.959, p=.338$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Kişisel Standartlar puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.549, p=.583$ ;  $t(378)=-.471, p=.638$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Ailesel Beklentiler puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-1.579, p=.115$ ;  $t(378)=-.338, p=.736$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Ailesel Eleştiri puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.533, p=.595$ ;  $t(378)=-1.582, p=.119$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Yaptığından Emin Olamama puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=.482, p=.63$ ;  $t(378)=-1.573, p=.117$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Düzen puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.249$ ,  $p=.803$ ,  $t(378)=1.551$ ,  $p=.122$ .

ORTO-11 ile FÇBMÖ ve alt boyutların maddi duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için ANOVA analizi yapılmış ve elde edilen bulgulara Tablo 4.3.4'te yer verilmiştir.

Tablo 4.3.4. ORTO-11 ile Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Alt Boyutların Maddi Duruma Göre İncelenmesi

	Maddi Durum			F(2,377)	p
	Düşük (n=86)	Orta (n=243)	Yüksek (n=51)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
ORTO-11	25.69±5.34	25.13±5.19	25.23±4.75	.371	.690
FÇBMÖ-Toplam	99.83±26.35	94.15±26.80	92.07±33.21	1.708	.183
FÇBMÖ-Hata Yapma Endişesi	20.55±7.18	19.39±7.54	19.07±8.75	.882	.415
FÇBMÖ-Kişisel Standartlar	23.44±7.02	22.17±6.74	23.29±9.14	1.263	.284
FÇBMÖ-Ailesel Beklentiler	14.41±5.41	13.19±5.00	13.21±6.19	1.777	.171
FÇBMÖ-Ailesel Eleştirisi	9.05±3.89	8.30±3.80	7.50±3.88	2.693	.069
FÇBMÖ-Yaptığından Emin Olamama	10.55±3.77	9.83±3.95	8.33±4.13	5.148	.006**
FÇBMÖ-Düzen	21.80±6.16	21.24±7.08	20.64±8.80	.433	.649

ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği  
\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  : istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.3.4'te görüldüğü gibi örneklemin ORTO-11 testinden almış oldukları puanların maddi duruma göre bir fark göstermediği anlaşılmaktadır  $F(2,379)=.371$ ,  $p=.69$ .

FÇBMÖ alt boyutlarından Yaptığından Emin Olamama puanı maddi duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir,  $F(2,377)=5.148$ ;  $p=.006$ . Maddi durum

düzeylerindeki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyanslar homojen dağılım ( $p=.696$ ) gösterdiği için post-hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre Yaptığından Emin Olamama alt boyutu puanlarında maddi durumu düşük düzey olan grup (ort.=21.80, ss=6.16) ile yüksek düzey olan grup (ort.=20.64, ss=8.8) arasında düşük düzey olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p=.006$ ). Maddi durumu orta düzey olan grup (ort.=21.24, ss=7.08) ile yüksek düzey olan grup arasında orta düzey olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p=.047$ ). Buna göre, maddi durumu yüksek düzey olan katılımcıların düşük düzey ve orta düzey olan katılımcılara oranla Yaptığından Emin Olamama puanları daha düşüktür.

FÇBMÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar Hata Yapma Endişesi, Kişisel Standartlar, Ailese Beklentiler, Ailesel Eleştiri, Yaptığından Emin Olamama puanları maddi duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, sırasıyla:  $F(2,377)=1.708$ ,  $p=.183$ ;  $F(2,377)=.882$ ,  $p=.415$ ;  $F(2,377)=1.263$ ,  $p=.284$ ;  $F(2,377)=1.777$ ,  $p=.171$ ;  $F(2,377)=2.693$ ,  $p=.06$ ;  $F(2,377)=.433$ ,  $p=.649$ .

#### **4.3.1. ORTO-11 Testi Puanlarının Örneklem Beslenme Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi**

Ortorektik belirti düzeylerinin beslenme alışkanlıklarına göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem için t-testi ve ikiden fazla gruplar için ANOVA analizi yapılmıştır. Tablo 4.3.1.1’de örneklem ORTO-11 Testinden almış oldukları puanların örneklem beslenme ile ilgili alışkanlıklarına göre incelenmesine yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1.1. ORTO-11 Testinin Örneklemin Beslenme Alışkanlıkları Bilgilerine Göre İncelenmesi

	Ortalama±SS	df	t	p
<b>Ev Alışverişini Yapan Kişi</b>				
Kendisi (n=79)	25.26±4.90	378	-.221	.825
Diğer (n=301)	25.31±5.24			
<b>Ev Alışverişi Kaynağı</b>				
	Ortalama±SS	F(3,376)		p
Organik Market (n=7)	22.00±5.35	1.018		.384
Pazar (n=105)	25.51±5.30			
Market/Süpermarket (n=260)	25.26±5.14			
Hepsi (n=8)	25.50±3.07			
<b>Gün İçinde Yenilen Öğün Sayısı</b>				
	Ortalama±SS	F(2,377)		p
3 öğünden az (n=124)	25.54±5.25	.404		.668
3 öğün (n=190)	25.26±4.98			
3 öğünden fazla (n=66)	24.83±5.55			
<b>Sağlıklı Besin Bilgileri Kaynağı</b>				
	Ortalama±SS	F(2,377)		p
Sosyal Çevre (n=80)	27.38±4.75	12.903		.000***
Tıbbi Bilimsel Kaynaklar (n=81)	23.38±5.70			
Medya (n=219)	25.21±4.82			
<b>Edinilen Bilgiyi Uygulama</b>				
	Ortalama±SS	F(3,376)		p
Hiçbir zaman (n=36)	27.13±5.45	6.813		.000***
Nadiren (n=197)	25.78±5.01			
Sık Sık (n=115)	24.68±5.07			
Her zaman (n=32)	22.18±4.70			

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.3.1.1’de görüldüğü gibi ORTO-11 testinden alınan puanlar ev alışverişini yapan kişi, ev alışveriş kaynağı ve gün içinde yenilen öğün sayısı değişkenlerine göre anlamlı bir fark göstermemektedir, sırasıyla:  $t(378)=-.221$ ,  $p>.05$ ;  $F(3,376)=1.018$ ,  $p=.384$ ;  $F(2,377)=.404$ ,  $p=.668$ .

ORTO-11 testinden alınan puanlar sağlıklı besin bilgileri kaynağına göre anlamlı bir fark göstermektedir  $F(2,377)=12,903$ ,  $p=.000$ . Farkın hangi gruplar

arasında olduğunu belirlemek amacıyla öncelikle varyansların homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir ( $p=.213$ ). Post-hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Sosyal çevreden bilgi alan katılımcıların (ort.=27.38, ss=4.75), tıbbi bilimsel kaynaklardan (ort.=23.38, ss=5.70) ve medyadan bilgi alan katılımcılara oranla (ort.=25.21, ss=4.82) ORTO-11 testi puanları daha yüksektir, sırasıyla:  $p=.000$ ,  $p=.004$ . Tıbbi bilimsel kaynaklardan bilgi alan katılımcıların da medyadan bilgi alan katılımcılara oranla daha yüksektir,  $p=.02$ . Buna göre ORTO-11 testi puanları en yüksek olan grup sosyal çevre daha sonra medya ve son olarak tıbbi bilimsel kaynaklardır.

ORTO-11 testinden alınan puanlar edinilen bilgiyi uygulama değişkenine göre anlamlı fark göstermektedir  $F(3,376)=6.813$ ,  $p=.000$ . Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla öncelikle varyansların homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir ( $p=.932$ ). Post-hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre edinilen bilgiyi hiçbir zaman uygulamayan grup ile her zaman uygulan grup arasında hiçbir zaman uygulamayan grup lehine anlamlı fark bulunmuştur ( $p=.001$ ). Ayrıca edinilen bilgiyi nadiren uygulayan grup ile her zaman uygulayan grup arasında nadiren uygulayan grup lehine anlamlı fark bulunmuştur ( $p=.003$ ). Buna karşın, diğer grup kıyaslamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>.05$ ).

#### **4.4. Örneklemin Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Ölçek puanlarının birbirleri ve yaş ile arasında korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Normal dağılım gösteren ölçekler için Pearson korelasyon analizi ve normal dağılım göstermeyen ölçekler için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Spearman korelasyon analizinden elde edilen bulgular Tablo 4.4.1’de ve Pearson korelasyon analizinden elde edilen bulgular Tablo 4.4.2’de verilmektedir.

