T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARIN YEME TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ

TUĞÇE AŞCIOĞLU

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ LÜTFİYE SÖĞÜTLÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EYLÜL/2021

İTHAF

“Canım annem ve babama ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez danışmanlığımı kabul ederek, çalışmamın tüm aşamalarında akademik bilgisiyle yol gösteren ve sürecin sonuna kadar beni motive eden danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye Söğütlü'ye teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans sürecimin başından sonuna kadar bana her türlü desteği ve sabrı gösteren, şefkatle benim yanımda olan, varlıklarını her daim üzerimde hissettiğim annem Fikriye Aşcıoğlu, Babam Rıdvan Aşcıoğlu ve kardeşim Tunay Aşcıoğlu'na içtenlikle teşekkür ediyorum.

En çok zorlandığım zamanlarda kendimi ifade fırsatı ve anlayış için alan açan, aynı yolu ve zorlukları paylaştığım bu sürecin bana kazandırdığı çok değerli meslektaşlarım; Hazal Yılmaz, Asena Hatice Kılıç, Nuran Bingöl ve Berru Aydın'a,

Yalnızca bu süreçte değil hayatımın pek çok aşamasında varlıklarını hissettiğim dostlarım Müzeyyen Tabak ve Nedim Artık'a,

Kendim olma yolunda katkısı bulunan, bilgi ve azmiyle yoluma ışık tutmuş, kalbimde yeri olan ismini sayamadığım sevdiklerime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. YEME TUTUMLARI 4
2.1.1. Yeme Bozuklukları'nın Tanımı 6
2.1.1.1. Anoreksiya nervoza 7
2.1.1.2. Bulimiya nervoza 8
2.1.1.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu 9
2.2. ÖZ-ŞEFKAT 10
2.2.1. Öz-şefkatin Alt Boyutları 12
2.2.1.1. Öz-sevecenlik/ Öz-nezaket 12
2.2.1.2. Ortak insanlık deneyimi 13
2.2.1.3. Bilinçli farkındalık 14
2.2.2. Psikoloji Kuramlarında Öz-şefkate Bakış 15
2.2.2.1. Psikanalitik kuram 15
2.2.2.2. Bilişsel davranışçı kuram 16
2.2.2.3. Hümanistik kuram 17
2.2.2.4. İlişkisel kuram 17
2.2.3. Öz-şefkat ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar 18
2.3. ALEKSİTİMİ 19
2.3.1. Aleksitimi Kavramının Ortaya Çıkışı 20
2.3.2. Aleksitimik Özellikler 21
2.3.3. Aleksitiminin Etiyolojisi 22
2.3.3.1. Biyolojik kuram 22
2.3.3.2. Psikanalitik kuram 23

2.3.3.3. Bilişsel kuram 24
2.3.4. Aleksitimi ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar 25
2.4. FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR 26
2.4.1. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM 34
3.2. UYGULAMALAR 34
3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 35
3.3.1. Demografik Bilgi Formu 35
3.3.2. Yeme Tutum Testi 36
3.3.3. Öz-şefkat Ölçeği 36
3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği 37
3.3.5. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği 38
4. BULGULAR 39
4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ 39
4.1.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi 39
4.1.2. Örneklemin Kilo ve Beslenmeyle İlgili Değişkenler Açısından İncelenmesi 40
4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ 41
4.2.1. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri 41
4.2.2. Gruplar Arası Farkların İncelenmesi 41
4.2.2.1. Değişkenlerden alınan puanların demografik değişkenler açısından incelenmesi 42
4.2.2.2. Değişkenlerden alınan puanların kilo ve beslenmeyle ilişkili değişkenler açısından incelenmesi 43
4.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 48
4.3.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 48
4.3.2. Yeme Tutumlarını Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri 51
5. TARTIŞMA 53
5.1. YEME TUTUMLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 53
5.2. ÖZ-ŞEFKAT PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 56
5.3. ALEKSİTİMİ PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 58
5.4. FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUM PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 61

5.5. ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ, FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR VE YEME TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 63
5.6. ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARIN YEME TUTUMLARINI YORDAYICI ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 68
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 71
KAYNAKLAR 75
EKLER 86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Örneklemin Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı 39

Tablo 4.2: Örneklemin Kilo ve Beslenmeyle İlgili Değişkenler Açısından Dağılımı 40

Tablo 4.3: Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici İstatistikler 41

Tablo 4.4: Değişkenlerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 42

Tablo 4.5: Değişkenlerden Alınan Puanların Psikolojik Yardım İhtiyacına Göre Karşılaştırılması 43

Tablo 4.6: Değişkenlerden Alınan Puanların Kilo Alma Korkusuna Göre Karşılaştırılması 43

Tablo 4.7: Değişkenlerden Alınan Puanların Diyet Yapma Öyküsüne Göre Karşılaştırılması 44

Tablo 4.8: Değişkenlerden Alınan Puanların Sağlıklı Beslenme Düzenine Göre Karşılaştırılması 45

Tablo 4.9: Değişkenlerden Alınan Puanların Mevcut Kilo Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması 46

Tablo 4.10: Değişkenlerden Alınan Puanların Kilo Durumundan Memnuniyete Göre Karşılaştırılması 47

Tablo 4.11: Değişkenlerden Alınan Puanların Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması 48

Tablo 4.12: Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları 50

Tablo 4.13: Yeme Tutumlarını Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi 52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırma Modeli 35

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN: Anoreksiya Nervoza

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BN: Bulimiya Nervoza

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

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARIN YEME TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisini incelemektir. Ayrıca bu değişkenlerin yeme tutumlarını ne düzeyde yordadığının açıklanması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Sakarya Üniversitesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde okumakta olan 18-30 yaş aralığında 283 kadın 106 erkek olmak üzere toplamda 389 öğrencinin katılımıyla gerçekleşmiştir. Çalışmada veri toplama araçları olarak Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi, Öz-şefkat Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler katılımcılara çevrimiçi formlar aracılığıyla gönderilmiş olup, gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllülük esası ile veriler toplanmıştır. Çalışmanın analizleri SPSS 22.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde, Bağımsız Gruplar t-Testi, Tek yönlü Varyans Analizi, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı yöntemi ve Hiyerarşik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda yeme tutumu ile öz-şefkat toplam puanının negatif yönde, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların ise pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Yordayıcı özellik analizleri sonucunda aleksitiminin duyguları tanıma zorluğu ve fonksiyonel olmayan tutumların mükemmeliyetçi tutum alt boyutunun yeme tutumlarını anlamlı düzeyde yordayıcı etkileri olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Mevcut çalışma öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisini inceleyen ilk araştırma olması niteliğiyle literatüre katkı sağlamaktadır. Ayrıca beslenme ve yeme ile ilişkili patolojilere dair öz-şefkat temelli programlar ve duygu ifadesine yer veren tekniklerin kullanılmasının terapi süreçlerine katkı sağlamak açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öz-şefkat, Aleksitimi, Fonksiyonel Olmayan Tutum, Yeme Tutumu

THE RELATIONSHIP OF EATING ATTITUDES WITH SELF-COMPASSION, ALEXITHYMIA, DYSFUNCTIONAL ATTITUDES IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the relationship of eating attıtudes with self-compassion, alexithymia and dysfunctional attitudes in university students. In addition, it is aimed to explain the predictive levels of these variables on eating attitudes.

Materials and Methods: The sample of the research composed of 389 university students, 283 females and 106 males, aged between 18-30, who were attending at the Sakarya University, Bolu Abant Izzet Baysal University and Health Sciences University. The measurement instruments for data collection included Demographic Information Form, Self-Compassion Scale, Eating Attitudes Test, Toronto Alexithymia Scale and Dysfunctional Attitudes Scale. The scales were sent to the participants via online forms, and the data were collected on a voluntary basis after the necessary information was given. The data was analyzed with SPSS 22.0 program. Independent samples t-Test, One-way Analysis of Variance, Pearson Product-Moment Correlation Coefficient method and Hierarchical Regression Analysis were used in the analysis of the research data.

Results: As a result of the research, it was revealed that eating attitude and self-compassion total score had a negatively correlation, and alexithymia and dysfunctional attitudes had a positively significant correlation. As a result of the predictive feature analysis, it was found that difficulty recognizing emotions of alexithymia and the perfectionist attitude subscale of dysfunctional attitudes had significant predictor of eating attitudes.

Conclusion: Present study contributes to the literature as it is the first study to examine the relationship of eating attıtudes with self-compassion, alexithymia, and dysfunctional attitudes. Based on the findings of the study, it is thought that the use of self-compassion-based programs and techniques that include emotion expression in nutrition and eating-related pathologies will be important in terms of contributing to therapy processes.

Key Words: Self-compassion, Alexithymia, Dysfunctional Attitudes, Eating Attitude

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme tutumu pek çok faktörle ilişkisi bulunan hem araştırma hem de uygulama alanlarında sıklıkla karşılaşılan bir kavramdır. Kişilerin yemek yeme davranışı konusundaki düşünce, duygu ve eylemlerini sistemli şekilde oluşturan ve etkileyen eğilim olarak tanımlanmaktadır (1). Olumsuz yeme tutumları gelişimsel ilerleyişte yeme bozukluğu patolojilerinin ortaya çıkışında önemli belirleyicilerden biri olabilmektedir (2). Bireylerdeki bozulmuş yeme davranışı, klinik görünüşü itibari ile hızla artmakta ve yordayıcı etkenlerin netleştirilemeyip tedavinin sağlanamadığı durumlarda ciddi sonuçlar doğurabilen yeme bozukluğu tanısına dönüşebilmektedir (3).

Son yıllarda literatürde sıklıkla araştırılmakta olan öz-şefkat, kişinin kendi yaşamış olduğu acılara karşı açıklıkla yaklaşabilmesi, acıdan kaçınmaması ve onunla bağlantısını koparmamasıyla birlikte zorlayıcı yaşantıları yatıştırma niyetiyle kendisini iyileştirebilme yönünde harekete geçebilmesini ifade etmektedir (4). Şefkatli anlayış, pasif bir kabulün ve hareketsizliğin ötesinde, kişinin acıyı dindirmek için duyduğu yoğun bir istek ve özlemden geçmektedir. Bu yönüyle bilinçli bir farkındalık, nezaketli yaklaşım, kabul ve eylem içermektedir. Yapılan pek çok çalışmada yüksek öz-şefkat düzeylerinin, daha yüksek mutluluk, iyimserlik, bağlılık, yaşam doyumu, beden memnuniyeti, algılanan yeterlilik, motivasyon; daha düşük depresyon, anksiyete, stres, ruminasyon, mükemmeliyetçilik, beden utancı ve başarısızlık korkusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (5-9). Yeme tutumlarında koruyucu etkisi olabilecek ve özellikle kişilerin yeme davranışlarının arka planında yer aldığı düşünülen mükemmeliyetçilik ve beden algısı açısından önemli bir kavram olan öz-şefkat, yeme bozukluğu semptomlarının oluşumunu azaltabilmektedir. Bununla birlikte öz-şefkatin, yeme bozukluğu semptomları ve yeme tutumlarına doğrudan ve dolaylı şekilde nasıl etki ettiğini anlamak, riskli bireylerde daha başarılı psikoterapötik sonuçlar alabilmek açısından önemlidir (10). Yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile öz-şefkat ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, yeme bozukluğu olan bireylerin diğer sağlıklı kişilere göre, öz-şefkat puanları anlamlı şekilde daha düşük ve öz-eleştiri, yeme ile ilgili utanç, beden memnuniyetsizliği, depresyon, kaygı ve stres puanları daha yüksek bulunmuştur (11). Ayrıca yeme bozukluğu gösteren bireylerin tedavi ve terapisinde öz-şefkati geliştirmeye yönelik

programların kişilerdeki yeme tutumları üzerine etki ettiği ve iyileştirici bir faktör olduğu gösterilmiştir (12,13).

Çalışmada ele alınan değişkenlerden bir diğeri olan aleksitimi, duygular ve hissedilenler için sözcük bulamama, duyguları tanıma-anlama, sözel olarak ifade etmedeki zorluklar şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kavram fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarla geniş ölçüde bağlantılı bulunmaktadır (14). Kendiliğin duygularını tanımada ve tanımlamada zorlukla karakterize edilen hem duyuşsal hem de bilişsel işlevlerde ortaya çıkan zorlanmalar, bireylerin belli psikopatolojilere eğilimini de artırabilmektedir (15). Araştırmada duygu bileşeni olarak ele alınmak istenen aleksitiminin öz-şefkat ile de bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki araştırmalar aleksitimik özellikler ile yeme tutumları arasında ilişkiler olduğunu da saptamıştır. Pek çok klinisyen bulimik ve anorektik hastalarda yüksek düzey aleksitimi gözlemlemiştir (16).

Bu çalışmanın bilişsel ayağını oluşturan değişken ise fonksiyonel olmayan tutumlardır. Bireylerin çevrelerindeki diğer insanlarla ilişkileri sonucunda kendine, çevreye ve geleceğe yönelik olumsuz birtakım değerlendirmeleri işlevsel olmayan düşüncelere yol açmaktadır (17). Yeme tutumlarına ilişkin psikolojik sorunları ortaya çıkarmaya çalışan bilişsel kuramlar terapide ağırlıklı olarak kilo, vücut şekli ve yemek yeme ile ilgili düşünce ve inançlara odaklanmaktadır. Bilişsel davranışçı modele göre yeme bozukluğuna sahip bireyler, bilgiyi işlemleyip değerlendirme sırasında hata yapmakta ve kendilerine gelen uyaranları çarpıtarak algılamaktadır. Bu durum ise, bilişsel çarpıtmaların, fonksiyonel olmayan tutum ve davranışların oluşmasına sebep olarak bireyin kendisi ve yemek ile kurduğu ilişkide bozulmalara yol açmaktadır (18). Literatürdeki çalışmalarda yeme bozukluğu patolojileri ve olumsuz yeme tutumları gösteren bireylerde fonksiyonel olmayan tutum puanlarının yüksek olduğu gösterilmektedir (19,20). Bu anlamda çalışmada yer verilen değişken olan fonksiyonel olmayan tutumların anlaşılması yeme tutumlarını açıklamada bir çerçeve sunmaktadır.

Çalışmada araştırılan değişkenlerin ayrı ayrı ilişkilerine dair literatürde ele alınan çalışmalar olmakla birlikte öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmaya hem yabancı hem ülkemiz literatüründe rastlanmamıştır. Ayrıca öz-şefkat, pek çok farklı kavramla beraber araştırılmış olsa da yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile ilgili literatürde çok az yer bulabildiği görülmektedir. Bu yönüyle hem değişkenler arasındaki ilişki ve etkileri

kavrayabilme hem de yeme tutumlarını açıklama ve anlama noktasında mevcut araştırmanın önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu tezin amacı, üniversite öğrencilerinde öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisini incelemektir. Öz-şefkatin alt boyutları, aleksitimi düzeyleri ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumlarını ne derecede yordadığını incelemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri saptamak bu tezin temel amaçlarını oluşturmaktadır.

Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Öz-şefkat, aleksitimi, fonksiyonel olmayan tutumlar üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarını yordayacaktır.
2. Üniversite öğrencilerinin öz-şefkat düzeyi arttıkça, olumsuz yeme tutum puanları azalacaktır.
3. Yeme tutum puanları arttıkça, öz- şefkatin olumsuz alt boyutlarından (öz-yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme) alınan puan artacak, olumlu alt boyut (öz-sevecenlik, bilinçli farkındalık ve ortak paydaşım) puanları azalacaktır.
4. Katılımcıların aleksitimi düzeyleri ve fonksiyonel olmayan tutumları arttıkça olumsuz yeme tutum puanları artacaktır.

Hipotezlere ek olarak, bu çalışmada ele alınan araştırma soruları şunlardır:

1. Yeme tutumları ile öz-şefkatin olumlu-olumsuz alt boyutları, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum puanları arasında ilişki var mıdır?
2. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumları, öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum puanları cinsiyet, psikolojik yardım alma ihtiyacı, Beden Kitle İndeksi (BKİ), diyet öyküsü, sağlıklı beslenme düzeyi, şu anki kiloyu değerlendirme, kilodan duyulan memnuniyet ve kilo alma korkusuna göre farklılaşmakta mıdır?
3. Öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum boyutları yeme tutumlarını ne düzeyde yordamaktadır?

Bu amaçlar doğrultusunda genel bilgiler bölümünde yeme tutumları, öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumlar ile ilgili kuramsal bilgilere ve bu değişkenlerin ilişkilerine dair alanyazında yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YEME TUTUMLARI

Herhangi bir kişiye, bir nesneye veya bir düşünceye karşılık gelecek şekilde, sergilenen olumlu veya olumsuz davranış tutum olarak nitelendirilebilmektedir. Bu açıklama ekseninde yeme tutumu, bireylerin yemek yeme davranışı ile ilgili duygu, düşünce ve eylemlerini sistematik şekilde oluşturan ve etkileyen eğilim olarak tanımlanmaktadır (1).

Yaşamsal bir işlev olan ve anne karnından itibaren bireyin gerçekleştirmeye yönelik adım atmasını gerektiren bir dürtüsel ihtiyaç olarak görülen yeme davranışı, bireyin yaşamda var olma şeklini de belirleyen ve sosyal-ilişkisel anlamları olan bir eylemdir. Bu eylemde ortaya çıkan sorunları görmek ve anlayabilmek, kişinin içsel dünyasında kurduğu birtakım bağlantıları da yakalayabilme fırsatı sunması açısından önemlidir.

Yeme ile ilişkili pek çok durumu belirleyici niteliğe sahip olan yeme tutumları, bireyin hem kendisi hem de yemekle kurduğu bağı anlayabilmek açısından da önemli olmaktadır. Bu çerçevede olumsuz yeme tutumları, kendilik ve beden algısını da normalden uzak şekilde değerlendirmeye yol açarak, kişinin gündelik işlevselliğini etkileyerek yeme patolojilerinin oluşumuna zemin hazırlayıcı nitelikte olabilmektedir.

Yeme davranışının yalnızca fizyolojik bir ihtiyaç olan açlığı gidermek için ortaya çıkmadığı, kişinin uyguladığı yanlış yeme davranışlarının işlevselliği azaltıcı etkisinin birtakım risk etmenleri ve tetikleyicileri olabileceği ifade edilmiştir (21). Yeme tutumlarında ortaya çıkan değişiklikler, farkındalıktan uzak şekilde yemek yeme, düzensiz beslenme, yemek yeme esnasında odağın değişmesi, zamansal faktörler sebebiyle hızlıca yeme veya yemenin geçiştirilmesi gibi olumsuz yeme davranışlarına dönüşebilmektedir (22). Yeme tutumlarında ortaya çıkan bozulmalar ve özellikle olumsuz yeme tutumları, gelişimsel olarak süreklilik gösterebilmekte ve sonraki dönemlerde bireyde ortaya çıkabilecek yeme bozukluklarında en önemli yordayıcı faktör olabilmektedir (2,23).

Olumsuz yeme tutumlarına sahip kişiler, çoğu zaman, sahici bir beden imgesine sahip değildir. Kişiler, kiloyla ilişkili durumlarını gerçekçi bir bakış açısından ele alamayabilir ve ideal boy-kilo bağlantısını oluşturmakta zorlanabilmektedirler (24-26).

Günümüzde karşılaşılan bozulmuş yeme davranışı, klinik görünüşü itibari ile hızla artmakta ve yordayıcı etkenler netleştirilemediği için, uygun tedavi başlanamadığında çok ciddi sonuçlara yol açabilen olası yeme bozuklukları tanısına dönüşebilmektedir. Bu anlamda yeme bozuklukları, yeme tutumları ile ilgili olan tüm bozuklukları dahil edecek şekilde kullanılmaktadır (3).

Bu konuda yapılan pek çok araştırma, sağlıklı kadınların yaklaşık %30'unun en az bir kez yeme tutumu ile ilgili bozukluk deneyimlediğini ortaya koymaktadır (26,27). Musaiger ve ark. (28), 530 üniversite öğrencisi ile yeme tutumları hakkında araştırma yapmışlardır. Yapılan incelemeler sonucunda, kilo alma kaygısı, tıkınırcasına yemek yeme, anoreksiya nevroza ve bulimiya nevroza gibi sorunların düzensiz yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Yeme sendromlarının karakteristik semptomlarına ek olarak yeme bozukluğu hastaları, diğer faktörlerin yanısıra anksiyete, öfke, korku ve suçlulukla birlikte etiketlenen, yiyecekle karmaşık bir ilişki içinde, yemek yeme konusunda bir dizi yetersiz ve işlevsiz tutuma sahip olmaktadır. Bu tutumları kavramak hastalığın psikolojik açıdan gelişimini anlamayı, yeme bozukluğunu önlemeye yardımcı olmayı ve bozukluk oluşması durumunda da belirlenen düzensiz tutumların değiştirilmesi yoluyla yeme bozukluklarının başarılı tedavisini sağlamak açısından önemli olmaktadır. Ayrıca yeme tutumlarının, yeme bozukluğu hastalarında klinik değişkenlik hakkında daha fazla bilgiye ulaşmada da etkisi olduğu düşünülmektedir (29).

Yeme ile ilişkili bozukluklarda kişilerin kendilerine, çevreye ve dünyaya dair duygu ve düşüncelerinin hangi yapıları içerdiğini kapsamlı şekilde incelemek önemlidir. Kişiyi, aşırı yeme veya kendini aç bırakma gibi iki uç durum arasında sürükleyen şey, yemek ile kurulan patolojik bağın niteliğini anlamaya çalışmaktan geçmektedir.

Alvarenga ve ark. (29), yeme bozukluğu olan ve obez hastaların sergilediği inanç, düşünce, duygu, davranış ve yemekle ilişkisine odaklanarak yeme tutumlarını değerlendirmek ve olası benzerlik-farklılıkları karşılaştırmak amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma sonucunda Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza hastalarının daha fazla işlevsiz yeme tutumuna sahip olduğu, obez grubun daha az işlevsiz

inanç gösterdiği bulunmuştur. Araştırmacılara göre, iki grup arasındaki farkı belirleyen faktör; yemekle ilişki ve ardından yemeye karşı gösterilen duygular olmaktadır (29). Ortaya çıkan bu sonuç, aslında bireylerin yeme eylemini ortaya koyarken, içsel anlamda hangi duygulara sahip olduğunun, bilişsel düzeyde yönelimini belirleyen faktörlere dikkat çekmesi açısından değerlidir.

Tutumlardaki bozulma, yeme bozukluğu için risk faktörü olarak değerlendirilse de her zaman yeme bozukluğu olduğu veya olabileceği anlamına gelmediği de unutulmamalıdır (30).

Klinik olmayan popülasyonlarda olumsuz yeme tutum ve davranışlarının bireyselleşmesi, bozulmuş yeme alışkanlıklarıyla ilgili eğilimleri ve değişiklikleri izlemek ve bağlantılı faktörleri tanımlamak açısından önemlidir (31,32). Bir diğer deyişle, normal popülasyonda yeme tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörleri incelemek, hem kişileri olumsuz tutuma götüren sebeplerden birkaçını anlamayı hem de sonrasında bu faktörleri koruyucu bir işlev olarak kullanabilmeyi sağlayacaktır.

2.1.1. Yeme Bozuklukları'nın Tanımı

Yeme bozuklukları, kişinin fiziksel veya zihinsel sağlığını olumsuz olarak etkileyen anormal yeme alışkanlıkları olarak tanımlanan bir psikiyatrik rahatsızlıktır (33). Günümüzde yeme alışkanlıklarının çocukluktan itibaren değişimi, sosyal medya ve toplumsal birtakım yargılarla birlikte bu bozuklukların sıklığı artmakta ve bireylerin yaşamında ciddi problemlere yol açabilmektedir.

Klinisyenler yeme bozukluklarını tanımlamada kullanılan 3 temel özelliği şu şekilde belirtmektedir: Yeme alışkanlıklarında ya da kilo kontrolüne ilişkin davranışlarda ortaya çıkan bir eksiklik veya bozulma, gündelik işlevsellikte veya fiziksel sağlıkta önemli bir bozulmaya yol açan kilo-şekil ile ilgili aşırı değerlendirme gibi yeme bozukluğu özellikleri ya da davranış bozuklukları, başka bir psikiyatrik bozukluğa ya da genel bir tıbbi duruma ikincil ortaya çıkmayan davranış bozukluğu' dur (34).

Yeme ve beden ile ilişkili bozulmaları içeren durumlar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) Beslenme ve yeme bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (33). Bu bozukluk sınıflandırmasındaki, Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), çoğunlukla ergenlik döneminde başlayan ve tedavi edilmediğinde düzelme olasılığı oldukça düşük ve ciddi

riskler taşımakta, Pika ve Geri Çıkarma Bozukluğu ise, daha çok çocuklukta ortaya çıkan bozukluklar olarak görülmektedir (35).

Yeme bozuklukları genellikle ergenlik döneminde başlamakta, hastaların çoğunluğu kadın, klinik tabloya pek çok medikal ve psikiyatrik ve problem eşlik edebilmektedir. YB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1-4 olduğu belirtilmektedir (36, 37). Ülkemizde %1-3 civarında bulgulanmıştır (38).

Yeme bozuklukları gidişatı diğer hastalıklara göre nispeten kötü, kalıcı ve uzun süreli hastalıklardır (39-41). Tüm psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en yüksek ölüm oranı ile sonuçlanmaktadırlar. Ayrıca yeme bozukluğu ergenler arasında görülen kronik hastalıklarda 3. sırada yer almaktadır (42,43). Bu açıdan bakıldığında genç yetişkinlik döneminde yeme tutumları ile ilişkili herhangi bir olumsuzluk, bozulma veya patolojik gelişim bireyin yaşamını tehdit edici bir faktör olabilmektedir.

Çeşitli boylamsal çalışmalar, yeme bozukluğu semptomlarının gelişiminde belirli faktörlerin rolünü incelemiştir. Bu çalışmalar sosyo-çevresel (örn, medyanın, zayıf görünümü idealize etmesi), duygusal (örn, beden memnuniyetsizliği), psikolojik (örn, zayıf ideali içselleştirme, benlik saygısı) ve davranışsal (örn, diyet kısıtlaması) faktörleri tanımlamıştır. Teorisyenler, bir bireyin fiziksel görünüş ile ilgili inançlarının gelişiminin zayıflık, ideal kilo ile ilgili sıklıkla sosyal medyaya maruz kalma, kültürel değerler gibi değişkenlerden etkilenebileceğini belirtmektedir (44). Yeme bozukluklarında etiyoloji incelendiğinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğu çok bileşenli bir yapı dikkat çekmektedir (45-47). Etiyolojinin çok bileşenli yapısı, tedavi çalışmalarını da doğrudan etkilemektedir (48). Yeme patolojilerinin gelişiminde etkili olan pek çok bileşen, bu bozuklukların tedavi ve terapi süreçlerini de şekillendirmekte ve hastalanan bireyin yaşamında önemli bir değişim yaratabilmektedir.

2.1.1.1. Anoreksiya nervoza: Yeme bozuklukları arasında adından en çok söz ettiren ve klinisyenlerin üzerinde büyük oranda uzlaştığı bozukluk anoreksiya nervozadır. Kilo alma-şişmanlama korkusu ve zayıf bir bedensel duruşa sahip olma isteğinin yeme tutum ve davranışlarına yansıdığı bir patoloji olarak görülmektedir (49).

İlk kez 1873 yılında Sir William Gull ile birlikte Ernest Charles Laseque, histerik anoreksiya tanımını kullanmışlardır. 1950'lerde Bruch, Anoreksiya Nervoza'nın temelinde psikolojik faktörlerin bulunduğunu ifade etmiş, bozulan bilişlerin değiştirilmesi üzerine tedaviler önermiştir (50-52).

Anoreksiya kavramı, iştah kaybı; nervoza ise bu kaybın duygusal alt yapısının olduğunu ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu terimin kullanımının yanlış bir isimlendirme sonucu ortaya çıktığı söylenmektedir çünkü anorektik bireyler yemekle ilgisini ve iştahını kaybetmemektedir. Aslında Anoreksiya Nervoza'da temel mesele beden ve benliğe dair algıdan kaynaklanmaktadır (53).

Anoreksiya Nervoza (AN), düşük kilo ile belirli (Beden Kitle İndeksi Dünya Sağlık Örgütü'nce belirlenen standardın altında), beden ve kilo ile aşırı meşguliyetin olduğu, kilo almamak veya vermek için yemeyi kısıtlama, tıkınırcasına yiyip ardından çıkarma gibi yöntemleri içeren bir bozukluktur (35).

AN erken ve orta ergenlik yıllarında sıklıkla diyet yapma ve bir yaşamsal stresin varlığıyla kendini gösterebilmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı %1'den az olmakla birlikte kadınlarda erkeklere oranla en az 10 kat daha sık görülmektedir (54). Batı ülkelerinde yaygınlığı bilinen bu patolojinin ülkemizde %0,1-1 oranında görüldüğü araştırmalarla belirtilmiştir (55,56).

Anorektik bireylerin %50-70'i zaman içerisinde iyileşmektedir (57). Fakat iyileşme ve toparlanma süreci, genellikle 6- 7 yıl sürmektedir. Sabit bir yeme düzeni ve kiloya ulaşılıp sürdürülmesinden önce nükslerle yaygın olarak karşılaşılmaktadır (53). AN'li bireylerde ölüm oranları, genel nüfusa göre 10 kat fazla görülmektedir. Bu da Anoreksiya Nervoza'nın ciddiyetini tekrar gözler önüne sermektedir. Anorektik kadınların ölüm oranlarının da %3- 5 arasında değiştiği bildirilmektedir (57).

2.1.1.2. Bulimiya nervoza: Bulimiya Nervoza (BN), Bous (öküz) ve limos (açlık) sözcüklerinin biraraya gelmesiyle oluşmuş "bir öküzü yiyebilecek oranda büyük açlık" ya da "bir öküz kadar yiyebilmek" anlamındaki patolojik iştah durumunu tanımlar (58).

20. yüzyılın başlarında bulimiya işaretleri ile bildirilen ve şimdiki tanımıyla BN'ye yakın sayılabilecek vakalardan bahsedilmiştir. Gerald Russell 1979 yılında Bulimiya Nervoza'yı ayrı bir durum olarak tanımlamıştır (59,60).