Tablo 4.4.1. Değişkenler Arası Spearman Korelasyon Analizinin İncelenmesi

Ölçek Adı	1	2	3	4	5	6	7
<b>1.ÇÇTÖ-Toplam</b>	-						
2.ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	.676***	-					
3.ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	.565***	.593***	-				
4.ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	.816***	.419***	.441***	-			
5.ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	.874***	.419***	.322***	.671***	-		
6.ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	.470***	.477***	.500***	.327***	.244***	-	
7.YTT	.219***	.116*	.164**	.216***	.178**	.161**	-
<b>8.ORTO-11</b>	-.072	-.029	.049	-.083	-.065	.056	-.352***
<b>9.FÇBMÖ-Toplam</b>	.075	.179***	.066	-.006	.011	.003	-.055
10.FÇBMÖ-Hata Yapma Endişesi	.167**	.221***	.130*	.076	.099	.099	-.027
11.FÇBMÖ-Kişisel Standartlar	-.240	.073	.004	-.055	-.078	-.029	-.069
12.FÇBMÖ-Ailesel Beklentiler	.070	.184***	.081	.004	.017	-.026	-.061
13.FÇBMÖ-Ailesel Eleştiri	.384***	.424***	.233***	.222***	.322***	.146**	-.027
14.FÇBMÖ-Yaptığından Emin Olamama	.182***	.189***	.141**	.063	.141**	.092	-.060
15.FÇBMÖ-Düzen	-.330***	-.122*	-.174**	-.311***	-.348***	-.181***	-.076
<b>16.Yaş</b>	.128*	.065	.141**	.157**	.096	.156**	.046

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; YTT: Yeme Tutumu Testi; ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

\*p<.05 \*\*p<.01 p<.001\*\*\*; istatistiksel olarak anlamlı

Birinci hipotezi test etmek için, ÇÇTÖ normal dağılım göstermediğinden, Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 4.4.1’de görüldüğü gibi ÇÇTÖ toplam ve alt boyutlar Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar ile YTT arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, sırasıyla: Spearman rho=.219, p=.000; Spearman rho=.116, p=.023; Spearman rho=.164, p=.001, Spearman rho=.216, p=.000; Spearman rho=.178, p=.001; Spearman rho=.161, p=.002. Bu sonuca göre çocukluk çağı travma toplam ve alt boyutların düzeyleri arttıkça, yeme tutumunda da bozulmaların arttığı gözlenmektedir.

ÇÇTÖ toplam ve alt boyutlar Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar ile ORTO-11 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, sırasıyla: Spearman rho=-.072, p>.05; Spearman

rho=-.029, p>.05; Spearman rho=.049, p>.05; Spearman rho=-.083, p>.05; Spearman rho=-.065, p>.05; Spearman rho=.056, p>.05.

ÇÇTÖ toplam ile FÇBMÖ alt boyutları Hata Yapma Endişesi, Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır, sırasıyla: Spearman rho=.167, p=.001; Spearman rho=.384, p=.000; Spearman rho=.182, p=.000. ÇÇTÖ ile FÇBMÖ alt boyutlarından Düzen arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Spearman rho=-.330, p=.000). Buna göre örneklemin ÇÇTÖ toplam puanları arttıkça, mükemmeliyetçilik alt boyutları Hata Yapma Endişesi, Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama puanları da artmakta; Düzen alt boyutu puanları da azalmaktadır. ÇÇTÖ toplam ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutlarından Kişisel Standartlar ve Ailesel Beklentiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır, sırasıyla: Spearman rho=.075, p=.146; Spearman rho=-.024, p=.644; Spearman rho=.07, p=.172.

ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İstismar ile FÇBMÖ ve alt boyutlar Hata Yapma Endişesi, Ailesel Beklentiler, Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, sırasıyla; Spearman rho=.179, p=.000; Spearman rho=.221, p=.000; Spearman rho=.184, p=.000; Spearman rho=.424, p=.000; Spearman rho=.189, p=.000. ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İstismar ile FÇBMÖ alt boyutu Düzen ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Spearman rho=-.122, p=.018). ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İstismar ile FÇBMÖ alt boyutu Kişisel Standartlar arasında anlamlı ilişki yoktur, Spearman rho=.073, p=.154.

ÇÇTÖ alt boyutu Fiziksel İstismar ile FÇBMÖ alt boyutları Hata Yapma Endişesi, Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, sırasıyla: Spearman rho=.130, p=.011; Spearman rho=.233, p=.000; Spearman rho=.141, p=.006. ÇÇTÖ alt boyutu Fiziksel İstismar ile FÇBMÖ alt boyutu Düzen ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır, Spearman rho=-.174, p=.001. ÇÇTÖ alt boyutu Fiziksel İstismar ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutlarından Kişisel Standartlar ve Ailesel Beklentiler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir, sırasıyla: Spearman rho=.066, p=.201; Spearman rho=.004, p=.938; Spearman rho=.081, p=.116.

ÇÇTÖ alt boyutu Fiziksel İhmal ile FÇBMÖ alt boyutu Ailesel Eleştiri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (Spearman rho=.222, p=.000) varken; FÇBMÖ alt boyutu Düzen ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Spearman rho=-.311, p=.000). ÇÇTÖ alt boyutu Fiziksel İhmal ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutlarından Hata Yapma Endişesi, Kişisel Standartlar, Ailesel Beklentiler ve Yaptığından Emin Olamama arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır, sırasıyla: Spearman rho=-.006, p=.907; Spearman rho=.076, p=.139, Spearman rho=-.055, p=.287; Spearman rho=.004, p=.941; Spearman rho=.063, p=.217.

ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İhmal ile FÇBMÖ alt boyutları Ailesel Eleştiri ve Yaptığından Emin Olamama ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, sırasıyla: Spearman rho=.322, p=.000; Spearman rho=.141, p=.006. ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İhmal ile FÇBMÖ alt boyutu Düzen ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır, Spearman rho=-.348, p=.000. ÇÇTÖ alt boyutu Duygusal İhmal ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutlarından Hata Yapma Endişesi, Kişisel Standartlar ve Ailesel Beklentiler arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir, sırasıyla: Spearman rho=.011, p=.825; Spearman rho=.099, p=.055; Spearman rho=-.078, p=.129; Spearman rho=.017, p=.747.

ÇÇTÖ alt boyutu Cinsel İstismar ile FÇBMÖ alt boyutu Ailesel Eleştiri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (Spearman rho=.146, p=.004) varken; FÇBMÖ alt boyutu Düzen ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Spearman rho=-.181, p=.000). ÇÇTÖ alt boyutu Cinsel İstismar ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutlarından Hata Yapma Endişesi, Kişisel Standartlar, Ailesel Beklentiler ve Yaptığından Emin Olamama arasında anlamlı ilişki yoktur, sırasıyla: Spearman rho=.003, p=.95; Spearman rho=.099, p=.054; Spearman rho=-.029, p=.572; Spearman rho=-.026, p=.616; Spearman rho=.092, p=.075.

ÇÇTÖ ve alt boyutlar Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Cinsel İstismar ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, sırasıyla: Spearman rho=.218, p=.013; Spearman rho=.141, p=.006; Spearman rho=.157, p=.002; Spearman rho=.156, p=.002.

Üçüncü hipotezi test etmek için, YTT normal dağılım göstermediğinden, Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. YTT ile ORTO-11 arasında negatif yönde



anlamli bir iliŒki vardir, Spearman rho= -.352, p=.000. ORTO-11 testi ters puanlanan bir ölçek olduğundan bu sonuca göre, ortorektik belirti düzeyleri arttikça yeme tutumunda da bozulmaların arttiğı gözlenmiŒtir.

Örneklemin YTT puanları ile yaŒ arasında anlamli bir iliŒki bulunmamaktadır, Spearman rho=.046, p=.366.

Tablo 4.4.2. DeđiŒkenler Arası Pearson Korelasyon Analizinin İncelenmesi

Ölçek Adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1.ORTO-11</b>	-								
<b>2.FÇBMÖ-Toplam</b>	.151**	-							
3.FÇBMÖ-Hata Yapma EndiŒesi	.131*	.886**	-						
4.FÇBMÖ-KiŒisel Standartlar	.127*	.897**	.771**	-					
5.FÇBMÖ-Ailesel Beklentiler	.115*	.777**	.602**	.627**	-				
6.FÇBMÖ-Ailesel EleŒtiri	.114*	.682**	.634**	.467**	.657**	-			
7.FÇBMÖ-Yaptığından Emin Olamama	.106*	.791**	.748**	.630**	.557**	.602**	-		
8.FÇBMÖ-Düzen	.115*	.647**	.387**	.583**	.334**	.137**	.341**	-	
<b>9.YaŒ</b>	.059	-.077	-.022	-.075	-.083	-.053	-.08	-.063	-

ORTO-11: ORTO-11 Testi; FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği  
\*p<.05 \*\*p<.01 p<.001\*\*\*; istatistiksel olarak anlamli

İkinci hipotezi test etmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıŒ ve Tablo 4.4.2’de görüldüğü gibi, ORTO-11 testi ile FÇBMÖ toplam ve alt boyutları Hata Yapma EndiŒesi, KiŒisel Standartlar, Ailesel Beklentiler, Ailesel EleŒtiri, Yaptığından Emin Olamama ve Düzen arasında pozitif yönde anlamli iliŒkiler bulunmuŒtur, sırasıyla: r=.151, p=.00; r=.131, p=.011; r=.127, p=.013; r=.115; p=.025; r=.114, p=.026; r=.106, p=.039; r=0,115, p=.025. Buna göre, örneklemin ORTO-11 testi puanları arttikça, mükemmeliyetçilik toplam ve alt boyutları puanları da artmaktadır.