Yeme bozukluklarının BN alt türü, fazla miktarda yiyeceğin aniden tüketimi sonrasında kilo almayı engellemek amacıyla kendini kusturma, aç kalma, aşırı egzersiz gibi telafi edici bir davranışı takip eden dönemlerle karakterize olmaktadır. BN'de kişiler tıkınmaları gizli yapabilmekte, stres ve olumsuz duygular ile tetiklenmekte ve kişi rahatsız hissedecek düzeyde doyana kadar yemeye devam etmektedir (53,61,62).

Bulimiya Nervoza'da, anoreksiyaya göre farklılık gösteren şey, kişilerin olmaları gereken normal kiloda veya şişman olabilmeleridir. Tıkınırcasına yeme atakları sonlandığında, rahatsız hissetme ve iğrenme duygusu ile kilo alma korkusu bulunmaktadır. Çıkarma davranışı, kendini kusturma, müshil, idrar söktürücüler, aç kalma ya da aşırı egzersiz kilo almayı engellemek için kullanılan uygunsuz telafi edici davranışları içermektedir (53).

BN, genellikle geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde başlar. Hastaların %90'ı kadındır ve bu bozukluğun kadınlarda yaygınlığı %1-2 olduğu düşünülmektedir (54). AN ve BN, genellikle kadınların ergenlik döneminde başlasa da yetişkinlikten orta yaşa devam edebilmektedir (63,64). Bulimik kişilerle yapılan izlem çalışmaları bu kişilerin %75'inin iyileşebildiğini fakat %10-20'sinde semptomların devam ettiğini göstermiştir (65).

2.1.1.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Tıkınırcasına yeme davranışından ilk defa 1959 yılında Albert Stunkard bahsetmiştir. Stunkard, tıkınırcasına yeme' nin, obez bireylerde görülen anormal düzeyde olan yeme alışkanlıklarından biri olduğunu ifade etmiştir. Obez bireylerde "tıkınırcasına yeme" ile beraber "gece yeme" ve "doyma hissi duymadan yeme" olmak üzere üç farklı patolojik yemeden bahsetmiştir (66). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun tanı ölçütleri ile birlikte tanımlanması ise 1991 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67,68).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), daha çok obez kişilerde görülen, kısa bir zamanda normal miktarın üzerinde, kendini kaybedercesine ve hiç duramayacakmış gibi yeme atakları gösterdiği bir yeme bozukluğu türüdür (35). Bu bozukluğa sahip kişiler genellikle obez bireylerdir. Ancak obez kişilerin her birinin tıkınırcasına yeme bozukluğu kriterlerini karşılamadığını bilmek önemlidir. TYB, daha çok obezite ve kişinin diyet yapma öyküsü ile bağlantılı olmaktadır (53,69,70) Tıkınırcasına yiyen ve yerken kontrolü kaybeden kişiler, obez bireylerin %2-25'ini oluşturmaktadır (71).

TYB, Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza'ya oranla toplumda sıklıkla karşılaşılan ve yetişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğudur (72,73). Epidemiyoloji araştırmaları, TYB'nin toplumdaki yaygınlık oranının %0,7 ve %6,6; yaşam boyu yaygınlığının %3 olduğunu göstermektedir (72). Kadınlarda yaygınlığı %3,5 iken, erkeklerdeki oran %2'dir (53).

Kessler ve ark. (74) çalışmasına göre, TYB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1,4, başlangıç yaşı 20'li yaşlar, kadınlarda hastalığa yakalanma riski daha fazladır. Ülkemizde ergenlerde görülen yeme bozukluğu' nun incelendiği bir araştırmada Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu oranı %0,99 olarak gösterilmiştir. Aynı çalışmada Anoreksiya Nervoza %0,034 ve Bulimiya Nervoza %0,79 olarak rapor edilmiştir (38). Yapılan araştırmalar, TYB tanısı alan kişilerde iyileşme oranının %25-82 olduğunu göstermektedir (57,75).

2.2. ÖZ-ŞEFKAT

Şefkat kelimesi, Latince *com* (ile) sözcüğü ve *pati* (acı çekmek) sözcüklerinden oluşmakta ve 'birlikte acı çekmek' anlamında kullanılmaktadır. Bir kişiye şefkatle yaklaşmak, o kişinin acı içinde olduğunu kabul ederek, sevgi ve iyilik duygusunu karşı tarafa aktarabilmekten geçer (76). Germer'a göre (76) '' Şefkat, yüreğin bir başkasının ıstırabına karşı titreyerek tepki vermesi ve bu acının hafifletilmesini istemesidir *''* (76, p.111). Şefkatli olma deneyimi, duygusal rahatsızlık durumuna karşı direnme eğiliminden vazgeçerek, bir kişiyi, acıyı veya acıya verdiğimiz tepkileri kabul edebilmektir. Ayrıca, burada acıya verilen yanıt, onu yok saymak ya da görmemek değildir, ıstırabı dindirmekle ilgili bireyin içinde uyanan bir istek ve arzu hali var olmaktadır (76).

Kristin Neff, Chris Germer ve Steve Hickman, şefkatin Yin ve Yang taraflarını tartışmaya başlamış ve her bireyin içinde bulunan iki tarafı somutlaştırmakla ilgili fikirler öne sürmüşlerdir. Yin şefkat, bir anne şefkati gibi durabilmeyi, olanı olduğu gibi kabul edebilmeyi, nazikçe kendine yaklaşabilmeyi içerirken, şefkatin Yang tarafı, bireyin başına gelen zorlayıcı durumlara karşı kendini koruyabilmesi, besleyebilmesi ve eyleme geçebilmesini içeren aktif bir süreç olmaktadır (77). Bu iki kutbu birleştirebilmek; cesaret, bilgelik ve nezaketle acının karşısında durabilmekle ilgili motivasyonel, bilişsel ve duygusal süreçleri de içermektedir.

Budist temelli psikolojinin 2500 yıldır merkezinde bulunan öz-şefkat, Batılı Psikologlar tarafından son yıllarda açıklanmaya çalışılmaktadır (78). Buda öğretilerinde sıklıkla karşılaşılan öz-şefkat literatürdeki şekliyle ilk olarak Kristen Neff tarafından tanımlanmıştır. Neff'e göre öz-şefkat; bireyin kendi acılarına karşı açık olması ve ondan duygusal olarak etkilenmesi, kaçınmaması ve o acıyla bağlantısını koparmadan, acıya karşı yatıştırma isteği üreterek kendisini şefkatle iyileştirmesi' dir (4).

Öz-şefkat kişisel yetersizlikler, hatalar ve başarısızlık durumları ile ilişkili olmakla birlikte aynı zamanda bireyin kontrolü dışındaki acılı yaşam deneyimlerinde de karşısına çıkmaktadır (79). Öz-şefkat kişinin acısına, yetersizliklerine ve başarısızlıklarına yargısız bir anlayışla yaklaşabilmesini de içerir, böylece kişinin yaşantısı daha büyük insan deneyiminin bir parçası olarak görülür. Başarısızlıklar, acı içeren deneyimler veya yetersizlikler bütün insanlar tarafından deneyimlenen olağan hallerdir. İnsanın sınırlı ve kusurlu bir varlık olduğunun kabulüyle birlikte ve öz-şefkat bakış açısıyla kişi bu anlayışı fark ettiğinde kendisinin ve diğer tüm insanların şefkati hak ettiğine inanır (4). Birey yaşadığı olumsuz olaylara veya deneyimlerine açık yüreklilikle yaklaşabilmekte ve bu da kişinin duygusal olarak dayanıklı olmasını ve psikolojik iyi oluşunu olanaklı kılmaktadır (78).

Öz-şefkatli olmak benmerkezci olmayı gerektirmez. Bunun yerine kişi hem kendisi hem de başkaları için şefkat ve ilgi duygularını geliştirme eğilimi barındırmaktadır. Kişinin kendine anlayış gösterebilmesi, zorlayıcı anlarda kendine sevgiyle yaklaşabilmesi bencil bir tutum olmaktan ziyade besleyici ve destekleyici bir güç olabilmektedir (4)

Öz-şefkat, pasif bir şekilde beklemek anlamına da gelmemektedir. Öz-şefkatli kişi kendisi için koyduğu ideal hedefleri gerçekleştirmediği için kendisini katı bir şekilde eleştirmez. Kendine şefkat göstermek, kişinin başarısızlıklarının fark edilmemesi veya düzeltmek için bir çaba gösterilmemesi anlamını taşımamaktadır. Kişi psikolojik sağlığı ve bireysel işleyişi için gerekli davranışları nezaket ve sabır içinde gerçekleştirmeye çalışır. Bu sebeple, öz-şefkat bireysel zayıflıklara yönelik pasif olma veya hareketsizliği içermez. Bu durumun aksine öz-şefkatin azaldığı durumlar kişiyi daha fazla pasif olmaya itebilir. Kişi kendini sert bir şekilde yargıladığında, benliğin koruyucu işlevleri kaybolabilir (4).

Öz-şefkat, kendine acıma durumundan da farklıdır. Kendine acıyan kişiler, bireysel problemlerinin içinden bir türlü çıkamaz ve yaşadıkları şeyin yalnızca kendi başlarına geldiğini düşünürler. Oysa öz-şefkatin ortak paydaşımını kavramak kişinin izole hissetme halinden çıkıp diğer insanlara bağlı ve ilişki içinde hissedebilmesini getirir (4). Kişi hem yaşantısından hem de çevresinden kopukluk hissetmeden o deneyim içinde kalabilmektedir.

Acı verici deneyimlerden kaçınmamak ve bastırmadan o durumun içinde kalabilmek öz-şefkat için önemli bir nokta olmaktadır. Kişi böylelikle farkındalıktan kabul' e doğru yol alabilir.

2.2.1. Öz-şefkatin Alt Boyutları

Neff, Öz-şefkatin 3 temel bileşenini tanımlamıştır. Bu bileşenler; öz-sevecenlik, ortak insanlık deneyimi ve bilinçli farkındalıktır. Bu bileşenler birbirleriyle ilişki içinde ve ortak şekilde çalışarak öz-şefkatin çerçevesini oluşturur (79).

2.2.1.1. Öz-sevecenlik/ Öz-nezaket: Öz-sevecenlik, bireyin acı, başarısızlık ya da yetersizlik hissettiği durumlarda kendini acımasızca eleştirmek yerine kendine karşı nazikçe ve anlayışla yaklaşabilmesini ifade etmektedir. Kişiler kendilerine, sıklıkla bir arkadaşlarına yaklaştıkları gibi sevgi ve anlayış içinde yaklaşmamaktadır. Bu noktada öz-sevecenlik, kişinin acıyla karşılaştığında veya yaşamsal zorlanma durumlarında kendini eleştirmek veya kızmak yerine sakinleştirebilmesini içermektedir. Bu yaklaşımla birlikte kişinin içsel iletişimi zorlayıcı ve aşağılayıcı olmaktan çok nazik ve cesaretlendirici hale gelmektedir (79).

İnsan olmanın doğası birtakım eksiklikler ve yetersizlikler barındırdığı için, dünyadaki her bir bireyin de potansiyel bir eksiklikle dünyada olduğunu hatırlamak, acıya karşı nötr bir konum alabilmeyi ve ihtiyaca doğru eyleme geçebilmeyi sağlamaktadır.

Batı kültürü, diğer insanlara karşı kibar olmaya büyük vurgu yapmaktadır, ancak bireyin kendisine karşı da böyle davranması gerektiği fikri pek fazla önemsenmez. Bireyin hata yaptığında veya başarısızlık yaşadığında kendine karşı sert ve yargılayıcı bir iç dil kullanması olasıdır. Ancak yakın bir arkadaş veya hatta bir yabancıya eleştirel bir dil kullanma ihtimali daha düşüktür (80). Bu tür yargılayıcı içsel sesler, birçok psikiyatrik bozukluğun gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili olabilir. Bu sebeple, öz-sevecenliğin koruyucu faktör olarak görev yapacağı düşünülmektedir (81).

Neff ve Dahm'a göre (80) problemler, bir işi kaybetmek veya araba kazası geçirmek gibi bireyin kontrolünün dışında gelişen faktörlerden kaynaklansa dahî, aynı durumu yaşayan bir arkadaşına vereceği tepkiyi kişi kendine vermemektedir. Tam da bu noktada öz-sevecenlik, bireyin kendisine karşı anlayışlı ve destekleyici olabilmesini içerir. Kişinin içsel iletişimi katı ve aşağılayıcı olmak yerine nazik ve cesaretlendiricidir. Dışsal yaşam olayları kişiyi zorladığında, kendine şefkat gösterebilen birey kendini

sakinleştirerek besleyebilir. Bu sayede acı ve zorlayıcı durumlarda kişinin kendini iyileştirme arzusu ortaya çıkabilmektedir. Birey, stres içeren yaşam koşullarıyla karşılaştığında, o durumu acilen kontrol etmeye çalışmak veya problemi çözmek yerine, öz-şefkatli cevapla yaşanan olayda kendini sakinleştirip rahatlatmak için durabilir (79).

2.2.1.2. Ortak insanlık deneyimi: Öz-şefkatin bir diğer alt bileşeni insanlık hallerinin mükemmel olmadığını hatırlamayı içermektedir. Bireyler bir acıyla karşılaştıklarında sıklıkla kendilerini diğer insanlardan ayrı ve izole olmuş hissetme eğilimi gösterir. Kişi deneyimlediği acı, başarısızlık veya yetersizliğin yalnızca kendine özgü olduğunu ve yalnızca onun başına geldiğini düşünebilir. Ancak insan temelde başarısızlık ve eksikliğin aslında normal olduğunu unutmaktadır (79). Tüm insanlar başarısızlığa uğrar, hata yapabilir ve zorlayıcı durumlarla karşılaşabilirler. Öz-şefkat bağlantıları, kişinin kusurluluk durumunu diğer insanların da paylaştığı bir insanlık hali olarak görmeyi sağlar bu yüzden de kapsayıcıdır.

Bu kavrama göre temelde insanlar acı çekerken yalnız değildir. İnsan deneyimlerinin bir kısmı dünya üzerindeki her birey tarafından paylaşılmaktadır. Bu bileşen insanın yaşadığı eksiklik ve yetersizliklerde yalnız olmadığını, kusurlulukların tüm bireyler tarafından deneyimlenen haller olduğunu kavramayı içerir. Öz-şefkatle birlikte kişi, aslında diğer tüm insanların benzer problemler yaşadığını, acıları ve yaşamsal zorlanmaları olan kişinin yalnızca kendisi olmadığını fark eder (79).

İnsanlık duygusunu paylaşmak ve herkesin kusurları olabileceğini görmek, kişinin kendi zayıflıklarına karşı kapsayıcı bir bakış geliştirmesine olanak sağlar. Şefkatin ortak paydaşımını anlamak, kişinin acı tarafından izole olmuş ve yalnız hissetmesi yerine gerçek yaşamda bir öteki ile bağlı olduğunu hissedebilmesini sağlar (82, p.54). İnsan deneyimlerinin ortaklaştığını kavrayabilmek bireyin yalnızlık ve tecrit edilme duygusundan çıkmasına yardımcı olarak, kendi potansiyelini gerçekleştirebilme yolunda ilerlemesini kolaylaştırır (76).

Acı çekmenin ve kişisel başarısızlığın tüm insanların başına geldiğini hatırlamak, kişinin kendi deneyimini bir zemine oturtabilmesini sağlar, aynı zamanda kişinin düşünce ve duyguları ile aşırı özdeşleşmeden onlara dikkat gösterebilme becerisini geliştirir (4). Öz-şefkatin ortak paydaşımı, tüm insanlık hallerinin evrensel olduğunu kavrayabilmeyi ve olumlu olumsuz tüm duyguların insana özgü olduğunu kabul edebilmeyi getirir. Yaşamın içinde bütün duygu ve düşüncelere yer olduğunu, deneyimlerimizde diğer

insanlara bir şekilde bağlı olduğumuzu hatırlamak öz-şefkati pekiştirmektedir. Sosyal bir varlık olan insanın, yaşadığı tüm duygu ve deneyimlerde diğer insanlarla paydaşlık hissetmesi, acı ve zorluk içinde bütüncül bir kabulle durabilmesini sağlamaktadır.

2.2.1.3. Bilinçli farkındalık: Bilinçli farkındalık ve öz-şefkat birbiri ile oldukça bağlantılı kavramlardır. Germer' ın (76) belirttiği gibi, bilinçli farkındalık egzersizlerinde öz-şefkat örtülü şekilde yer almakta, farkındalık da öz-şefkatin içinde bulunmaktadır. Farkındalığın ve öz-şefkatin ortak iyileştirici yanı, bireyin duygusal acılarla aşamalı şekilde bir dostluk ve bağ kurmasına yol açan değişimi getirmeleridir. Farkındalık acıyı hissetmek, öz-şefkat ise acı içindeyken kendini bağrına basabilmekten geçmektedir (76, p. 120).

Bilinçli farkındalık, kişinin yönünü zorlayıcı düşünce ve duygularına çevirebilmesini ve onları baskılamadan ya da kaçınmadan olduğu haliyle görebilmesini sağlar. Acı içeren deneyimleri göz ardı etmeden ya da inkar etmeden aynı zamanda şefkati hissedebilmek önemli bir beceridir (79). Kişi bilinçli farkındalık halindeyken o anki gerçeklik durumunu, olduğu şekliyle ve açık bir biçimde deneyimler (80).

Farkındalığın diğer ucunda bulunan aşırı özdeşleşme, kişinin o anda yaşadığı durumla kendini adeta bir bütün olarak deneyimlemesini ifade etmektedir. Bir diğer deyişle kişi yaşadığı durum ile kendi duygusunu ayırt edememektedir. Aşırı özdeşleşme durumu, birey duygusal tepkisellik içinde bulunduğu zaman oluşur (76). Nolen-Hoeksema' ya göre (83), olumsuz duygu ve düşüncelerle aşırı özdeşleşme ve bu hisler üzerindeki ruminasyon, kişinin odağını kısıtlar ve aşırı derecede olumsuz kendilik tasarımı yaratır.

Bilinçli farkındalık anında kişi, yaşadığı acı verici düşünceler ve duygularla aşırı özdeşleşmek yerine bastırmadan, reddetmeden ve yargılamadan olduğu gibi dengeli bir farkındalık içinde tutmaktadır (4). Zihinsel alan zorlayıcı duygulara bilinçli şekilde yaklaşarak oluşur. Bu da büyük bir açıklık, bakış ve sakin tutum ile mümkündür (79). Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini bulunduğu ana verip kendine şimdiyi hatırlatabilmesini; acı, eleştiri veya diğer insanlardan izole olmuş hissedilen anlarda bu durumu fark etmeyi sağlar ve kişiye bir çözüm yolu sunarak psikolojik iyilik haline aracılık eder. Farkındalık, aynı duyguda olma, bağışlayıcı olma, duyarlı kalabilme ve sevebilme hislerini ortaya çıkararak bireyi öz-şefkate taşıyabilmektedir (76).

Öz şefkatin bilinçli farkındalık bileşeni diğer iki bileşene de doğrudan katkı sağlamaktadır. Farkındalığın yargılayıcı olmayan, tarafsız duruşu, kişinin kendini eleştirmesini azaltmakta ve kendini anlamayı arttırmaktadır. Ayrıca, dengeli bir bakış içinde acının farkında olmak, diğer insanlardan izole ve ayrı hissetmenin ötesinde bağlılık duygularını pekiştirmektedir (4).

Birey, acı verici düşüncelere ve duyguları deneyimlemeye kendini şefkatle kucaklamak için istekli olmak durumundadır (80). Yaşanan olaya dair farkındalık içinde olabilmek, gerçeği olduğu şekliyle kabul edebilmek, acıya rağmen değil acıyla beraber kalabilmek insanı geliştiren bir kapasite olması sebebiyle öz-şefkate bakışı da etkileyecektir. Hayattaki her duygunun insani olduğunu bilmek ve deneyimlenen anlarda hepsine yer açabilmek oldukça kıymetlidir.

Neff, öz-şefkatin üç bileşeninin kavramsal açıdan farklı olduğunu aynı zamanda birbirleriyle örtüştüğünü ve birbirini oluşturduklarını öne sürmüştür. Örneğin, bilinçli farkındalığın kabul edici yanı, öz eleştiriyi azaltmaya ve ortak paydaşımı anlamak için gereken içgörüyü sağlamaya yardımcı olur. Benzer şekilde öz-sevecenlik, olumsuz duygusal deneyimlerin etkisini azaltır ve bu deneyimler hakkında kişinin farkındalığını kolaylaştırır. Acı çekmenin ve bireysel başarısızlıkların başkalarıyla paylaşıldığını fark etmek, kişinin kendini suçlama düzeyini azaltmasının yanısıra aşırı özdeşleşme sürecini baskılayabilmesine de yardımcı olur. Bu nedenle, öz-şefkat birbiriyle etkileşim içindeki parçalardan oluşan tek bir deneyim olarak değerlendirilmelidir (80).

2.2.2. Psikoloji Kuramlarında Öz-şefkate Bakış

2.2.2.1. Psikanalitik kuram: Nesne ilişkisi teorisyenlerinden Winnicott'un gizil boşluk kavramı, öz-şefkatin bilinçli farkındalık boyutu ile ilişkili görünmektedir. Winnicott bu kavramı, fantezi ve gerçeklik arasında uzanan bir ara deneyim alanını ifade etmek için kullanmaktadır (84, 85).

Başlarda bebek ile anne simbiyotik bir ikiliyi oluşturmaktadırlar. Bebek kendisinin mükemmel olduğu ve dış dünyanın da onunla bir bütün olduğu fantezisine sahiptir. Zamansal gelişimi ve kişisel taleplerinin her zaman karşılanmayabileceği gerçekliğiyle beraber bebek, bu fanteziden çıkacak ve kendisinden ayrı bir dünya olduğunun ve o kadar da mükemmel bir varlık olmadığının farkına varacaktır. Bu noktada

ben ve ben olmayan-diğeri ayrımı yavaş yavaş oluşmaya başlar. Gizil boşluk bu ikisi arasında yer almakla birlikte her ikisini de içermektedir. Bireyin ne tam olarak içinde ne de ondan bağımsız olarak var olmaktadır. Bebek anneyi kendisinden ayrı bir varlık olarak deneyimlemeye başlar bu da farkındalığın kazanılması ile olmaktadır. Bebek nesne sürekliliği ile geliştikçe, kendi gizil alanını yaratmaya başlar (84,85).

Öz-şefkatin, bebeğin ben ve o ayrımını yapabildiği noktadan başladığı tahmin edilmektedir. Çünkü öz-sevecenlik, ortak paydaşım ve bilinçli farkındalık bileşenleri nesnel şekilde bireyin kendini görebilmesini gerektirmektedir. Bebek kendisi ve öteki arasındaki ayrımda, ortak paydaşım içindeki insanlığı ve farkındalığı kavramaktadır (85).

Kişinin kendi bedenine, duygu ve düşüncesine dair farkındalığı ile bir ötekinin duygusuna ilişkin ayrımı ve ötekini gördüğü, kavradığı noktada şefkat başlayabilmektedir. Bir diğer deyişle öz-şefkat aslında yalnızca ben'e dair bir yapı değil, öteki ile ben arasındaki geçişi sağlayan bir gelişimsel noktadır.

2.2.2.2. Bilişsel davranışçı kuram: Bilişsel davranışçı terapideki yeni yaklaşımlar öz-şefkati geliştirmeyi desteklemektedir. Geştalt terapisinde kullanılan iki sandalye tekniğindeki gibi danışanın olumsuz öz-eleştirisine müdahale noktasında daha az eleştirel ve daha fazla şefkatli olmaya yardımcı olan yöntemler kullanılmaktadır (85).

Birçok bilişsel kuramcı ve terapist, bilinçli farkındalığı kullandıkları tedavi yaklaşımlarına entegre etmektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalar için Diyalektik Davranış Terapisi'ne bilinçli farkındalık uygulaması dahil edilmiştir (85,86). Bu gelişmelerle hedeflenen, danışanların kendilerini kabul kapasitelerini artırarak iyileşmelerine yardımcı olmaktır (87). Bu da öz-şefkatin önemli bir unsuru olarak bireysel gelişim ve tedavide rol oynamaktadır. Hayes'in Kabul ve Kararlılık Terapisi'nde öz-şefkatin bileşenleri kullanılmaktadır. ''Acının insan varlığının ayrılmaz bir parçası olduğunu ve tüm insanların acı çektiğini'' vurgulayan Hayes öz-şefkatin ortak paydaşım ilkesini bu sözüyle ifade etmektedir. Ayrıca Kabul ve Kararlılık Terapisi, bilişsel süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesi için bilinçli farkındalığı içeren alıştırma ve teknikler kullanmaktadır. Bu teknikler acı çekmeyi artıran ve otomatik kaçışa sebep olan biliş ve inançlardan uygun şekilde ayrılmayı kolaylaştırmayı hedeflemektedir (88).

Zihnin düşünceler arasındaki uçuşan hareketi bilişsel yönümüzün de kalıcı ve durağan olmadığını göstermektedir, şimdi ve burada deneyimi ile geçişken bir düşünceler ağı ile var olmaktayız.

2.2.2.3. Hümanistik kuram: Albert Ellis ve Carl Rogers gibi Hümanististik psikologlar tarafından öne atılan koşulsuz kendini kabul kavramı öz-şefkat ile benzerlikler taşısa da öz-şefkat çok daha geniş bir yapıyı içermektedir. Koşulsuz kabul, kişinin hoşlanmadığı veya onu rahatsız eden yönlerine karşı kabul geliştirmeyi ve bu parçalarla birlikte yol alabilmeyi içerir (79). Kendini sevecenlik ve yargısızca kabul etmenin yanı sıra, öz-şefkat duygusal dengelilik ve birbirine bağlantılılığı tanımayı gerektirir. Dahası kendini kabul, teorik olarak kişisel yetersizliklere karşı pasif olmayı gerektirebilirken, öz-şefkat acıyı hafifletme arzusunu içerir ve bu yüzden büyüme ve değişme için güçlü bir motivasyon kaynağıdır (78).

Ellis'in geliştirdiği Akılcı Duygusal Davranış Terapisi, kişinin bireysel sınırlılıklarına karşı affedici olabilmesini ön planda tutmakta ve bu da öz-şefkat ile bağlantı içermektedir (85). Gestalt terapi'nin özellikle bilinçli farkındalıkla bağlantılı şekilde öz-şefkat ile pek çok ortak yönü olduğu görülmektedir. Kişilerin istenmeyen duygularına karşı tahammül geliştirmelerinin psikolojik sağlık açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bunun aksine duyguları yaşamaktan kaçınmak veya aşırı kontrolcü davranmanın sorunlara yol açabildiği düşünülmektedir (85,89).

2.2.2.4. İlişkisel kuram: Öz-şefkatin ilişkisel bağlamda değerlendirilip açıklanması kişinin kendine duyduğu empati kavramıyla ifade edilmiştir. Sıklıkla başkalarına duyulan empatiden doğru bireyin kendi duygularını anlayabilmesi ve bu bağlamda açıklıkla yaklaşabilmesi öz-şefkat yolunu açmaktadır. Öz-empati kişinin utandığı şeyi yargılamak yerine onun nasıl olduğunu anlamaya yönelik arzusunu barındırmaktadır. Bu nokta öz-şefkatin bilinçli farkındalık bileşeni ile yakından ilişkilidir (85,90,91).

Empati' nin diğer insanların duyguları ile bağ kurmaya yönelik tarafı aynı zamanda kendimize dair farkındalığı artırma yolunda da önemli olabilmektedir. Nasıl ki bir ötekini yargısızca dinliyor, anlıyor ve duygusunu kabul ediyorsak aynı şekilde kendi ruhsallığımızda olup bitenlere karşı da anlayış, sabır ve iyilik geliştirmek bireysel dönüşüme aracılık etmektedir.

2.2.3. Öz-şefkat ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Araştırmalar, öz-şefkat ile psikolojik iyi oluşun güçlü şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir. Yüksek öz-şefkat düzeyi, daha fazla yaşam doyumu, sosyal bağlantılılık, özerklik ile ilişkili olmasının yanısıra karşılaşılan günlük yaşam olaylarında da daha büyük bir duygusal dengede kalabilmeyi içermektedir. Öz-şefkatin, daha düşük anksiyete, depresyon, ruminasyon, düşünceyi bastırma ve mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğu görülmektedir (78).

Bireyin kendi hayatındaki zorluklara ve acılara karşı gösterdiği içten ve nazik şekilde yaklaşım-anlayış halini doğuran öz-şefkat, yeme patolojilerinde sıklıkla görülen kendini yargılama, bedeni reddedici tutum sergileme, benliğinden duyulan memnuniyetsizlik ve sosyal geri çekilme gibi özelliklerle bağlantılı olacak şekilde ilişkilendirilebilmektedir. Nitekim, öz-şefkatin kendini eleştirme, izolasyon ve aşırı özdeşleşme boyutları, yeme tutumlarının etiyolojisinde bulunan faktörlerle bağlantılı görünmektedir.

Yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile öz-şefkat ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar, yüksek bilişsel farkındalık ve öz-şefkat düzeyinin yeme bozukluğu semptomlarının oluşumunu azalttığını göstermektedir (10).

Ferreira ve ark. (11) yaptığı çalışmada, 102 yeme bozukluğu olan kadın hasta ve 123 sağlıklı kadın katılımcı, yemeye yönelik utanç ve beden memnuniyetsizliğinde öz-şefkatin rolü açısından karşılaştırılmıştır. Yeme bozukluğu olan grubun diğer gruba göre, öz-şefkat puanları anlamlı şekilde daha düşük ve öz-eleştiri, yeme ile ilgili utanç, beden memnuniyetsizliği, depresyon, kaygı ve stres puanları daha yüksek bulunmuştur.

Adams ve Leary (12), kişilerin öz-şefkat düzeyi ile kısıtlayıcı ve aşırı yeme tutumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Öz-şefkati geliştirmeye yönelik uygulamalar sonucunda bireylerin stres düzeyleri azalmış ve kısıtlayıcı yeme tutumu yüksek olan kişilerin tutumlarında anlamlı şekilde değişimler olduğu saptanmıştır.

Ayaktan tedavi gören yeme bozukluğu hastalarında bilişsel davranışçı terapi temelli şefkat odaklı terapi programının etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kombine tedavinin özellikle bulimiya nervoza hastalarında belirgin iyileşme ile sonuçlandığı bulunmuştur (13).

Kelly ve ark. (92) bir çalışmasında yüksek öz-şefkatin, düşük düzeyde utanç duygusu ve daha az yeme bozukluğu patolojisiyle ilgili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte yüksek özşefkat korkusu ve utanç yeme bozukluğu patolojisini artırmaktadır.