Örneklemin ORTO-11 puanları ile yaŒ arasında anlamli bir iliŒki bulunmamaktadır, r=.059, p=.25.

Örneklemin FÇBMÖ toplam ve alt boyutları Hata Yapma Endişesi, Kişisel Standartlar, Ailesel Beklentiler, Ailesel Eleştiri, Yaptığından Emin Olamama ve Düzen puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki yoktur, sırasıyla:  $r=-.077$ ,  $p=.136$ ;  $r=-.022$ ,  $p=.669$ ;  $r=-.075$ ,  $p=.143$ ;  $r=-.083$ ,  $p=.104$ ;  $r=-.053$ ,  $p=.301$ ;  $r=-.08$ ,  $p=.12$ ;  $r=-.063$ ,  $p=.221$ .

## BÖLÜM 5

### 5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan bireylerde çocukluk çağı travma, mükemmeliyetçilik, ortorektik belirti ve yeme tutumu düzeyleri ölçülerek, bu değişkenlerin cinsiyete, medeni duruma, maddi duruma ve yaşa göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş; ayrıca bireylerin ortorektik belirti düzeyleri ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki de incelenmiştir. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalı olarak yapılmıştır. Araştırmaya toplamda 427 kişi katılmış ancak, 28 kişi psikolojik rahatsızlık belirttiğinden ve 19 kişi araştırmayı tamamlamadığından araştırma dışı bırakılmıştır. Sonuçta 180'i kadın ve 200'ü erkek olmak üzere toplam 380 katılımcının verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara online platformdan ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $25.82 \pm 7.31$  ve yaş aralığı ise 18 ile 57 arasındadır. Kadın katılımcıların yaş ortalaması  $25.57 \pm 7.09$  ve erkek katılımcıların yaş ortalaması  $26.04 \pm 7.52$  olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Örneklemimizin çoğunluğunu eğitim düzeyi üniversite ve üzeri (%87.1), bekar (%87.9) ve gelir düzeyi orta (%63.9) olan bireyler oluşturmuştur.

Araştırmamızın başlıca bulguları, katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça mükemmeliyetçilik alt boyutlarından hata yapma endişesi, ailesel eleştiri ve yaptığının emin olamamanın arttığı, ortorektik belirti düzeyleri arttıkça yeme tutumunda bozulmaların arttığı ve mükemmeliyetçiliğin azaldığı yönündedir.

Araştırmamızda çocukluk çağı travmalarının her iki cinsiyetteki düzeyleri incelenmiştir. Erkek katılımcıların ÇÇTÖ toplam puanları ile alt boyutlardan fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının kadınlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duygusal istismar ve cinsel istismar puanlarında ise kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Elde edilen bulguların yakın tarihteki bazı çalışmalarla uyumlu olduğu

gözlenmiştir (Mert, Kelleci, Yıldız, Mızrak ve Kuğu, 2015; Bilim, 2012; Çelik, 2010). Mert ve arkadaşlarının (2015) çocukluk çağı travmalarında minimizasyonun ve cinsiyetin etkisini araştırdıkları çalışmada sonuçlara, erkek öğrencilerin ÇÇTÖ toplam puanı ile alt boyutlar cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının kadın öğrencilere oranla daha yüksek olduğu ve minimizasyon/inkar puanlarının kadın öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada da minimizasyon puanları ile ilgili aynı sonuca ulaşılmıştır. Bu durumda kadınların erkeklere oranla çocukluk çağı travma düzeylerini daha fazla inkar etme eğilimlerinde oldukları söylenebilir.

Örneğimizde çocukluk çağı travmaları açısından evli olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Halen evli olan katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin halen evli olmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Duygusal istismar dışında çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarının hepsinde halen evli olan katılımcıların puanlarının halen evli olmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Duygusal istismar puanları bakımından evli olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bazı araştırmalar, çocukluk çağında travmalar yaşayan bireylerin yetişkinlik dönemlerinde kişilerarası ilişkilerde problemler yaşayabileceğini belirtmektedir (Compton ve Follette, 1998; Whisman, 2006). Whisman'ın (2006) çalışmasında da çocukluk çağı travmaları ile bireylerin evlilik durumları (boşanma, evlilikte doyum gibi) incelenmiş ve sonuçlara göre evliliklerinde bozulmalar yaşayan bireylerin evli kalmaya devam eden bireylere göre çocukluk çağında daha çok travmalara maruz kaldıkları bulunmuştur. Araştırmamızda medeni durum halen evli olan ve halen evli olmayan bireyler olarak iki sınıfta değerlendirilmiştir. Halen evli olmayan grup boşanmış, ilişkisi olan ve bekar bireylerden oluşmaktadır. Örneğimizde evli olmayan bireylerin oluşturduğu gruplar arasında büyük sayısal farkların olmasından kaynaklı istatistiksel olarak sağlıklı bir karşılaştırma yapılamayacağı düşünüldüğünden gruplar tek bir grupta birleştirilmiştir. Ayrıca araştırmamızda evlilik doyumu incelenmediğinden halen evli olan bireylerin ilişkilerinde yaşamış olabileceği problemler hakkında bilgi edinememiştir. Dahası, halen evli olan bireylerin halen evli olmayan bireylere oranla çocukluk çağı

travmalarının daha fazla olması, travmalarının güncel travmalar ile karışmış olma olasılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda farklı eğitim düzeylerindeki katılımcılar arasında çocukluk çağı travma düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Eğitim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin üniversite ve üzeri eğitim almış katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanlarının üniversite ve üzeri eğitim almış katılımcılarda daha düşük olduğu bulunmuştur. Fiziksel ve duygusal istismar puanlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alanyazındaki bilgiler elde edilen bulguları destekler niteliktedir (Scher, Forde, McQuid ve Stein, 2004; Aydın ve İşmen, 2003). Çocukluğunda istismar gören bireylerin akademik performanslarında bozukluklar yaşadıkları belirtilmektedir (Romano, Babchishin, Marquis ve Frechette, 2015). Bu durumun eğitim düzeyi düşük bireylerde çocukluk çağı travmalarının daha fazla olmasının sebeplerinden biri olabileceği söylenebilir. Ancak çalışmamızın kesitsel yapısı bir neden sonuç ilişki kurmayı güçleştirmektedir.

Çalışmamızın bulgularına göre çocukluk çağı travma düzeylerinin farklı maddi durum düzeylerindeki katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar göstermediği gözlenmiştir. Bireylerin eğitim düzeylerinin sosyo-ekonomik düzeyleri hakkında bilgi verdiğini ve düşük eğitim düzeyinin düşük maddi duruma işaret ettiğini belirten bazı araştırmalar bulunmaktadır (Scher ve ark., 2004). Ayrıca bazı yazarlar maddi durum düzeyinin düşük olmasını, istismara karşı bir risk faktörü olarak değerlendirildiğini belirtmektedir (Güler ve ark., 2002). Araştırmamızda da düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin daha çok çocukluk çağı travmaları bildirdiği görülmektedir. Alanyazındaki bilgiler değerlendirildiğinde, eğitim durum düzeyi düşük olan bireylerin maddi durum düzeylerinin de düşük olduğu ve bundan dolayı maddi durum düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunması beklenirdi fakat, yapılan analiz bu varsayımı desteklememektedir. Maddi durum düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasının sebebinin örneklemin çoğunluğunun maddi durumu orta düzeyde olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Örnekleminizde yaş arttıkça çocukluk çağı travma düzeylerinin de yükseldiği belirlenmiştir. Oysa bazı yazarlarca çocukluk çağı travmalarının bellekte yıkıcı bir etkiye neden olabileceği belirtilmektedir (Maschi, Baer, Morissey ve Moreno, 2012). Yaş ilerledikçe bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları olaylar ve travmalar hakkında daha bilinçli olabilecekleri ve bu yönde soruları cevaplamış olabilecekleri düşünülebilir. Bunun da yaş ile çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişkinin nedeni olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda ortorektik belirtilerin her iki cinsiyetteki düzeyleri incelenmiş ve kadın ya da erkek olmanın ortorektik belirti düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ortorektik belirtiler ile cinsiyet arasındaki ilişkinin yapılan araştırmalara göre çelişkili olduğu söylenebilir. Elde edilen bulguyu destekleyen ve desteklemeyen araştırmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda ortorektik belirti düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı farklılıklar göstermediği belirtilmiştir (Topçuk ve Arıca, 2019; Merdin, 2018). Diğer taraftan Donini ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada kadın katılımcıların ortorektik belirti düzeylerinin erkek katılımcılara oranla istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirtilmişken; Aksoydan ve Camcı'nın (2009) yaptıkları araştırmada ise kadın katılımcıların ortorektik belirti düzeylerinin erkek katılımcılara oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Örnekleminizde ortorektik belirti düzeylerinin evli olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir. Alanyazındaki araştırmalarda bireylerin ortorektik belirti düzeyleri ile medeni durumları arasındaki ilişkinin tutarsız olduğu görülmektedir. Arusoğlu'nun (2006) yapmış olduğu tez çalışmasında evli çiftlerin bekarla göre ortorektik belirti düzeylerinin anlamlı olarak daha fazla olduğu belirtilmişken, Donini ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise farklı medeni durumlardaki katılımcılarda ortorektik belirti düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirtilmiştir.