Akkol (93) yaptığı çalışmada, diyet öyküsü bulunan, şu anki kilosunu şişman olarak değerlendiren ve hedeflediği kilodan uzak olduğunu belirten kişilerin yeme tutumu ile olumsuz puanlanan öz-şefkat alt boyutlarının yüksek olduğunu saptamıştır.

Genel olarak çalışmalar, güçlü nedensellikler kurulamamasına rağmen öz-şefkat ve yeme bozuklukları psikopatolojisi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sistematik yaklaşımın kullanıldığı bir çalışmada, yeme tutumları ile öz-şefkatin bazı yönlerinin diğerlerinden daha fazla ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Özellikle düşük öz-şefkat, duygusal yeme, algılanan ağırlık- şekil hakkında öz-yargılama ve beden imgesi ile ilişkilidir. Bilişsel kısıtlama veya kısıtlı yeme davranışına oranla bu özelliklerin ilişkisi daha yüksek bulunmuştur. Öz-şefkat, olumsuz duygusal durumlara alternatif bir cevap olarak duygusal yemeyi hedeflemede özellikle önemli bir katkıda bulunmaktadır (94). Kişilerin kendi benlikleri ve bedenlerine yönelik yargısız ve nazik bir tutumla kabullenici yaklaşım sergileyebiliyor olmaları yeme tutumlarının patolojik olup olmamasında belirleyici bir etken olabilir.

2.3. ALEKSİTİMİ

Aleksitimi kavramı ilk kez 1972'de Sifneos tarafından Yunanca'dan türetilerek kullanılmaya başlanmıştır. Yunanca' da *a* (yok) *lexis* (söz) ve *thymos* (duygu) anlamına gelen kelimelerin birleşmesiyle oluşmuş bir kavramdır (95). Dereboy (96), aleksitimi' yi ''duygular için söz yokluğu'' olarak ifade etmektedir. Ayrıca, kendiliğin duygularını tanımada ve tanımlamada güçlükle karakterize edilen hem duyuşsal hem de bilişsel işlevlerde meydana gelen bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (15).

Kavram, duygu psikolojisi ve psikosomatik alandan kaynağını almaktadır. Aynı zamanda duygusal öz düzenlemedeki zorlukları ifade etmek için de kullanılmaktadır (97). Başlangıçta psikosomatik rahatsızlıklarla ilişkilendirilmiş olmakla birlikte günümüzde pek çok medikal ve psikiyatrik bozuklukla ilişkili çok yönlü bir kişilik yapısı olarak ele alınmaktadır (98). Genel popülasyonda da değişken yoğunlukta görülebilecek bir kişilik özelliği olarak değerlendirilmektedir (15).

Freyberg (99), aleksitimiyi birincil ve ikincil olarak ayırmıştır. Birincil aleksitimi, psikosomatik hastalarda bedensel bozukluk oluşumunda ve devam etmesinde etkili olan bir faktör iken; ikincil aleksitimi, kanser gibi ağır organik rahatsızlık, ağır travmatik yaşantı gibi durumlarda geçici ya da kalıcı olabilen bir durum olarak değerlendirilmektedir (99). Birincil aleksitimi, çocukluk boyunca ve erken yetişkinlik yıllarında şekillenen az ya da çok sabit bir kişilik özelliği olarak düşünülmektedir. Çocukluk çağı travması veya genetik yatkınlık nedeniyle duygusal işlevlerin normalden daha az geliştiği iddia edilmektedir. Bu nedenle birincil aleksitimi gelişimsel, ikincil aleksitimi ise yaşamın ilerleyen dönemlerinde meydana gelen olayların bir sonucu olduğu belirtilmektedir (100).

Kuramcılar, aleksitiminin bir rahatsızlık olmadığını daha çok kişilikle bağlantılı bir özellik olduğunu vurgulamışlardır (101). Swiller (102), aleksitiminin psikiyatrik bir rahatsızlık değil, geniş bir tanı aralığının içine giren hastaların düşünce, duygu ve bunlarla bağlantılı süreçlerle ilgili bir karakter yapısı olduğunu belirtmiştir. Günümüzde normal dağılım gösteren bir kişilik özelliği olan aleksitimi, iki uç şeklinde-var ya da yok-olmaktan ziyade düzeyinin ele alındığı ve süreklilik gösteren bir kavram olarak değerlendirilmektedir (103,104).

Aleksitimi üzerine yapılan çalışmaların özellikle normal popülasyonda yok denecek kadar az olduğu fark edilmektedir (104). Aleksitimi tanımının içinde neler olduğu, doğuştan mı kazanıldığı yoksa öğrenme yoluyla mı edinildiği, kalıcı-geçiciliği, psikiyatrik bozukluklarla aleksitimi arasındaki nedensellik, patolojik bir özellik mi yoksa normal kişilik özelliği mi olduğu vb. konularda hala çelişkiler sürmektedir (105).

2.3.1. Aleksitimi Kavramının Ortaya Çıkışı

Bu kavramın oluşumunda özellikle psikosomatik hastalar üzerinde yapılan klinik gözlemler ve tedavi çalışmaları etkili olmuştur (96). Ruesch (106), psikosomatik hastalarla yaptığı gözlemler sonucunda bu kişilerin, anksiyeteyi sözel ya da simgesel yolla dışa aktaramadıklarından beden yoluyla ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu yapıyı aynı adlı makalesinde de ifade ettiği gibi '*infantil kişilik'* olarak adlandırmış ve psikosomatik sorunların özünde böyle bir örgütlenmenin var olduğunu belirtmiştir. McLean 1949 yılında yayınladığı bir yazısında, psikosomatik rahatsızlığı olan hastalarda duyguları sözel ifade etme konusunda zihinsel bir yetersizlik olduğunu ifade etmiştir. Bu kişilerin duyguları neokortekse ulaşıp sözel kanallarla anlatılamamakta bu sebeple otonom şekilde

ifade edilebilmektedir (96,107). Psikanalitik kuramda ise, psikosomatik hastaların işlemsel düşünme şekline sahip oldukları belirtilmekte ve bilinçdışı düşlemlerden kopuk oldukları ifade edilmektedir (96). Bu tür hastalar kendi içsel gerçekliklerinden uzak ve düşlemsel kapasiteleri sınırlı olabilmektedir.

Bazı araştırmacılar, aleksitiminin bilişsel-değerlendirici yönlerini önemli kabul ederken, diğerleri aleksitimideki temel eksikliğin, aşırı durumlarda varolmayan duyguyu bilinçli şekilde deneyimleme yeteneğindeki sınırlılık olduğu fikrini önermişlerdir (97).

Tüm bu kuramsal alt yapıyla beraber Sifneos (95), duyguları tanımama ve tanımlayamama ve düşlemsel kapasitedeki kısıtlılığı aleksitimi özellikleri olarak tanımlamıştır. Bireyler özellikle duyguların ifadesi ile ilgili bir zorluk yaşamaktadır (95,96). Pennebaker'a (104) göre aleksitimi, bireyin kendini yansıtma yeteneğinin eksikliği ve duygusal ketlenme durumu ile bağlantılı olmaktadır (104,108).

2.3.2. Aleksitimik Özellikler

Taylor ve ark.'nın (98) bir teorik önermesine göre, aleksitimiyi oluşturan özellikler hem duygu-tepki sistemlerinin bilişsel-deneyimsel bileşenindeki hem de duygunun kişilerarası düzenleme düzeyindeki eksiklikleri yansıtmaktadır.

Kendi öznel duygularını doğru bir şekilde tanımlayamayan bireyler, yalnızca duyguları üzerinde düşünme ve duygu düzenleme becerisinde sınırlı kalmayıp aynı zamanda duygusal sıkıntılarını diğer insanlara eksik şekilde ifade ederler. Duygu paylaşımının azlığı-eksikliği duyguları tanımlama zorluğuna etki edebilmektedir. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip olan bireylerde, sınırlı hayal kapasitesi, düşlem, rüyalar, ilgiler ve oyun yoluyla kişinin duygularını düzenleyip değiştirebilme düzeyi kısıtlanmaktadır (98).

Aleksitimik bireyler, duygusal işlevler ve kişilerarası ilişkilerde zorlanma, duygu ve düşünce arasında bağlantı kurma ve ifade etmede problem yaşama, kendi duygularını bedensel duyumlarından ayırmakta zorlanma gibi durumlar sergileyebilmektedir (109). Dış dünyada sosyal çevreyle uyum içinde görünmekte ancak bu durumun 'yalancı normallik' olduğu ifade edilmektedir. Bu kişiler kendi ruhsal gerçeklikleriyle sınırlı bir ilişki kurmakta ve mekanik düzeyde yaşamaktadır (110).

Bu açıklamalardan hareketle aleksitimik bireyin kendi duygularına yönelik kavrayışı ve bunu ifade etme becerisi sınırlı olduğundan, dilsel anlamda dışa vurulamayan

his veya düşünce kendine başka ifade yolları aramakta veya ifade edilemeden hatta farkında bile olunamadan ruhsallık içinde sıkışabilmektedir. Bu şekilde betimlenen durum ise bireyin psikolojik açıdan patolojilere eğilimini artırabilmekte, kendi ruhsal gerçekliğiyle bağlantısını sınırlayabilmekte ve psikolojik sağlığını etkileyebilmektedir. Bu nedenlerle aleksitimi oluşumunu anlayabilmek önemli olmaktadır.

2.3.3. Aleksitiminin Etiyolojisi

Duyguların tanımlanması ve açıklanmasında deneyimlenen güçlüğe işaret eden aleksitiminin etiyolojisine dair pek çok farklı görüş bulunmaktadır. Ancak nasıl bir zeminden temel aldığı ve kaynaklandığı henüz tam anlamıyla bilinememektedir. Aleksitiminin oluş nedenlerini açıklama konusundaki çabalar, bu kavramın özellikleri ve pek çok farklı psikiyatrik bozuklukta oynadığı rolü anlayabilmek açısından önem taşımaktadır.

2.3.3.1. Biyolojik kuram: Aleksitiminin nörobiyolojisini araştıran çalışmalardan elde edilen bulgular, aleksitiminin farklı özelliklerinin beyin organizasyonundaki bir varyasyonla ilişkili olduğunu göstermektedir. Aleksitimi ve duygu üzerine yapılan bazı nörobiyolojik çalışmalar bilişsel yönleri vurgularken, bazıları duygusal yönleri vurgulamıştır (97).

Aleksitimiye getirilen biyolojik açıklamalar, birbirinden ayrı görüşleri ele almaktadır. Ruesch ve McLean' in psikosomatik rahatsızlıkların nörofizyolojik temelleri ile ilgili görüşleri aleksitimiye bakış açısından da değer taşımaktadır. Bu açıklamalara göre, kişiye çevreden ve içsel olarak gelen duygu içerikli bilginin hipokampal bölgelerden neokorteks'e iletilmesinde sorunlar yaşanmakta ve kişi bu duyguyu sözelleştiremeyip duygularını beden yoluyla ifade edebilmektedir (106,107). Nemiah (111), ise neokorteks ve limbik sistem arasındaki bağlantılarda bir aksaklık olabileceğini ve limbik sistemden gelen duyusal uyaranların striatumdan neokortekse geçerken bir sorun yaşadığını belirtmiştir.

Ayrıca nörofizyolojik çalışmalarda aleksitimi, ayrık beyin araştırmalarına dayanmakta ve lateralizasyon ile bağlantılandırılarak açıklanmaktadır. Hoppe ve Bogen (112), komissürotomili hastalarda yaptıkları araştırma sonucunda aleksitimiye benzer özellikler gözlemlemişlerdir. Beynin iki yarı küresi arasındaki bağlantısızlık nedeniyle sağ hemisferdeki duygu içerikli bilgi sol hemisfer tarafından sözelleştirilememektedir.

Bir başka deneysel çalışmada, beynin ön kabuğunun duyguları işleme ve tepki verme sürecinde önemli bir işlevi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre aleksitimi beynin ön kabuğunda meydana gelen bir fonksiyonel bozukluk olarak değerlendirilmektedir (104,113).

Moriguchi ve ark. (15) tarafından yapılan çalışmanın bulguları, kendiliğin duygu durumlarını tanımlama ve açıklama becerisindeki eksikliğe işaret eden aleksitiminin, zihinselleştirmedeki bozulma ile ilişkili olduğunu ve bunun da Medial prefrontal kortekstеki hipoaktivite ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Gözlemlenen zihinselleştirmedeki eksiklik hem kendinin hem de başkalarının zihinsel durumlarının anlaşılabilmesi için gerekli olabilecek bir beceri olan kendilikten/ben den farklı bir perspektif alma konusundaki yüksek bilişsel işlevlerdeki bozulma ile ilişkili bulunmuştur (15).

2.3.3.2. Psikanalitik kuram: Psikanalitik kuramın aleksitimiyi açıklaması, psikosomatiğe yaklaşım şekli ile benzerlikler göstermektedir. Psikanalitik kuramcılar, ruhsal çatışmaların ifade edilmediğinde ve sözlü olarak ele alınmadığında somatik kanallar aracılığıyla dışa vurulduğunu öne sürmektedir. Hem araştırma hem de klinik deneyimler bunun intrapsişik süreçler ve fiziksel durumlar arasındaki karmaşık etkileşimin aşırı basitleştirilmesini temsil ettiğini göstermiştir (114). Ruesch, psikosomatik hastaları incelediğinde bu hastaların 'infantil/çocuksu kişilik' sergilediğini, hatalı veya kesintiye uğramış bir olgunluğa sahip olduklarını belirtmiştir. Bu kişilerin gerginliklerini sözlü olarak boşaltmak için sahip oldukları becerinin sınırlı olduğunu ifade etmiştir (106,114).

Krystal'e göre, duygular gelişim döneminin başlarında daha çok bedensel, ayrışmamış ve sözelleşmemiş deneyimler şeklinde var olmakta, gelişim süreciyle beraber ayrıştırılıp sözel şekilde ifade edilmektedir. Krystal, aleksitimik bireylerdeki düşlem yokluğu, yaratıcılık eksikliği ve kendine bakım azlığını, bebeklik travması sebebiyle anne ile bebeğin simbiyotik yaşantı deneyiminin olması normal vaktinden daha önce kırılması ile açıklamaktadır. Aleksitimik bireyler travmatik bir yaşantı nedeniyle erken gelişim dönemlerine fikse olmakta veya regresyon gösterebilmektedir (96,115).

Başka bir açıklamada, aleksitiminin psikotik nitelikteki anksiyete ve çatışmalara karşı geliştirilen bir savunma olduğu belirtilmiştir. McDougall' a göre (110), erken dönem anne-çocuk ilişkisindeki yetersizlik çocukta içsel temsil oluşturma ve fantezi

kurma becerisini kısıtlamakta ve annenin ruhsal imgesinin oluşturulamaması yetişkin yaşamda duygusal düşlemsel kapasite oluşumunu da sınırlandırmaktadır (110).