Araştırmamızda ortorektik belirti düzeylerinin farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde ortorektik belirtiler ile bireyin eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin kesin olmadığı söylenebilir. Bazı çalışmalar ortorektik belirtiler ile bireyin

eğitim seviyesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtirken (Ramacciotti ve ark., 2011); Donini ve arkadaşlarının çalışmasında ise ortoreksiklerin grubunda eğitim seviyesi dūřuk olan katılımcı oranı daha yūksel bulunmuştur. Diđer taraftan Bosi ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada farklı eğitim dūzeylerine gōre ortorektik belirti dūzeylerinde farklılıklar olduğu fakat bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Arusođlu ve arkadaşları (2008) da ortorektik belirti dūzeyleri ile bireyin eğitim dūzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir.

rnekleminizin ortorektik belirti dūzeylerin farklı maddi durum dūzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık gōstermediđi gōzlenmiřtir. Bazı arařtırmalara gōre bireylerin maddi dūzeyleri ile ortorektik belirti dūzeyleri arasında anlamlı bir iliřkinin gōrūlmediđini belirtmektedir (Merdin, 2018; Fidan, 2010). Bireylerin sosyoekonomik dūzeylerinin dūřuk ya da yūksel olması sađlıklı beslenme ve/veya ortorektik dūřunce için temel olmadıđı belirtilmiřtir (Fidan, 2010). Bu bilgiler ıřıđında elde edilen bulguların alanyazındaki bulgularla uyumlu olduđu sōylenbilir.

Çalışmamızın sonucuna gōre bireylerin ortorektik belirti dūzeyleri ile yař arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gōzlenmiřtir. Alanyazındaki bilgilere gōre yař ile ortorektik belirtilerin tutarsız olduğu sōylenbilir (Koven ve Arby, 2015; Donini ve ark., 2004; Fidan ve ark., 2010). Örneđin Arusođlu (2006) yaptığı tez çalışmasında bireylerin ortorektik belirti dūzeylerinin arttıķça yaşın ilerlediği bulgusuna ulaşmıştır. Daha sonra Arusođlu, arkadaşları (2008) ile yaptığı çalışmada ortorektik belirti dūzeyleri ile yař arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulgusuna ulaşmıştır.

Arařtırmamızda katılımcıların ortorektik belirti dūzeylerinin ev alıřveriřini yapan kiři, ev alıřveriři kaynađı ve gūn içinde yenilen ođūn sayısına gōre anlamlı bir farklılık gōstermediđi gōzlenmiřtir. Ortorektik belirtileri olan bir bireyin sađlıklı besinlere ařırı saplantılı olmasından dolayı ev alıřveriřini kendisinin yapması ve alıřveriř kaynađı olarak organik marketleri (sađlıklı besin yetiřtiren marketler) tercih etmesi beklenebilir. Bu sonuçların, gruplar arası heterojenliđin sađlanamamasından kaynaklandıđı dūřūnūlebilir. Ortorektik bireylerin gūnde kaç ođūn yemek yedikleri hakkında bir bilgi bulunmadıđı sōylenbilir. Sađlıklı beslenmek için gūnde kaç ođūn

yenmesi gerektiği hakkında da hala tartışmalar devam etmektedir. Bu yüzden katılımcıların ortorektik belirti düzeylerine göre gün içinde yedikleri öğün sayısı ile ilgili kesin bir yargıya varılamamaktadır. Katılımcıların ortorektik belirti düzeyleri ile sağlıklı besin bilgileri kaynağı ve edinilen bilgiyi uygulamaya arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Sağlıklı besin bilgileri kaynağı olarak tıbbi bilimsel kaynakları kullanan katılımcıların sosyal çevreden ve medyadan bilgi edinen katılımcılara oranla daha yüksek ortorektik belirti düzeyleri olduğu belirlenmiştir. Tıbbi bilimsel kaynaklardan bilgi edinen katılımcıların ortorektik belirti düzeylerinin fazla olması sağlıklı aşırı uğraş içinde olduklarını düşündürebilir. Arusoğlu'nun (2006) da çalışmasında benzer sonuca ulaştığı ve doktordan bilgi edinen bireylerin ortorektik eğilimlerinin anlamlı olarak daha fazla olduğu belirtilmiştir. Edinilen bilgiyi her zaman uygulayan katılımcıların, hiçbir zaman uygulamayan ve nadiren uygulayan katılımcılara oranla ortorektik belirti düzeylerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu da katılımcıların edindikleri bilgiye göre davranışlarında değişikliğe gittiğini göstermektedir. Arusoğlu (2006) da bilgiye göre davranış değişikliğinin çok sık olmasının ortorektik belirtilere eğilimi arttırdığını belirtmiştir.

Çalışmamızın bulgularına göre, kadın ve erkek katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olmadığı gözlenmiştir. Mükemmeliyetçilik ile cinsiyet arasındaki ilişkinin çoğu araştırmada göz ardı edildiği ve bu yüzden belirsiz olduğu söylenmektedir (Cowie, Nealis, Sherry, Hewitt ve Flett, 2018). Değişkenler arası ilişkileri inceleyen bazı araştırmalar ile araştırmamızın bulgularının uyumlu olduğu söylenebilir. Stoeber ve Stober (2009) yapmış olduğu çalışmalarında mükemmeliyetçilik ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir. Cowie ve arkadaşlarının (2018) mükemmeliyetçilik ile akademik zorlukları araştırdıkları çalışmada cinsiyetin bu ilişkideki aracı rolü incelenmiş ve cinsiyetin aracı rolü olmadığı bulunmuştur. Mükemmeliyetçilik alt boyutlarından sadece düzen alt boyutunda kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Düzen alt boyutunda erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla daha düşük puan aldıkları bulunmuştur. Bu durumun sosyokültürel sebeplerden olabileceği düşünülebilir. Türk kültüründe kadın bireylerin



düzen ve temizliğe önem vermeleri toplum tarafından beklenmekte ve desteklenmekte olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda halen evli olan katılımcılar ile halen evli olmayan katılımcılar arasında mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Ayrıca mükemmeliyetçilik düzeylerinin farklı eğitim ve maddi durum düzeylerindeki katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur. Mükemmeliyetçilik alt boyutlarından sadece yaptığından emin olamama alt boyutunun farklı maddi durum düzeylerindeki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yaptığından emin olamama düzeylerinin maddi durumu düşük düzeyli katılımcılarda maddi durumu yüksek düzeyli katılımcılara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mükemmeliyetçilik ile farklı maddi durum düzeyleri arasındaki ilişkiye değinen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat mükemmeliyetçi bireylerin, eğer performanslarını kusurlu olarak algıarlarsa tükenmişlik yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Fedewa, Burns ve Gomez, 2005). Bazı araştırmalar da mükemmeliyetçiliğin arttıkça tükenmişliğin arttığını desteklemektedir (Badawy ve Mohamad, 2015; Child ve Stoeber, 2012). Yaptığından emin olamama boyutunda bireyin yüksek puan alması kişinin projeleri tamamlamada bir türlü tatmin olamadığına işaret etmektedir (Frost ve ark., 1990). Bu durumda bireylerin tükenmişliğe daha eğilimli olduğu düşünülebilir. Tükenmişlik yaşayan bireylerde iş ortamlarında devamsızlık gösterme ve hatta işten çıkma gibi davranışlar gözlenebileceğinden (Leiter ve Maslach, 2009; Gandi, Wai, Karick ve Dagona, 2011) maddi durum düzeylerinde de düşüklük olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre, katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Alanyazında yaş ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkinin tutarlı olmadığı söylenebilir. Landa ve Bybee'nin (2007) yaptıkları araştırmada yaş arttıkça mükemmeliyetçilik düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Diğer taraftan Stoeber ve Stoeber (2008) mükemmeliyetçiliğin yaştan büyük ölçüde bağımsız olduğunu belirtmektedir. Yaş ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiye değinen araştırmalar çok fazla olmadığından değişkenler arası ilişkiyi anlamak da güçleşmektedir.

Örnekleminizin yeme tutumu düzeyleri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve maddi durum arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Alanyazındaki birçok araştırma yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (Aşçı, Tüzün ve Koca, 2006; Şanlıer, Yabancı ve Alyakut, 2008; Sepulveda, Carroble, Gandarillas, 2008). Bu çalışmada farklı bir sonuca ulaşmanın nedeni olarak örneklemin kadın katılımcılarının belirtilerini inkar etme veya saklama eğilimlerinde olabilecekleri düşünülebilir.