Wolff'a göre (116), bireyin ruhsal gelişiminde etkili olan anne-babanın, çocuğun duygusal dışavurumunu reddedici biçimde davranmasıyla büyüttüğü bir çocuk, duygu ve fantezilerini kendisine en yakın kişilerle paylaşmak için hiçbir cesaret gösteremeyecek veya olumlu pekiştirme almayacaktır. Başkalarıyla geliştirdiği ilişkilerde de duygularını paylaşma yeteneği azalacak ve duygusuz şekilde ilişki kuran, yalnızca günlük yaşamının davranışsal yönleriyle meşgul olan, duygusal olmaktan çok akılcı olmaya çalışan, düşünce ve eylem yoluyla iletişim kurabilen sahte bir benlik geliştirecektir. Bu sebeple kişide, duyguya karşı anlayış geliştirme ve ifade etme becerisi kısıtlı kalmaktadır (116).

Nesne ilişkileri kuramından hareket eden Von Rad'a göre (117) ise, gelişimsel süreçte yaşanan ayrılma-bireyleşme dönemindeki aksama nedeniyle, kişideki öz-temsil, benlik ve kimlik duygusu bozulmuş şekilde gelişmektedir. Bu da aleksitimi oluşumuna yol açmaktadır (117,118).

2.3.3.3. Bilişsel kuram: Aleksitimiyi bilişsel kuramla açıklama yaklaşımında, aleksitiminin bilişsel gelişim süreçlerindeki birtakım eksiklikler, takılmalar ya da bozulmalar sebebiyle ortaya çıkabileceği görüşü hakimdir.

Lazarus'a göre (109), duyguların altında bilişsel değerlendirmeler bulunmakta ve bunun da en ilkel ifadesi farkındalık bulunmadan fizyolojik yanıtlarla ortaya dökülmekte, karmaşık bilişsel değerlendirmeler ise düşünce, imge gibi üst düzey işlevler içermektedir (109,119). Martin ve Pihl (120) ise aleksitimik bireylerde bilişsel değerlendirmenin en alt düzeyde olduğunu ve simgesel olmayan yolla yapıldığını ileri sürmüşlerdir.

Aleksitiminin altında yatan eksiklikler, kısmen erken çocukluk dönemindeki duyguların gelişimindeki durmaya bağlanmıştır. Lane ve ark. (113), duygusal farkındalık düzeyi arttıkça benliğin diğerlerinden farklılaşmasının arttığını belirtmiştir. Böyle bir farklılaşmanın yokluğunda, duygular yüzeysel kalır ve farklılaşmaz. Bu da kişide, kendi duygularını davranış seçimlerine götürmesi için göreceli bir yetersizliğe yol açmaktadır (15). Bucci ise, duyguların hem sözlü hem de sözsüz şekilde temsil edildiği 'çoklu kod teorisi'ni önermiştir. Bu teoriye göre, önce sözel olmayan duygu şemaları gelişir ve bu da dilin alt sembolik süreçleri ile sembolik imgelemeyi içermektedir. Daha sonra sözel duygu şemaları gelişir ve dilin sembolik biçimine göre düzenlenir. Bucci, çoklu kod teorisini aleksitimi için uyarlarken, buradaki sorunun duygular için söz

bulamamak'tan çok daha karmaşık olduğunu öne sürmüştür. Bazı durumlarda kişiler, somatik yaşantılar için sözlü ve sözsüz sembollerden yoksun olabilmektedir (98, 121).

Stoudemire' e (104) göre, aleksitimideki duygusal ifade zorluğu, bilişsel gelişim sürecindeki birtakım eksikliklerden ortaya çıkmaktadır. Aleksitimik bireyler bilişsel gelişimin duyusal-hareketsel dönemi ile işlem öncesi dönem arasına yoğunlaşmış veya takılıp kalmış olabilmektedirler (104,122).

Bu açıklamalardan hareketle Beck'in bilişsel davranışçı yaklaşımında belirttiği işlevsel olmayan düşünceler, bilişsel çarpıtmalar veya irrasyonel inanışların aleksitimi oluşumuna zemin hazırlayabileceği ve sürmesinde etkili olabileceği düşünülebilir. Düşünce, duygu ve davranış arasındaki bağlantıdaki kopmaların bireyde aleksitimik özelliklerin oluşumuna zemin hazırlayabileceği söylenebilir.

2.3.4. Aleksitimi ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Aleksitimi yapısı formüle edilmeden önce Bruch (98), yeme bozukluğu olan hastaların yalnızca belirli içsel duygularını tanımada ve onlara yanıt vermede zorluk yaşamadıklarını aynı zamanda duyguları karşısında şaşkınlık deneyimlediklerini ve duygularını tarif etmekte güçlük çektiklerini gözlemlemiştir. Daha sonraki deneysel çalışmalar bu klinik gözlemleri doğrulamıştır (98,123).

Cochrone ve ark. (124) yeme bozukluğu hastalarının özellikle duyguları tanımlama açısından daha yüksek bir aleksitimiye sahip olduğunu ve aleksitimiklerin duyguları kanalize etme eğiliminin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Jenkins ve Connor (125) ise, yeme bozukluğu olan hastaların bilişsel olarak düşündüklerini duygusal olarak hissettikleri şeye çevirmeye çalışırken gösterdikleri güçlüğü tanımlamak için ''bilişsel-duygusal bölünme'' ifadesini önermiştir.

Aleksitiminin bireysel özellikleri incelendiğinde, yeme bozukluğu olan bireylerin duygularını tanımlama ve iletmede belirli eksiklikleri olduğu ve bu yanıyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Özellikle duyguların kabul edilemez veya korkutucu olarak görüldüğü erken çocukluk dönemi, duyguların kötü olduğu ve deneyimlenmemesi veya ifade edilmemesi gerektiği inancının gelişmesine yol açabilmekte ve baş etme mekanizması olarak da yeme eylemi kullanılmaktadır (126).

Benzer şekilde bir dizi teorik model, yeme bozukluğu olan bireylerin, duyguları kabul edilemez veya korkutucu bulabileceklerini ve yeme bozukluğu semptomları olan

uygunsuz yeme davranışları ve aşırı egzersizi kendilerinden kaçmak veya kendileriyle baş etmenin bir yolu olarak kullanabileceklerini ileri sürmüştür (127,128).

Aleksitimi, üniversite öğrencisi kadınlarda daha yüksek seviyelerde subklinik bozuk yeme tutumları ile ilişkili bulunmuştur ve bu yeme bozukluğu popülasyonunda bulunanları yansıtmaktadır (129). Klinik olmayan örneklem ile yapılan araştırmalarda yüksek düzeydeki yeme bozukluğu davranışlarının ölçekteki, duygu faktörlerini tanımlamadaki zorluklarda daha yüksek puanla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan bireylerde, sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerini karşılaştıran çalışmaların meta-analizleri sonucunda sağlıklı toplum kontrollerine kıyasla, daha fazla yeme bozukluğu hastası anlamlı düzeyde aleksitimik olarak kategorize edilmiştir (128).

Aleksitimi ve yeme bozuklukları ilişkisine bakılırken aleksitimi düzeylerinin yeme bozukluğu alt türleri arasında nasıl değiştiğinin de önemli olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar yeme bozuklukları arasında aleksitimi düzeylerinde önemli farklılıklar bildirmezken, bazıları anoreksiya nervozalı bireylerin daha yüksek düzeyde aleksitimik olduğunu ileri sürmektedir. Bazı araştırmalar, Anoreksiya nervoza tanısı alan bireylerin bulimiya nervozalı bireylere kıyasla duygu faktörünü tanımlama güçlüğünde daha yüksek puanlar aldıklarını bildirmiştir (128).

Westwood ve arkadaşlarının yaptığı 48 çalışmayı içeren meta-analizde; yeme bozukluğu yelpazesindeki bireylerin, sağlıklı kontrollere göre duygularını tanımlama ve açıklama konusunda daha fazla zorluk çektikleri bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, Anoreksiya Nervozalı bireylerin dışa dönük bilişsel yapı dahil olmak üzere tüm alt ölçeklerde anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmacılar aleksitiminin, özellikle duyguları tanıma ve tanımlamadaki zorluk bileşenlerinin yeme bozukluğu spektrumunda transdiyagnostik olduğunu belirtmişlerdir. Meta-analiz çalışmasına göre AN, BN ve TYB olan bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek aleksitimi gösterdikleri rapor edilmiştir (129).

2.4. FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR

Bilişsel kuram çerçevesinde ortaya atılan ve sıklıkla düşünce ve bilişler ile ilişkilendirilen bir kavram olan fonksiyonel olmayan tutumları bilişsel davranışçı bakış açısıyla anlamaya çalışmak önemlidir.

Ellis 'in teorisine göre duygular ve bireyin kendini değerlendirmek için kullandığı düşünceler hemen hemen aynı yapıda olabilmektedir. Arnold, Ellis' in öne attığı bu fikri destekleyerek, duygunun, bir nesneye yönelik hissedilen eğilim olarak karakterize edilebileceğini ileri sürmüştür (130). Bu tanımlamalardan hareketle bireylerin yaşamları boyunca deneyimledikleri her türlü, duygu, düşünce veya davranışlarla ilgili belli tutum veya eğilimlere sahip olması kaçınılmaz görünmektedir. Bilişsel modelde, eğilimin bireye uygun olup olmadığını değerlendiren bilişsel içerik, duygunun türüne göre bedensel değişiklikleri güçlendiren psikolojik-bedensel içerik ve nesneye yönelik eylemleri barındıran davranışsal içerik bulunmaktadır (130). Bu görüşten hareketle kişinin belli bir nesneye veya duruma dair tutumu tek bir içerikten ziyade çoklu bir değerlendirme sistemini kapsayacak şekilde olmaktadır. Ancak kritik olan nokta şudur ki, bireyin yaşamını kolaylaştıran 'sağlıklı' bir ruhsallık sürmesini etkileyen işlevsel inançların yanı sıra, psikolojik açıdan kırılganlık yaratabilecek ve belirli rahatsızlıklara daha açık olmasına sebebiyet veren işlevsel olmayan tutumların varlığı da göz ardı edilmemelidir.

İnsanlar dünyaya geldikleri zamandan itibaren yaşamlarını sürdürürken, çevrede olup biten tüm yaşantılara anlam verme eğilimindedir. Bireyler, yaşama uyum sağlayabilmek amacıyla kendi yaşantılarını anlaşılabilir şekilde değerlendirmeye ihtiyaç duyarlar. Dünya ve öteki' lere yönelik kendi deneyimlerini esas alan birey yaşamla ilgili birtakım inançlar oluşturur (131).

İlk kez Beck tarafından depresyondaki bilişsel süreçleri açıklamak için kullanılan fonksiyonel olmayan tutum kavramı, bireyin çevresindeki insanlarla girdiği etkileşimler sonucunda zihninde yapılandırdığı kendi, diğerleri ve dünyayla ilgili olumsuz bilişleri içinde barındırmaktadır (131). Ellis, belli bireylerin akılcı olmayan biçimde düşünmeye eğilimli olduklarını ve bu bilişsel tarzın duygusal rahatsızlıkların farklı şekilleri ile sonuçlanabildiğini ileri sürmüştür. Akılcı olmayan inançlar kalıcı olabilmekte ve bazı bireylerde zorlayıcı yaşamsal durumlarda kendini gösterebilmektedir (130).

Modern anlamda bilişsel teori ve terapiler Beck ve Ellis' in ortaya attığı kavramlar ve çalışmalar yoluyla başlamıştır. Bilişsel kuram yaklaşımından hareketle, bireyleri rahatsız eden duygusal sorunlar, doğrudan olayların veya yaşantıların kendisinden kaynaklanmaz, bunların algılanma ve yorumlanma biçimi kişiyi soruna

sürükler (132). İnsanların hislerini belirleyen şey olayın kendisi değil, deneyimlenen olaya dair kişinin kendi anlam verme biçimidir (133).

Dollard ve Miller (130), kişilerin erken sosyal öğrenme deneyimlerini çeşitli şekillerde etiketlediğini ifade etmiştir. Belli bir durum karşısında duygusal bir tepki verme, bazen etiketlenen durumdan kaynaklanmayıp belli olaylara bağlanan etiket ya da içerik yoluyla ortaya çıkabilmektedir (130,134). Diğer bir deyişle, kişinin duygusunu belirleyen şey olayın oluş şeklinden ziyade, kişide yarattığı anlam ve zihninde bıraktığı izdir.

Bilişsel teori, psikolojik sıkıntıların merkezinde kişinin düşünce yapısındaki birtakım çarpıtmaların bulunduğunu önermektedir (135, p.368). Beck, duygusal rahatsızlıklardaki temel meselenin, bireyin deneyimlediği olay veya durum hakkındaki yanlış veya kusurlu yorumlamaları ve akılcı olmayan inançları, gerçeklik hakkındaki kusurlu varsayımları olduğunu belirtmiştir (130).

Araştırmalar, gerçekle uyumsuz inançların psikopatoloji gelişimi için bir hassasiyet faktörü olabileceğini ve psikiyatrik sorunların zaman içinde sürdürülmesine ve tekrarlayıcı hale gelmesine yol açabileceğini ileri sürmektedir (136,137). Bu sebeple bireyde ortaya çıkan bir semptomu anlayabilmek amacıyla kişinin bilişsel yapılanmaları hakkında bilgi sahibi olmak önem taşımaktadır.

İşlevsel olmayan inançlar ve bilişsel çarpıtmalarla ilgili alanyazın incelendiğinde, bu kavramların daha çok depresyon ile bağlantısının çalışıldığı görülmektedir. Bu duruma yol açan şeyin, Beck'in bilişsel teoriyi depresyon üzerinden açıklaması ve ilk başlarda kavramları da buna göre temellendirmiş olması düşünülmektedir.

Beck, depresyon rahatsızlığının temelinde fonksiyonel olmayan tutum veya inançların bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu tür bir işleyiş, olumsuz yaşam olaylarının meydana gelmesinin ardından etkinleştirilmektedir. Bireyin düşünce yapısındaki yanıltıcı şema, kendi, dünya ve geleceğe dair olumsuz bilişsel üçlü geliştirme olasılığını artırmaktadır (130,138). Beck' in depresyonun bilişsel teorisine göre, depresyona karşı hassasiyet gösteren bireyler stresli yaşam olayları tarafından tetiklenene kadar etkin olmayan olumsuz ve depresif içerikli şemalara sahiplerdir. Ancak herhangi bir stresör varlığında bu şemalar etkinleşip güçlenmekte ve kişiyi zorlayıcı duyguya sürükleyebilmektedir (139). Beck'in bilişsel modelini temel alan Teasdale (140) hassas bireylerdeki işlevsiz inançların ancak bir tetikleyici olduğunda gözlemlenip

ölçülebileceğini öne sürmüştür. Abela ve Sullivan (141) ise, depresif belirtiler ve majör depresif dönemlerdeki artışı, işlevsel olmayan tutumların olumsuz olayları etkinleştirmesiyle birlikte yorumlamışlardır.

Olumsuz şemalar katı bir içeriğe sahip fonksiyonel olmayan tutumlar şeklinde organize edilmekte, kişinin kendilik değerini ve duygusunu belirleyen şeyin koşullu ifadelerden geçtiği varsayılmaktadır. İşlevsel olmayan inançlar bu şemaların içeriğini yansıtmakta ve kişinin olaya dair hissettiği duyguyu etkileyip belirlemektedir. Bu ifadeler, mükemmeliyetçi ve özeleştirel tutumlar (örn; kısmen başarısız olursam, bu tam bir başarısızlık kadar kötüdür) ve bağımlı tutumlar (eğer sevilmiyorsam hiçbir şeyim) olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır (139,142).