Bazı araştırmalar yeme bozuklukları ile medeni durum arasındaki ilişki incelemiş ve yeme bozukluğu olan evli hastaların evli olmayan hastalara oranla hastalığı daha şiddetli (Heavey, Parker, Bhat, Crisp ve Gowers, 1989) ve uzun süreli (Vandereycken, Kog ve Vanderlinden, 1989) geçirdikleri (Bussolotti, Aranda, Solano, Murcia, Turan ve Vallejo, 2002) belirtilmiştir. Bussolotti ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında yeme bozukluğu olan hastalarda yeme bozuklukları ile medeni durum arasındaki ilişki incelenmiş ve partneri ile birlikte yaşayan hastaların daha ciddi yeme bozukluğu semptomatolojisi ve psikopatolojisi gösterdikleri belirtilmiştir. Elde edilen bulguların alanyazındaki bilgilerle uyumlu olmamasının nedenleri olarak örnekleminizi sağlıklı olduğu varsayılan katılımcıların oluşturması ve medeni durumun farklı ele alınmış olunması düşünülebilir.

Araştırmamızda eğitim durumu ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bazı araştırmalara göre üniversite ortamı yeme bozuklukları için bir risk taşımaktadır (Compas, Wagner, Slavin ve Vannatta, 1986). Bunun nedeni ise üniversite öğrencileri diğer örneklemlerle kıyaslandığında yeme bozuklukları en yaygın üniversite öğrencilerinde görülmektedir (Hoek ve van Hoeken, 2003 akt., Uzun ve ark., 2006). Araştırmamızda örnekleminizin çoğunluğu üniversite ve üzeri (%87) eğitim düzeyindedir. Örneklem gruplarındaki dengesizlikten dolayı sonuçların bu şekilde çıktığı düşünülebilir.

Alanyazında yeme bozuklukları ile farklı maddi durum düzeyindeki katılımcılar arasındaki ilişki kesin olmamakla beraber bazı araştırmalar yeme bozukluğunun sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan grupta olduğunu belirtmektedir. (McClelland ve Crisp, 2001) Öte yandan bazı araştırmalar ise sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan katılımcılarda yeme bozukluklarının daha fazla olduğunu

belirtmektedir (Izmir, Erman ve Canat, 1994). Siyez ve Baş'ın (2009) araştırmasında ise yeme bozuklukları ile farklı maddi durum düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (2009).

Araştırmamızda yeme bozuklukları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Alanyazıdaki bilgilere göre ergenlik çağındaki bireyler, vücut şekli ile ilgili kültürel normları içselleştirdikleri (Snaith, 1992) ve kimliklerini oluşturmaya başlarken çevreden çekici olmak ile ilgili edindikleri görüşlere karşı savunmasız oldukları için yeme bozuklukları geliştirmeye en yakın bireyler olarak görülmektedir (Uzun ve ark., 2006). Uzun ve arkadaşları (2006) yaptıkları araştırmada yaş arttıkça yeme bozukluklarının azaldığını belirtmiştir. Bu araştırmanın, örneklekimizden çok daha küçük bir yaş grubu ile kadın katılımcılardan oluşan bir örnekleme ile yürütülmüş olması bulguların birbirleri ile örtüşmemesinin nedenleri olabileceği düşünülebilir. Örneklekimizi yetişkin döneminde olan katılımcılar oluşturmakta ve bundan dolayı alanyazıdaki bulgularla benzerlik göstermediği düşünülebilir.

Araştırmamızda çocukluk çağı travmalarının ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişkiyi incelenmiştir ve bu ilişkileri değerlendirmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde çocukluk çağı travmaları ile ortorektik belirtiler arasında anlamlı ilişkiler olmadığı bulunmuştur. Alanyazında çocukluk çağı travmaları ile ortorektik belirtileri araştıran tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Merdin'in (2018) araştırmasında da araştırmamızın bulguları gibi çocukluk çağı travma düzeyleri ile ortorektik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının ortorektik belirtiler üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığı söylenebilir fakat, çocukluk çağı travmaları ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkileri inceleyen çok az çalışma olmasından dolayı elde edilen sonuçların değerlendirilmesi kesin olarak yapılamamakta ve bu alanda daha çok çalışmaya gerek duyulmaktadır.

Araştırmamızda ortorektik belirti düzeyleri ve yeme tutumu düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve ortorektik belirti düzeylerinin arttıkça yeme tutumunda bozulmaların da arttığı gözlenmiştir. Alanyazındaki ilgili çoğu araştırmalarda ortorektik belirti düzeyleri ile yeme tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve ark., 2010; şanlier ve

ark., 2016). Araştırmamızın bulgularının alanyazındaki bulgularla uyumlu olduğu görülmektedir.

Örnekleminizin ortorektik belirti düzeyleri ile mükemmeliyetçilik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde testi katılımcıların ortorektik belirti düzeyleri arttıkça mükemmeliyetçilik düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Yabancı alanyazında ortorektik belirtiler ile mükemmeliyetçilik arasında yürütülmüş bazı çalışmalara rastlanılmış fakat, elde edilen bulguların alanyazındaki bulgularla denk düşmediği gözlenmiştir. Bazı araştırmalarda mükemmeliyetçilik ile ortorektik eğilimler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir (Bowen ve ark., 2012; Donini ve ark., 2015; Koven ve Arbry, 2015). Türk örnekleminde ortorektik eğilimler ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkileri inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalardan biri Topçu ve Arıcağ'a (2019) aittir ve mükemmeliyetçilik ile beden algısının ortoreksiya nervoza üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yazarlar, ortoreksiya ile mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişkinin gözlenmediğini belirtmiştir (Topçu ve Arıcağ, 2019). Araştırmaların bulguları karşılaştırıldığında Türk örneklemine göre ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik ile ilişkili olmadığı söylenebilir. Alanyazındaki bulgular ile araştırmamızın bulgularının örtüşmemesinin sebepleri olarak da örneklem gruplarının kültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri ile mükemmeliyetçilik düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça mükemmeliyetçilik alt boyutlarından hata yapma endişesi, ailesel eleştiri, yaptığından emin olamama düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Elde edilen bulgulardan bireyin çocukluk çağı travmaları, özellikle duygusal istismar, ne kadar fazlaysa mükemmeliyetçilik eğilimlerinin o kadar fazla olabileceği çıkartılabilir. Mükemmeliyetçilik alt boyutlarından en çok hata yapma endişesi, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama boyutlarının çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Düzen alt boyutu ile çocukluk çağı travmaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Ebeveyn beklentileri ve eleştirileri ile ilişkili olan ebeveyn faktörlerinin mükemmeliyetçiliğin gelişiminde önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir (Maloney ve ark., 2014). Ebeveynlerin yetiştirme yaklaşımlarının bireylerin mükemmeliyetçi düşünce yapısına etkisi olduğu düşünülebilir. Çocukluk çağı travmaları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi incelen başka çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamızda yeme tutumu ve mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yeme tutumu ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki birçok kez incelenmiş ve mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarına karşı bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (Shafran ve ark., 2001; Özsoy, 2017; Fairbun ve ark., 2003; Klump ve ark., 2004). Araştırmamız sağlıklı olduğu varsayılan bir örneklem ile yürütülmüş ve örneklemin yeme tutumu puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir. Elde edilen sonuçların alanyazındaki bulgularla örtüşmemesinin nedeninin bu durumlardan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Alanyazındaki çoğu araştırma çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Kong ve Bernstein, 2008; Vajda ve Lang, 2014; Kent ve Waller, 2000; Hart ve ark., 2002; Dinleyici ve Dağlı, 2016). Bu araştırmamızda da çocukluk çağı travmalarının arttıkça yeme tutumunda bozulmaların da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile yeme bozukluklarının ilişkisi değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar beklenen sonuçlardır.

Araştırmamızın bulguları ışığında, çocukluk çağı travmalarının mükemmeliyetçiliği yordadığı ve mükemmeliyetçilik boyutları hata yapma endişesi, ailesel eleştiri ve yaptığından emin olamama arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ortorektik belirtiler ile mükemmeliyetçilik arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenen çalışmamızda, ortorektik belirtiler ile yeme tutumu arasında pozitif ilişki olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya alanyazında rastlanmamış olması ve ortorektik belirtiler ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki inceleyen çalışmaların

bulguları ile bulgularımızın tutarlı olmaması bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu gösterdiği düşünülmektedir.

Araştırmamızın katkılarının yanı sıra ele alınması gereken bir takım kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Elde edilen bulguların bu sınırlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kısıtlılıkların başında ortoreksiya kavramının yeni bir kavram olması gelmektedir. Yapılan çalışmaların kısıtlı olmasından ötürü karşılaştırma yapmayı imkan sağlan değişkenler alanyazında belirlenmemiştir. Bundan ötürü teorik olarak ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler araştırılmıştır. Ayrıca ORTO-11 ölçeğinin yeni ve tek ölçüm aracı olması da bulgulara temkinli yaklaşılmasını gerekli kılmaktadır.

Bir diğer kısıtlılık da örneklemin büyük bir kesiminin yaş ortalamasının oldukça genç olmasından kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı araştırmamızın bulgularının farklı yaş aralığındaki (örneğin ileri yetişkinlik dönemindeki bireyler) bireylere de genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca örneklemin eğitim düzeyi eşit bir şekilde dağılmamakta ve katılımcıların geniş bir kesiminin eğitim düzeyinin üniversite ve üzerinde olması bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Örneklemin yanı sıra bir diğer unsur da kullanılan ölçeklerin kendi kendini değerlendirme türünde ölçekler olmasıdır. Katılımcıların ölçülen özelliklerini değerlendirirken, belirtileri gizleme veya abartma eğilimlerine yönelmiş olabilecekleri akılda tutulmalıdır. Bunun yanı sıra ölçeklerin genel toplamında çok fazla soru olması katılımcıların ölçekleri doldururken yorulmalarına yol açmış ve bunun da test tutumlarına etkisi olmuş olabilir. Bir diğer önemli nokta da kullanılan tüm ölçeklerin Türk kültürüne uygulanmış ölçekler olmasıdır. Özellikle mükemmeliyetçilik ölçeğindeki kültüre dayalı bazı faktörlerin değerlendirilmesinde bu konunun da göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Son olarak araştırmamızın yönteminin kesitsel yapısı çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik döneminde yapılan psikometrik ölçümler arasında neden sonuç ilişkisi kurulmasını engellemektedir.

## **BÖLÜM 6**

### **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik, ortorektik belirtiler ve yeme tutumu arasındaki ilişkiler incelenmiş; değişkenlerin örneklemin sosyodeografik özelliklerine ve örneklemin ortorektik belirti düzeylerinin beslenme alışkanlıklarına göre farklılıkları değerlendirilmiştir.

Ortoreksiye nervoza kavramının yeni bir kavram olmasından ötürü kavramı daha iyi anlayabilmek ve genelleyebilmek adına öncü birçoğ bilimsel araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Öncelikle daha geniş kitlelerde heterojen örneklemler ile yapılacak çalışmaya ihtiyaç vardır. Böylelikle ilişkiler daha net anlaşılacak ve bulgular genellenebilir olacaktır.

Ortoreksiya kavramı ile ilişkili olabileceği düşünölen değişkenlerle de çalışmalar yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Ortoreksiyanın kaygı bozuklukları ile ilişkisinin incelendiği araştırmaların alanyazına katkılı olacağı düşünölmektedir. Araştırmamızda mükemmeliyetçilik ile ortorektik belirtiler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur, ancak yabancı alanyazındaki bazı çalışmalarda zayıf da olsa aralarında pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirtilmektedir. Dolayısıyla mükemmeliyetçilik ve ortorektik eğilimler arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ve bu araştırmada edinilmiş bulguların daha sağlıklı değerlendirilmesi adına ölkemiz örneklemlerinden daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Dahası, çocukluk çağı travmaları ile ortorektik eğilimler ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkilerin daha sağlıklı yorumlanabilmesi için ölkemiz örneklemlerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünölmektedir. Bu araştırmada örneklemin çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermediğinden yordayıcılık rolü incelenememiştir. Bundan dolayı ileriki araştırmalarda yordayıcılık rolünün eklenmesi önerilmektedir.

Ayrıca ortorektik eğilimlerin değerlendirilebilmesi ve ortoreksiya nervoza yaygınlığının tespit edilebilmesi amacıyla ortorektik belirti düzeylerini ölçen başka psikometrik ölçüm araçları geliştirme çalışmalarının da yapılması alanyazına önemli katkılar sağlayacaktır.



## KAYNAKÇA

- Aksoydan, E. & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37. <http://doi.org/10.1007/bf03327792>
- Alpay, H.E., Aydın, A. & Bellur, Z. (2017). Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 20, 218-226. doi: 10.5505/kpd.2017.98852
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (20014). *Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çeviri Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Aral, N. (1997). *Fiziksel İstismar ve Çocuk*, Tekışık Veb Ofset Tesisleri, Ankara.
- Aral, N. & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. & Merdol, T.K. (2008). Ortoreksiya nervoza ve orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Asil, E. & Sürücüoğlu, M.S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303-313.
- Aslan, H.S. (2001). Beden imgesi ve yeme davranışları bozuklukları ile medya ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(1), 41-47.
- Aşçı, F.H., Tüzün, M. & Koca, C. (2006). An examination of eating attitudes and physical activity levels of Turkish University students with regard to self-presentational concern. *Eating Behaviors*, 7, 362-367.
- Aust, S., Hartwig, E.A., Heuser, I. & Bajbouj, M. (2012). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225-232. <http://doi.org/10.1037/a0027314>
- Aydemir, Ö. & Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Aydın, C. (2010). *Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana babaya bağlanma arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, O. & İşmen, A. E. (2003). 18-25 yaş grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yaşantısının incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18, 7-20.
- Ayoğlu, Z. (2012). *OKB'ye ilişkin gelişimsel bir model: Yetişkin bağlanma biçimleri, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin obsesif yorumlar ve belirtilerle bağlantısının incelenmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Baker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: an introduction for students and practitioners (third edition)*. Wiley Blackwell Publishing.
- Barnes, M.A. & Caltabiano, M.L., (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22, 177-184.
- Barrow, J.C., & Moore, C.A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking: *The Personal and Guidance Journal*, 61, 612-615.
- Barthels F., Barrada J.R. & Roncero M. (2019) Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *Plos One*, 14(7) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219609>
- Baş, A. U. (2010). Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(34), 128-128.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, P.D, Stein, A.J, Newcomb, D.M, Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190.
- Bilim, G. (2012). *Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: duygu düzenleme, kişilerarası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Brandon-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S. & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*(3)
- Bratman, S. (2014). What is Orthorexia?  
<http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/> ( Izlenme tarihi 22.04.2019).
- Bratman, S. (2017). Healthy eating vs orthorexia.  
<http://www.orthorexia.com/healthy-eating-vs-orthorexia/> (Izlenme tarihi 15.05.2019).
- Brown, A.J., Parman, K.M., Rudat, D.A. & Craighead, L.W., (2012). Disorder eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors, 13*(4), 347-353.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Brytek-Matera, A., Fonte, M.L., Poggiogalle, E., Donini, L.M. & Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eat Weight Disorder, 22*, 609-617.  
doi: 10.1007/s40519-017-0427-4
- Bosi, A.T.B., Çamur, D. & Güler, C. (2007) Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite, 49*, 661-666.  
doi:10.1016/j.appet.2007.04.007
- Burns, D.D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 34*-52.
- Carter, C.J., Bewell, C., Blackmore, E. & Woodside, D.B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect, 30*(3), 257-269.

- Castillo, M. & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 85-94.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
- Cowie, M.E., Nealis, L.J., Sherry, S.B., Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (2018). Perfectionism and academic difficulties in graduate students: Testing incremental prediction and gender moderation. *Personality and Individual Differences*, 123, 223-228.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.027>
- Çakır, Z. (2013). *Kadın üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarının mükemmeliyetçilik, sosyotropi-otonomi, üstbilişler, duygulara ilişkin inançlar, duygusal zorlanmaya toleranssızlık ve kaçınma ile ilişkisi: Yatkinlaştırıcı ve sürdürücü faktörlere dayalı bir model önerisi*. Yayınlanmış doktora tezi: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çelik, F.G. & Hocoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7-13.
- Dinleyici, M. & Dağlı, F.Ş. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekimin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 18-27.  
doi: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.20235>
- Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 92(2), 151-157.
- Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 10, 28-32.

- Dunn, T.M. & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11 -17.
- Egan, S.J., Hattaway, M. & Kane, R.T. (2013). The relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42, 211-223.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. & Mosher, S.W. (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology: Research & Review: Summer*, 14(2), 112-137.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54.  
doi:10.1016/j. comppsy.2009.03.001.
- Frost, O.R., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468
- Ganske, K.H., Gnilka, P.B., Ashby, J.S. & Rice, K.G. (2015). The relationship between counseling trainee perfectionism and the working alliance with supervisor and client. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 14–24.
- Garner, D.M., (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa (Fla).
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitude test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.  
doi: 10.1017/S0033291700030762
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological*

Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34. doi:10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT22600 20203>3.0.CO;2-6

George, D. & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update. 10th Edition*, Pearson, Boston.

Getir, E. (2015). *Mükemmeliyetçilik algısı, yaşam amacı ve psikolojik iyi oluş ile akademik başarı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N. & Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: The role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review*, 22, 346-351. doi: 10.1002/erv.2282

Gül, E.S., Yılmaz, A. & Berksun, O. (2009). Mükemmeliyetçiliğin depresyon, antidepresana yanıt ve intihar düşüncesi ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(1), 48-54.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihtimal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.

Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., & Davidson, H. A. (2002). Psychological maltreatment. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. 79-103. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 456–470.
- Hewitt P.L. & Flett, G.L. (2004). *Multidimensional perfectionism scale: technical manual*. Multi-Health Systems, Toronto.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Sherry, S.B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R.W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P. & Stein, M.B. (2003). The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 1303–1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303
- Hovens, J.G., Giltay, E.J., Wiersma, J.E., Spinhoven, P., Penninx, B.W. & Zitman, F.G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*, 198–207.
- Kağan, M. (2011). Frost çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeğinin Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *12*, 192-197.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(10), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü. & Gökalg, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, *47*, 140-151.
- Kent, A. & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *20*(7), 887-903.
- Kent, A., Waller, G. & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 159–167.