Kesitsel çalışmalarda fonksiyonel olmayan tutumların depresyon yaygınlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (143). Ancak kavramın psikopatolojik açıdan dağılımı ile ilgili alan yazın incelendiğinde önemli bir nokta göze çarpmaktadır. Yüksek düzeyde işlevsel olmayan tutumların genellikle depresyona özgü olduğu düşünülse de bu tür tutumların artışı diğer klinik gruplarda ve bireylerin gündelik yaşam sorunlarının temelinde de görülmektedir (144). İşlevsel olmayan bu tarz bir işleyiş, katı ve değişmez nitelikteki düşünme yapılarının içeriğini yansıtmaktadır (145). Her bireyin zaman zaman belli olaylara bakış açısında etkili olan bilişsel yapılanma, içinde bulunulan duyguyu da belirleyen bir faktör olabilmektedir.

Bilişsel davranışçı teorinin temel ilkesi, düşüncelerin yaşam durumlarına verilen duygusal ve davranışsal tepkileri etkilemesidir. Bu teori, başlangıçta Beck tarafından, bir kişinin zihinsel sıkıntısını anlamak için bir çerçeve olarak geliştirilen psikolojik rahatsızlıkların bilişsel modeline dayandırılmıştır (146,147). Beck' e göre tüm psikolojik rahatsızlıkların temelindeki ortak işleyiş, kişinin ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşünceleridir. Bu çerçevede bilişler, işlevsiz inançlar ve otomatik düşünceler açısından kavramsallaştırılmaktadır (131,148).

Bilişsel teori, kişilerin bilişsel yapısını kavramsallaştırmak için belli bir model önermiştir. Buna göre; bilişler, otomatik düşünceler ve şemalar olmak üzere iki başlıkta ele alınabilir. Şemalar ise ara inançlar (altta yatan sayıltı ve kurallar) ve temel inançlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Bazı araştırmacılar bu ikili şema ayrımı yerine 3 ayrı kavram şeklinde ele almaktadırlar. Bilişlerin en yüzeyinde görülen otomatik anlık

düşünceler, biraz daha alt kısımda yer alan ara inançlar ve en derinde ise bireyin temel inançları bulunmaktadır (132).

Bilişsel modele göre geliştirilen üçlü yapılanmaya daha yakından bakılacak olursa; biliş, bilinç akışında yer alan imgesel ya da sözel şekillerde görülebilen parçalardır. Otomatik düşünceler, bireyin zihninden anlık geçen, daha çok duygusal anlamda rahatsız hissedilen anlara eşlik eden, ortama veya duruma özgü olabilen bilişleri içerir. Bu yüzeydeki otomatik düşüncelerin altında, bireyin genel olarak dünya görüşünü içeren, inandığı ara inançlar, kurallar ve varsayımlar yer alır. Ara inançlar, kişinin kendi ve öteki insanlar hakkındaki kuralları ve beklentilerini ifade eder (132). İnançlar ve sayıltılar, doğrudan deneyimlenen olaylardan, gözlemlerden veya çevreden öğrenilen bilgilerden kaynağını alır.

Kişinin kendine ve dünyaya dair inanç sistemi, akılcı ve akılcı olmayan inançların tümünü barındırır. Gerçekliğin çarpıtılması şeklinde görünen mantıkdışı inançlar, kişilerin gündelik yaşam olaylarına karşı bakışını da etkilemektedir (149,150). Ara inançlar, duruma göre bireyin uyumunu bozucu veya işlevsiz olabilir (151).

Ara inançlar, kişinin herhangi bir durumu veya olayı nasıl algılayıp yorumladığını etkiler. Bu sebeple otomatik düşünceler ile bağlantı içindedir (131). Akılcı olmayan tutumlar genellikle gerçekliğin çarpıtıldığı, mutlak ve herhangi bir şarta bağlı olmadan deneyimlenen ve duruma uygun olmayan duygulara sebep olan düşünce şekilleridir (132). Kişinin yaşadığı olaylara dair duygu ve davranışlarını etkileyen ve yorumunu önemli ölçüde belirleyen işlevsiz sayıltılar genellikle katı nitelikte ve tüm yaşama genellenebilen, bireyin bilişsel çarpıtmaları ile perçinlenen bir yapıya sahip olmaktadır.

Temel inançlar ise genellikle kalıplaşmış tutumlar, kurallar ve sayıltılardan oluşan ara inançların gelişimi ile ilişkilidir (131). İşlevsel olmayan kural ve varsayımlardan, kişilerin bilişsel yapısını oluşturan temel inançlara ulaşılmaktadır. Temel inançlar, kişinin, kendisi ve çevreyle ilgili bilgileri düzenlemesini sağlayan ve kendisi, öteki ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içine alan, geçmiş yaşantılar sonucu oluşan zihinsel yapı taşlarıdır (132).

Temel işlevsiz inançlar, benlik diğerleri ve dünya hakkında sahip olunan inançları temsil eder ve genellikle bireyin önceki deneyimlerinden etkilenir. Bu işlevsiz inançlar,

bireylerin olayları yorumlama şeklini etkilediğinden, duygusal bozuklukların ortaya çıkması için bir zemin oluşturur (148).

2.4.1. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Yeme Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Bilişsel şemalar, bilgiyi düzenleyen ve çevreden aktarılan bilgilerle aktive olan zihnin düşünme yapılarıdır. Bu bilişsel şemaların fonksiyonel olmayan şekilde hareket etmesi sonucunda uyumsuz bilişler oluşur ve otomatikleşir. Düşüncenin duyguya ve davranışa yol açtığı bağlantısından hareketle bu bilişlerin uyumsuz birtakım davranışlara yol açabileceği söylenebilir (152). Olumsuz yeme tutumlarının oluşumu ve yeme bozukluklarının başlangıcı ve sürdürülmesiyle ilgili bilişsel faktörlerin pek çok çalışmada araştırıldığı görülmektedir (41,153).

Fonksiyonel olmayan bilişsel tutumlar, işlevsel olmayan yeme davranışlarının devam etmesinde rol oynamaktadır. Bu sebeple yemek yemeden önce kişinin kendine yönelik olarak ne söylediğine dikkat vermek gerekir (152). Yeme bozukluğu ile ilgili pek çok bilişsel teori, işlevsiz bilişsel yapıların (şemaların) varlığını merkeze almaktadır. Yeme patolojilerinin varlığında benliği, yeme, kilo ve şekil kontrolü ile ilişkilendiren bilişlerin temel rol oynadığı düşünülmektedir (19).

Yeme bozukluklarında fonksiyonel olmayan bilişler, beden imajı, benlik saygısı ve yeme ile ilişkilidir. Bu patolojilerde bilişsel faktörlerin mantıksal hatalar, bilişsel kaymalar ve kavramsal karışıklıktan meydana geldiği belirtilmektedir. Bazı bilişsel modeller, yeme bozukluğu hastalarının ağırlık ve kendilik ile ilgili organize bilişsel yapılar şemaları geliştirebileceğini öngörmektedir. Bu şemalar kalıcılığı ve yeme bozukluğu semptomatolojisinin gelişimini belirleyebilmektedir. Bilişsel fenomen, kendilik şeması, ağırlıkla ilişkili şema ve ağırlıkla ilişkili kendilik şemaları üzerine vurgu yapmaktadır. Bilişsel şemalar genellikle gerçeklikle uyumsuz olabilmektedir. Yeme bozukluğu hastalarında, çekirdek inançlar kendisi ve dünya hakkında mutlak, koşulsuz ve ikili bilişler halinde olmaktadır (154).

Yeme bozukluğu olan bireyler, kilo problemleri ve bununla ilgili algılarını, düşüncelerini, duygulanımlarını ve davranışlarını etkileyen kendilik değerini belirleyen organize bilişsel yapılar (şemalar) geliştirmektedirler (155).

Bulimiya ve anoreksiya nervoza'nın bilişsel kuramsal modelinde, fiziksel görünüm, vücut şekli, ağırlığı ile ilgili bilişler ön plana çıkmaktadır (44). AN ve BN' deki temel psikopatolojinin, kiloya yönelik inançlar ve benlik değerlendirmesini ele alan örgütlenmiş bilişsel yapılarda temsil edildiği varsayılmaktadır (155). BN' nin sürdürülmesinin temelinde, kendilik değerini belirlemede rol oynayan fonksiyonel olmayan bir mekanizma olduğu göze çarpmaktadır (21).

Bilişsel davranış modelleri, yeme bozukluğu belirtilerine uyumsuz düşünmenin vücut ölçüsü, ağırlığı ve şekli ile ilgili olumsuz otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumların neden olduğunu ve yeme bozukluğunun devam etmesinde etkili olduğunu önermektedir (156,157).

Yeme bozukluğu gelişimi açısından riskli kişilerin, bedensel görünüşleri ile ilgili aşırı değerlenmiş inançlara sahip oldukları (44) ve kendilik hakkındaki inançlarını dış görünüş hakkındaki inançlarla kaynaştırdıkları düşünülmektedir (155).

Duygular ve duygu deneyiminin sonucunda ortaya çıkan dürtüsel ve kişiyi zorlayıcı davranışları anlamak, bunları ortaya çıkaran bilişlere bakmaya ve değiştirmeye bağlı olmaktadır. Özellikle, kişilerin kilo ve beden şekline yönelik aşırı değerlendirilmiş düşünceleri dikkat çekmekte ve yeme tutumlarının odak noktası olarak bu kısım göze çarpmaktadır (126).

Vitousek ve Hollon'un (155) yeme bozuklukları ile ilişkilendirerek anlattıkları kendilik şemaları bu araştırmanın konusu olan fonksiyonel olmayan bilişsel tutumlarla da bağlantılı görünmektedir. Kendilikle ilgili şemalar, geçmiş yaşam deneyimlerinden kaynak alan, kişinin sosyal yapısına etki eden ve kendisine dair bilgileri işlemlemesi ile ilgili bilişsel genellemelerdir. Beden ağırlığına yönelik şemalar, kendiliğin zayıf ve şişman halinden ziyade, kişi için kilolu olmanın ne anlama geldiği ile ilgili bilgileri düzenleyen bilişsel yapıları ifade etmektedir. Yeme bozukluğuna sahip kadınlar, uzun süre devam eden olumsuz öz değerlendirme ile öne çıkan 'genel kendilik şemaları' bulundurmaktadır (155). Kavram yapıları incelendiğinde kendiliğe karşılık gelen işlevsiz tutumların incelenmesi önemli hale gelmektedir.

Araştırmalar yeme bozukluğuna sahip kadınlarda, kontrol grubuna kıyasla daha sağlıksız temel inançların bulunduğunu göstermektedir (41). Bu noktada temel inançların yeme tutumları ile olan ilişkisine bakıldığında bireyin kendine ve dünyaya bakış açısını

da belirlemesi yönünden bu inançların işlevsel olmayan tutumlar ile bağlantılı olduğu da düşünülebilir.

Cooper ve Fairburn (157) yeme bozukluğunda fonksiyonel olmayan tutumların etkili olduğunu gözlemlemiştir. Yeme bozukluklarında inanç ve tutumlar göreceli olarak ihmal edildiği ancak birçok yönden bilişsel modelin temelini oluşturdukları belirtilmektedir (44).

Fonksiyonel olmayan tutumlar ve yeme tutum ve bozuklukları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar yoluyla iki değişkenin birbiriyle bağlantısı görülebilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, tıkınırcasına yiyen obez grubu ile tıkınırcasına yeme davranışı olmayan obez grubun fonksiyonel olmayan tutumları açısından incelendiği bir araştırmada, tıkınırcasına yiyen obezlerin diğer gruba oranla daha yüksek fonksiyonel olmayan tutumlar gösterdikleri görülmüştür (152). Bir başka çalışmada ise, yeme tutumları ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (20).

Katzman ve Wolchik (159) yaptıkları çalışmada, bulimiya nervoza hasta grubunun, kontrol grubuna göre kendilerinden daha fazla gerçek dışı beklenti içinde olduklarını ve onaylanma ihtiyacının bulunduğunu ifade etmiştir (158,159). Çarpıtılmış veya akılcı olmayan inançların değişimine yönelen bilişsel davranışçı tedavi uygulamaları bulimiya nervozada bilişsel çarpıtmaların önemini vurgulamaktadır (159). Klinik örneklem grubuyla yapılan bir araştırmaya göre, bulimik semptomlar gösteren ve tıkınırcasına yeme davranışı olan bireylerde fonksiyonel olmayan tutumlar, bu bozukluğun ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastalığın devamlılığını belirleyen etkili bir faktör olmaktadır (160). Fonksiyonel olmayan tutumlar ile yeme bozukluğu semptomları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, yeme bozukluğu hastalarında kontrol grubuna göre fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden alınan puanın daha yüksek olduğu bulunmuştur (161). Bir başka araştırmada, 20 bulimiya tanılı kadınla 12 seanslık BDT seansları gerçekleştirilmiş ve tedavi öncesindeki patolojik temel inançların tedavi öncesi seviyelerle bağlantılı olduğu, bilişsel-davranışçı terapi sonrasında bulimik tutum ve davranışlarda %50 azalma olduğu gösterilmiştir (162).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

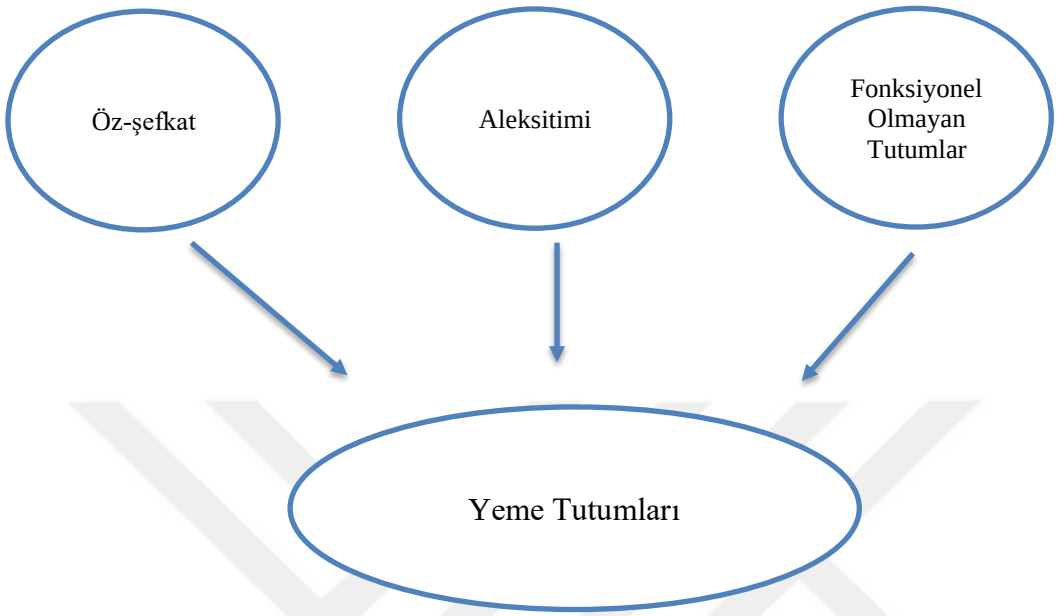
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini 18-30 yaş aralığındaki Türkiye'de yaşayan üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise Sakarya Üniversitesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi ve İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversiteleri'nin farklı fakülte ve bölümlerinde okumakta olan hazırlık, 1, 2, 3 ve 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü 0,05 örneklem hatası dikkate alınarak p=0,05 olarak hesaplanmış ve bu değere göre 1 milyon üzeri örneklem için minimum 384 kişinin çalışmaya katılması gerektiği belirlenmiştir (163). Bu hesaplama doğrultusunda kartopu örnekleme yöntemi kullanılmış ve söz konusu üniversitelerin rektörlükleri ile iletişime geçilerek öğrencilere mail adresleri üzerinden ulaşılmıştır. Veriler Aralık-2020 ile Mart-2021 tarihleri arasında 18-30 yaş aralığındaki çalışmaya katılmaya onaylayarak formu dolduran 412 kişilik üniversite öğrencileri örnekleminden toplanmıştır. Pandemi nedeniyle verilerin toplanması çevrimiçi formlar yoluyla gerçekleştirilmiştir. Ölçekleri rastgele dolduran, bazı soruları cevapsız bırakan veya rastgele cevaplayan, sistematik dolduran katılımcıların verileri değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Bu işlem sonucunda ise araştırmaya 283 kadın ve 106 erkek olmak üzere toplam 389 kişi katılmıştır. Çalışma, Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20/357 kayıt numaralı etik kurul izni alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. UYGULAMALAR

Bu çalışmada bilgilendirilmiş onam formu, Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi (YTT-40), Öz-duyarlık/Şefkat Ölçeği (ÖDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-40) kullanılmıştır. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Katılımcılara çevrimiçi formlar yoluyla ulaşılmış, gerekli bilgilendirme yapılarak gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Ayrıca istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri belirtilmiştir. Bu çalışmanın analizleri SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı yöntemiyle; değişkenlerin yeme tutumlarını yordayıcılık düzeyleri ise Hiyerarşik Regresyon Analizi ile tespit edilmiştir. Bu değişkenlerin demografik değişkenler

bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını bulmak için ise Bağımsız Gruplar t-Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.