- Kong, S. & Bernstein, K. (2008). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897-1907. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x
- Koven, S.N. & Arby, W.A. (2015). The clinical basis of ortorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
- Koven, S.N., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 214-222.
- Kütük, M.Ö. & Bilaç, Ö. (2012). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 3(3), 181-187.
- Lacoste, S.M. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 76-80. <http://doi.org/10.1016/j.avb>
- Landa, C.E. & Bybee, J.A. (2007). Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Developmental Psychology*, 43(1), 83-93. doi: 10.1037/0012-1649.43.1.83
- Lau, K.J., Krase, K. & Morse, R.H. (2009). Mandated reporting of child abuse and neglect: A practical guide for social workers. Bronx: Fordham University Publishers.
- Lilenfeld, L.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320
- Lynch, M. A. & Browne, K. D. (1999). Thinking and working together to safeguard children. *Child Abuse Review*, 8(5), 297-300.

- Maloney, G.K., Egan, S.J., Kane, R.T. & Rees, C.S. (2014). An Etiological Model of Perfectionism. *Plos One*, 9(5), e94757  
doi:10.1371/journal.pone.0094757
- Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 135(2), 145-152.
- Maschi, T., Baer, J., Morissey, M.B. & Moreno, C. (2012). The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64.  
doi: 10.1177/1534765612437377
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.  
doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021
- McComb, S.E. & Mills, J.S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
- Merdin, E. (2018). *Çocukluk çağı travmaları ve psikopatolojik belirtilerin ortoreksiya nervoza üzerindeki rolü*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Mert, D.G., Kelleci, M., Yıldız, E., Mızrak, A. & Kuğu, N. (2016). Childhood trauma and general cognitive ability: Roles of minimization/denial and gender. *Psychiatry Research*, 243, 147-151.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.025>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating.

*Appetite*, 91, 129-136.

<http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>

Morrison, J., *DSM-5'i Kolaylaştıran: Klinisyenler İçin Tanı Rehberi*. eviri Kural, H.U., Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara, (2016).

Moroze, R.M., Dunn, T.M., Holland, J.C., Yager, J. & Weintraub, P. (2015).

Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403. <http://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>

Oberle, C.D., Samaghabadi, R.O. & Hughes, E.M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates gender, BMI and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>

Ođlađu, Z., (2012). *Yeme bozukluklarında çocukluk ağı travmalarının benlik saygısı ve beden algısı değişkenleri üzerine etkisi*. Yayınlanmış tıpta uzmanlık tezi: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakóltesi, İstanbul.

Özbay, Y. & Taşdemir, M.Ö. (2003). Çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik alışması. *VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*, Malatya, 9-11 Temmuz.

Özsoy, E. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.

Pala, B., Ünalacak, M. & Ünlüoğlu, İ. (2011). Çocuklara kötü muamele: İstismar ve ihmal. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1). 121-127.

Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G.J., Jeon, E.S., Pyo, H.J. & Kwon, Y.J. (2011).

Ortoreksiya nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood*

*Press*, 9, 32-37.

doi: 10.5049/EBP.2011.9.1.32

Pelendecioglu, B. & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9(1), 50-62.

Petersson, S., Perseius, K.I. & Johnsson, P. (2014). Perfectionism and sense of coherence among patients with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 409-415.

Ramacciotti, C.E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G. & Dell'Osso, L. (2012). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*, 16, 127-130.  
doi: 10.1007/BF03325318

Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R. & Frechette, S. (2015). Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma, Violence and Abuse*, 16(4), 418-437.  
doi: 10.1177/1524838014537908

Rice, K.G. & Preusse, K.J. (2002). The adaptive/maladaptive perfectionism scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 210-222.

Saunders, B., Villepoux, L., Lipovsky, J. & Kilpatrick, D. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorder among women: a community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189-204.

Savaşır, I. & Erol, N. (1989). Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri endeksi. *Psikoloji Dergisi*, 23, 19-25.

Scher, C.D., Forde, D.R., McQuaid, J.R. & Stein M.B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28, 167-180.

- Sedlak, A.J. & Broadhurst, D.D. (1996). *The third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Sepulveda, A.R., Carrobles, J.A. & Gandarillas, A.M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8, 102-113.  
doi:10.1186/1471-2458-8-102
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior, Research and Therapy*, 40(7), 773-791.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Siyez, D.M. & Baş, U.A. (2009). Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *New Symposium Journal*, 47(1), 19-24.
- Stoeber, J., Madigan, D.J., Damian, L.E., Esposito, R.M. & Lombardo, C. (2017). Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: the central role of perfectionistic self-presentation. *Eating and Weight Disorders*, 22, 641 - 648.  
doi: 10.1007/s40519-016-0297-1
- Stoeber, J. & Stoeber, S.F. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530-535.  
doi:10.1016/j.paid.2008.12.006
- Suh, H., Gnilka, P.B. & Rice, K.G. (2017). Perfectionism and well-being: A positive psychology framework. *Personal and Individual Differences*, 111(1), 25-30.

- Şanlıer, N., Yabancı, N. & Alyakut, Ö. (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Journal of Appetite*, 51, 641-645.  
doi:10.1016/j.appet.2008.05.058
- Şanlıer, N., Yassıbaş, E., Bilici, S., Şahin, G & Çelik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of Food and Nutrition*, 55(3), 266-278.  
<https://doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276>
- Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 32(4), 1054-1063.
- Şenkal, İ. (2013). *Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Terry-Short, L.A., Glynn Owens, R., Slade, P.D. & Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.
- Tıraşçı, Y. & Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Topçu, F. & Arıcak, O. T. (2019). Genç yetişkinlerde mükemmeliyetçilik ve beden algısının ortoreksiyaya etkisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 8(3), 170-178.
- Turhan, E., Sangün, Ö. & İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.

- Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B. & Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 123-126.
- Vajda, A. & Lang, A. (2014). Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 386-390.  
doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.135
- van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 374-378.
- Vardal, E. (2015). *Yeme tutumu: Bağlanma stilleri ve geştalt temas biçimleri açısından bir değerlendirme*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Vardar, E. & Erzenin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları: İki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Varga, M., Thege, B.K., Dukay-Szabó, S., Túry, F. & van Furth, E.F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14, 59-69.  
doi:10.1186/1471-244X-14-59
- Veltkamp, L. J. & Miller, T. W. (1994). *Clinical handbook of child abuse and neglect*. Madison, CI: International Universities Press, Inc.
- Waller, G., Shaw, T., Meyer, C., Haslam, M. & Lawson, R. (2012). Persistence, perseveration and perfectionism in the eating disorders. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 40, 462-473.  
doi:10.1017/S135246581200015X
- Woodside, B.D., Bulik, C.M, Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Stroerber, M., Treasur, J., Lilenfeld, L., Klump, K & Kaye, H. (2002).

Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Journal of Eating Disorder*, 31, 290-299. doi:10.1002/eat.10032



## **EKLER**

### **EK A** **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur**

Bu çalışma, Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel danışmanlığında Kıymet Yıldız tarafından Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezi olarak yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik, yeme tutumu ve sağlıklı beslenme takıntısı arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

Lütfen soruları tek tek okuyarak kendinize göre en yakın cevabı işaretleyip, boş bırakmamaya özen gösteriniz. Araştırmaya katılımınız halinde bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bilgiler özenle saklanacaktır. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığınız için araştırmayı istediğiniz zaman bırakma hakkına sahipsiniz. Araştırmayı tamamlamış veya tamamlamamış olsanız bile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmayı baştan sona tamamlamamanız halinde, verilerinizin değerlendirilmesi mümkün olmayacaktır. Verileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve dolduracağınız kişisel kod sayesinde hangi verilerin size ait olduğunu yalnızca siz bileceksiniz. Araştırma sırasında girmiş olduğunuz tüm bilgileriniz, internet üzerinden koruma altında tutulacaktır.

Yukarıdakileri okuyup anladıysanız ve araştırmaya katılmak istiyorsanız lütfen kişisel kodunuzu oluşturunuz. Bu kodu oluşturmanız halinde yukarıda verilen bilgileri okuyup anladığınızı ve araştırmaya katılmayı, kendi isteğinizle kabul etmiş olacaksınız.

Herhangi bir sorunuz olursa [kiymet.yldiz@gmail.com](mailto:kiymet.yldiz@gmail.com) adresine mail atabilirsiniz. Teşekkürler!

**EK B**  
**Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu**

1. Cinsiyetiniz: Kadın: [ ] Erkek: [ ]
2. Yaşınız:
3. Medeni Haliniz:  
Bekar: [ ] İlişkisi var: [ ] Sözlü\Nişanlı: [ ] Evli: [ ] Boşanmış\Dul: [ ]
4. Eğitim Durumunuz ve Mesleğiniz:  
İlköğretim: [ ] Ortaokul: [ ] Lise: [ ] Üniversite\Lisansüstü: [ ]  
Mesleğiniz.....
5. Aylık Gelir Düzeyiniz:  
Çok Düşük: [ ] Düşük: [ ] Orta: [ ] Yüksek: [ ] Çok Yüksek: [ ]
6. Anne ve babanız hayatta mı?  
Anne: Evet: [ ] Hayır: [ ]  
Baba: Evet: [ ] Hayır: [ ]
7. Annenizin Öğrenim Durumu ve Mesleği:  
İlköğretim: [ ] Ortaokul: [ ] Lise: [ ] Üniversite\Lisansüstü: [ ]  
Mesleği.....
8. Babanızın Öğrenim Durumu ve Mesleği:  
İlköğretim: [ ] Ortaokul: [ ] Lise: [ ] Üniversite\Lisansüstü: [ ]  
Mesleği.....
9. Anne babanız medeni durumu:  
Evli: [ ] Boşanmış: [ ] Ayrı yaşıyor: [ ] Diğer: [ ]
10. Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı büyük ölçüde kim üstlenmişti?  
Annem: [ ] Babam: [ ] Kardeş(ler)im: [ ] Bakıcım: [ ] Kreş:[ ]  
Anneannem/Babaannem: [ ] Diğer .....

11. Halen bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi görüyor musunuz?

Evet: [ ] Hayır: [ ]

Cevabınız EVET ise nasıl bir tedavi görüyorsunuz? .....

12. Ailenizden (anne, baba veya kardeş) halen bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gören biri var mıdır?

Var: [ ] Yok: [ ]

Cevabınız VAR ise kimdir ve rahatsızlığı nedir? .....

13. Ev alışverişinizi kim yapar? .....

14. Ev alışverişiniz nereden yapılır?

Pazar: [ ] Organik Market: [ ] Süpermarket: [ ] Diğer: .....

15. Günde ortalama kaç öğün yemek yersiniz? .....

16. Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet): [ ]

Kitaplar, bilimsel yayın vs.: [ ]

Diyetisyen: [ ]

Doktor: [ ]

Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.): [ ]

Çevre (arkadaş, aile..): [ ]

Diğer .....

17. Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

Her zaman: [ ] Sık sık: [ ] Nadiren: [ ] Hiçbir zaman: [ ]

## Ek C Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman    2. Nadiren    3. Kimi zaman    4. Sık olarak    5. Çok sık

	Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde					
1.	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.	Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6.	Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7.	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9.	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.	Ailemde başka türlü olmasımı istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11.	Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13.	Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14.	Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5

	Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde					
15.	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16.	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17.	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.	Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.	1	2	3	4	5
20.	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

## Ek D ORTO-11 Testi

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

		her zaman	sık sık	bazen	hiçbir zaman
1.	Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2.	Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.	Besinlerinizi seçerken lezzet sizin için besin değerinden daha mı önemlidir?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4.	Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5.	Beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6.	Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7.	Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8.	Sağlıklı beslenmek yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9.	Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10.	Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11.	Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## Ek E

### Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda sizinle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen bu ifadeleri dikkatlice okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu size uyan rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1.Hiç katılmıyorum 2.Pek katılmıyorum 3.Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4.Biraz katılıyorum 5.Tamamen katılıyorum

1.Anne-babam benim için çok yüksek ölçütler belirler.	(1) (2) (3) (4) (5)
2.Düzen benim için çok önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)
3.Çocukken mükemmel yapmadığım şeyler için cezalandırılmışımdır.	(1) (2) (3) (4) (5)
4.Kendim için en yüksek ölçütleri belirlemezsem ikinci sınıf bir insan haline gelebilirim.	(1) (2) (3) (4) (5)
5.Anne-babam benim hatalarımı hiçbir zaman anlamaya çalışmamıştır.	(1) (2) (3) (4) (5)
6. Yapığım her şeyde tam anlamıyla yeterli olmak benim için önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)
7.Ben tertipli bir insanım.	(1) (2) (3) (4) (5)
8.Düzenli bir insan olmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5)
9.Okulda/işte başarısız olmam halinde insan olarak tümüyle başarısızımdır.	(1) (2) (3) (4) (5)
10.Bir hata yaptığımda hayal kırıklığına uğrarım.	(1) (2) (3) (4) (5)
11.Anne-babam benden her şeyin en iyisini yapmamı ister.	(1) (2) (3) (4) (5)
12.Pek çok insandan daha yüksek hedefler belirlerim.	(1) (2) (3) (4) (5)
13.İşte/okulda birileri bir işi benden daha iyi yapacak olursa o zaman kendimi bütün işte başarısız olmuş gibi hissederim.	(1) (2) (3) (4) (5)
14.Kısmen başarısız olursam, bu durum tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	(1) (2) (3) (4) (5)
15.Ailemde yalnızca olağanüstü performans yeterince iyi olarak kabul görür.	(1) (2) (3) (4) (5)

16.Çabalarımı bir hedefe ulaşmak için yoğunlaştırmakta çok iyiyimdir.	(1) (2) (3) (4) (5)
17.Bir şeyleri çok dikkatli yaptığım zamanlarda bile çoğu kez tam olarak doğru olmamış gibi hissedirim.	(1) (2) (3) (4) (5)
18.Bir şeylerde en iyi olamamaktan nefret ederim.	(1) (2) (3) (4) (5)
19.Aşırı derecede yüksek hedeflerim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5)
20.Anne-babam benden mükemmeli beklerler.	(1) (2) (3) (4) (5)
21.Eğer bir hata yapacak olursam insanlar muhtemelen benim hakkımda daha olumsuz düşünürler.	(1) (2) (3) (4) (5)
22.Anne-babamın beklentilerini hiçbir zaman karşılayabilmişim gibi hissetmem.	(1) (2) (3) (4) (5)
23.Bir şeyleri diğer insanlar kadar iyi yapamazsam bu benim daha değersiz bir insan olduğum anlamına gelir.	(1) (2) (3) (4) (5)
24.Diğer insanlar kendileri için bana göre çok daha düşük standartlar belirliyormuş gibi gelir.	(1) (2) (3) (4) (5)
25.Ben her zaman en iyisini yapmazsam insanlar bana saygı duymaz.	(1) (2) (3) (4) (5)
26.Anne-babamın benim geleceğime ilişkin beklentileri her zaman için benimkilerden çok daha yüksek olmuştur.	(1) (2) (3) (4) (5)
27.Düzenli (tertipli) bir insan olmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5)
28.Yaptığım basit günlük şeyler için genellikle şüphelerim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5)
29.Tertipli olmak benim için çok önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)
30.Günlük işlerimde pek çok insana göre çok daha yüksek performans beklerim.	(1) (2) (3) (4) (5)
31.Düzenli bir insanım.	(1) (2) (3) (4) (5)
32.Bir şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işlerimde geri kalmaya eğilimliyim.	(1) (2) (3) (4) (5)
33.Bir şeyleri ‘doğru’ yapmak benim için uzun zaman alır.	(1) (2) (3) (4) (5)
34.Ne kadar az hata yaparsam insanlar beni o kadar fazla sever.	(1) (2) (3) (4) (5)
35.Ailemin ölçütlerini hiçbir zaman karşılayabilecekmişim gibi hissetmem.	(1) (2) (3) (4) (5)



## EK F

### Yeme Tutumu Testi

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu X ile işaretleyiniz.

a: Daima b: Çok sık c: Sık sık d: Bazen e: Nadiren f: Hiçbir zaman

		a	b	c	d	e	f
1.	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Yemekten önce sıkıntılı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Şişmanlamaktan ödüm kopar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Acıktığımda yemek yemeğe çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Aklım fikrim yemektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Yemeğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ailem fazla yememi bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a	b	c	d	e	f
13.	Yemek yedikten sonra kusarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Günde birkaç kere tartılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Et yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Sabahları erken uyanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Adetlerim düzenlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) zihnimi meşgul eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Lokantada yemek yemeyi severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Müşhil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a	b	c	d	e	f
35.	Kabızlıktan yakınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Perhiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ÖZGEÇMİŞ

Kıymet Yıldız 20 Haziran 1994 tarihinde Tunceli’de doğdu. Bahçeşehir Üniversitesi psikoloji (İngilizce) bölümünden 2017 yılında mezun oldu. 2017 yılında Doğuş Üniversitesi’nde klinik psikoloji yüksek lisans eğitimine başlamış ve 2018 yılında Işık Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans programına yatay geçiş yapmıştır. Yüksek lisans eğitimi boyunca Fransız Lape ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastanelerinde stajını tamamlamıştır. Işık Üniversitesi’nde iki dönem süpervizyon eşliğinde danışan görmüştür. Türk Psikologlar Derneği’nden Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulama ve yorumlama eğitimini almıştır. Hakan Türkçapar’dan Bilişsel Davranışçı Terapi Kurumsal Temel Eğitimini tamamlamıştır. Gonca Soygüt Pekak’tan Şema Terapi Temel Düzey Eğitim programını tamamlamıştır.