Şekil 3.1: Araştırma Modeli

3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada katılımcıların gönüllü katılımlarını teyit etmek amacıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, sosyo-demografik özelliklerini belirleyebilmek amacıyla Demografik Bilgi Formu, Yeme tutumlarına dair bilgi alabilmek amacı ile Yeme Tutum Testi (YTT-40), Öz-şefkat düzeylerini belirleyebilmek amacı ile Öz-duyarlık/Şefkat Ölçeği (ÖDÖ), Aleksitimik özellikler hakkında bilgi sahibi olmak amacı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), ve işlevsel olmayan tutumların yoğunluğunu görebilmek amacı ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-40) uygulanmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, üniversite, sınıf, not ortalaması, medeni durum, ekonomik düzey, daha önce psikiyatrik tanı alıp almama durumu, şu anda psikiyatrik ilaç kullanımı, daha önce yeme bozukluğu tanısı alıp almama durumu, daha önce diyet yapma, beslenme düzeninin sağlıklılık düzeyi, şu anki kilosunu nasıl değerlendirdiği, şu andaki kilosundan memnuniyet düzeyi ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.3.2. Yeme Tutum Testi

Yeme tutumlarındaki bozulmaları tespit etmek ve olası yeme bozukluklarını saptayabilmek amacıyla 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (30). Ölçek özellikle Anoreksiya nervoza için yüksek risk grubu oluşturabilecek topluluklarda tarama hedefi ile de kullanılabilmektedir. Ölçek 6'lı likert tipinde 40 maddeden oluşmakta, bireylerin yemeye dair bazı tutum ve alışkanlıklarını belirleyici öz-bildirimlere dayanmaktadır. Ölçeğin likert aralığı 1=hiçbir zaman 6=daima şeklindedir. 1, 18, 19, 23, 27 ve 39. maddeler için bazen=1, nadiren=2, ve hiçbir zaman= 3 ve diğer seçenekler 0; kalan diğer maddeleri için ise daima= 3, çok sık= 2, ve sık sık=1 ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanmaktadır. YTT' den alınan puanın yükselmesi yeme tutumlarında meydana gelen olumsuzlukları işaret etmektedir. Ölçeğin kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir. Yeme tutum testinden, 30 ve 32 arasında puan alan kişiler, tanılanmış yeme bozukluğu belirtileri olmayan ancak yeme tutumu yönünden riskli bir grubu göstermektedir. 33 ve üzeri ise, patolojik olumsuz yeme tutumlarını ifade etmektedir. Garner ve Garfinkel çalışmasında YTT iç güvenirliği, anorektik denekler için .79, anorektik ve normal grubun toplam alfa katsayısı ise .94 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin dilimize uyarlanması ve geçerlik- güvenirlik çalışmaları ilk kez 1989'da Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. Araştırma, 745 katılımcıdan oluşan normal örneklem, 24 kişiden oluşan balerin örneklemi ile çalışılmıştır. Testin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .70 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği için Pearson Momentler Çarpım korelasyonu ise .65 olarak hesaplanmıştır (164,165).

Batur (166) yaptığı araştırmada, Yeme Tutum Testi' nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı kız öğrencilerde .47 ile .90 erkek öğrencilerde ise .34 ile .80 arasında bulunmuştur.

3.3.3. Öz-şefkat Ölçeği

Öz- şefkat ile ilgili ilk bilimsel çalışmaları yapan Kristen Neff tarafından 2003 yılında geliştirilen bu ölçek, bireylerdeki öz-şefkat düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir (167). 5'li likert tipinde, 26 maddeden oluşan ölçek, öz-şefkatin olumlu ve olumsuz olmak üzere toplamda 6 alt boyutuna da yer vermektedir. Bu alt boyutlar; öz-yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme, öz-sevecenlik paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık' tır. Alt ölçek ve toplam ölçek puanlaması ayrı ayrı yapılmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puanlar bireydeki öz-şefkat boyutlarının dağılımı hakkında bilgi vermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Akın, Akın ve Abacı tarafından 2007'de yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçek orijinal şekliyle uyumlu bulunmuştur. İç tutarlılık katsayılarının .72 ile .80, test-tekrar test güvenirlik katsayılarının ise .56 ile .69 arasında olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları .48 ile .71 arasında sıralandığı, %27'lik oranda alt ve üst grup ortalamaları arasındaki farkların anlamlı düzeyde olduğu bulgulanmıştır (168).

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Bireyin kendi duygularını tanıyıp açıklamada zorluklar yaşaması, dile getirme ve ifadede güçlükler ile karakterize edilen aleksitimi kavramını ölçmek amacıyla Taylor ve ark. tarafından 1985 yılında 26 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir (169). Ölçeğin ilk uyarlama çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır. İç güvenirlik katsayısı .65 ve test tekrar test güvenirliği .71 olarak bulunmuştur. Kesme noktası olarak 10 ile 11 puan esas alınması durumunda ölçeğin verimliliği %87 olmuş, bir başka deyişle, aleksitimik olan kişiler ile olmayanları %87 doğrulukla ayırt edebildiği belirlenmiştir (118).

Daha sonra revize çalışmalarla birlikte 1994'te Bagby ve ark. tarafından 5'li likert tipi 20 maddelik özbildirim formu geliştirilmiştir. Bu çalışmayla birlikte, TAÖ-20'nin iç tutarlılık, test-tekrar test güvenirliği ve aleksitimi kavramıyla teorik olarak uyumlu üç faktör yapısı gösterdiği bulunmuştur. Bu üç faktörlü yapının geçerliliği ve tekrarlanabilirliği hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarla yapılan başka bir çalışmada da görülmüştür (170).

TAÖ-20 için Türkçe' ye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. 5'li likert tipi ölçekte 1=Hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir. Bu çalışmada, Türkçe çevirisinin, testin orijinalinde olduğu şekliyle 3 faktör yapısını içerdiği görülmüştür. TAÖ-1=Duygularını tanıma zorluğu (1,3,6,7,9,13,14. maddeler) TAÖ-2=Duyguları ifade etme zorluğu (2,4,11,12,17) TAÖ-3=Dışavuruk düşünme (5,8,10,15,16,18,19,20) olmak üzere 3 alt ölçek ve toplam puan değerlendirilmektedir. Ölçeğin ve alt-ölçeklerin iç tutarlılık araştırmasında toplam ölçek için Cronbach alfa= .78, 1. faktör için Cronbach alfa= .80, 2. faktör için Cronbach alfa= .57 ve 3. faktör için Cronbach alfa= .63 olarak bulunmuştur (171).

Toronto Aleksitimi Ölçeği, Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri ise Güleç ve Yenel (2010) tarafından araştırılmıştır. Psikiyatri kliniğine başvurmuş 100 hastanın dahil edildiği çalışmada TAÖ-20 için alt değer 51, üst değer

59 olarak alınması uygun bulunmuştur. Ölçeğin hem sağlıklı hem de hasta gruplarında kullanılmak için güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır (172).

3.3.5. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Weissman ve Beck tarafından 1978'te, daha çok depresyonla ilişkili görünen işlevsiz inançları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Kişinin kendisine, çevresine ve dünyaya karşı tutumlarını ifade eden 40 maddeden oluşan ölçek 7'li likert tipinde tasarlanmıştır. Ölçek, olumsuz şemaların bir çıktısı olarak görülen depresif duygulanımla birlikte meydana geldiği bilinen ve kişinin dünyayı, çevresini ve kendisini değerlendirişini etkileyen otomatik düşünceleri saptamaya yönelik geliştirilen ölçme araçlarından farklı olarak, bilişsel modeldeki otomatik düşünceler ve temel inançlar arasında yer alan daha yapısal nitelikteki ara inançları değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Ölçeğin orijinal versiyonunda, yapılan çalışmalarda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları .87 ile .92 arasında, madde-toplam puan korelasyonları, .20 ile .50, test-tekrar test güvenirlik katsayıları .54 ile .84 arasında arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu .30 ile .65 arasında, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu .43 ve .64 arasında olduğu gösterilmiştir (130).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması 1992'de Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır. Toplam 345 üniversite öğrencisinden elde edilen sonuçlara göre, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .79, madde-toplam puan korelasyon ortalaması .34 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki yarım test güvenirliği ise r=.72 dir. Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu .19, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu .29 olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliği sonucunda düşük ve yüksek depresyon gruplarına göre fonksiyonel olmayan tutumların anlamlı şekilde iki grubu ayırt ettiği görülmüştür. Yapı geçerliliği kapsamındaki faktör analizi sonucunda ise, mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum olmak üzere 4 faktörlü bir yapıdan oluştuğu gözlenmektedir. Puanlar 40 ile 280 arasında değişebilmekte, toplam puandaki yükselmeler, kişideki fonksiyonel olmayan tutumların yoğunluk ve şiddetini göstermektedir (173-175).

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ

Araştırmanın örnekleminde yer alan katılımcıların demografik değişkenler ile kilo ve beslenmeyle ilişkili değişkenler açısından dağılımlarını belirlemek amacıyla frekans analizi gerçekleştirilmiştir.

4.1.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi

Örneklemde yer alan 389 katılımcının 283'ünün (%72,75) kadın, 106'sının (%27,25) erkek olduğu, katılımcıların yaşlarının 17 – 30 arasında (*Ort.* = 20,97, *SS* = 1.82) değiştiği belirlenmiştir. Ayrıca örneklemde ağırlıklı olarak bekar (%98,7), kendini orta ekonomik sınıftan tanımlayan (%88,7), psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayan (%87,6), mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı bulunmayan (%95,4) ve yeme bozukluğu öyküsü olmayan (%98,7) katılımcılar yer almaktadır. Demografik değişkenlere göre dağılımların ayrıntılarına Tablo 4.1'de yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Örneklemin Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişkenler		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	283	72,75
	Erkek	106	27,25
Yaş	17-20	169	43,4
	21-24	201	51,6
	25-30	19	5
Medeni Durum	Bekar	384	98,7
	Evli	4	1,1
	Ayrılmış	1	0,3
Ekonomik Durum	Düşük	33	8,4
	Orta	345	88,7
	Yüksek	11	2,9
Psikiyatrik Tanı Öyküsü	Evet	48	12,4
	Hayır	341	87,6
Mevcut Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Evet	18	4,6
	Hayır	371	95,4
Yeme Bozukluğu Öyküsü	Evet	5	1,3
	Hayır	384	98,7
Psikiyatrik/Psikolojik Yardıma İhtiyaç Duyma	Evet	123	31,6
	Hayır	266	68,4
	Toplam	389	100

4.1.2. Örneklemin Kilo ve Beslenmeyle İlgili Değişkenler Açısından İncelenmesi

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%71,9) Beden Kitle İndeksi (BKİ) açısından normal düzeyde olduğu ve yaklaşık yarısının (%51,4) kendi kilosunu 'normal' şeklinde değerlendirdiği görülmektedir. Sağlıklı beslenme düzeni açısından en sık bildirilen kategori 'bazen' (%42,5), mevcut kilodan memnuniyet açısından en sık bildirilen kategori ise 'memnunum' (%35,8) olmuştur. Katılımcıların %49,6'sı kilo almaktan korktuğunu ifade ederken, %53,7'si hiç diyet yapmadığını bildirmektedir. Kilo ve beslenmeye ilişkin değişkenlere göre dağılımın ayrıntılarına Tablo 4.2' de yer verilmiştir.

Tablo 4.2: Örneklemin Kilo ve Beslenmeyle İlgili Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişkenler		**N**	**%**
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	46	11,8
	Normal	280	71,9
	Fazla Kilolu	56	14,5
	Birinci Derece Obez	7	1,8
Sağlıklı Beslenme Düzeni	Hiç	18	4,7
	Nadiren	57	14,8
	Bazen	166	42,5
	Sık Sık	136	34,8
	Her Zaman	12	3,2
Mevcut Kilo Değerlendirmesi	Çok Zayıf	8	2,1
	Zayıf	55	14,2
	Normal	200	51,4
	Biraz Kilolu	111	28,5
	Çok Kilolu	15	3,8
Mevcut Kilodan Memnuniyet	Çok Memnunum	27	6,9
	Memnunum	139	35,8
	Kararsızım	93	23,9
	Memnun Değilim	105	26,9
	Hiç Memnun Değilim	25	6,5
Kilo Alma Korkusu	Evet	193	49,6
	Hayır	196	50,4
Diyet/Rejim Öyküsü	Evet	180	46,3
	Hayır	209	53,7
	Toplam	389	100

4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ

4.2.1. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Araştırmada kullanılan temel değişkenler ile bunlara ait alt ölçeklerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	**Boyut**	**N**	**Ort.**	**SS.**	**Alınabilecek Min-Maks. Değerler**
Yaş		389	20,97	1,82	17 – 30
Beden Kitle İndeksi		389	21,67	3,27	13,50 – 34,60
Yeme Tutumları	Toplam Puan	389	12,61	7,54	2 – 40
Öz-Şefkat	Toplam Puan	389	3,11	0,64	1,12 – 4,69
	Öz Sevecenlik	389	2,90	0,82	1 – 5
	Paylaşımların Bilincinde Olma	389	2,94	0,75	1 – 5
	Bilinçli Farkındalık	389	2,99	0,78	1 – 5
	Öz Yargılama	389	2,54	0,84	1 – 5
	İzolasyon	389	2,70	0,80	1 – 5
	Aşırı Özdeşleşme	389	2,84	0,85	1 – 5
Aleksitimi	Toplam Puan	389	52,50	12,34	23- 84
	Duyguları Tanıma Zorluğu	389	18,22	6,56	7 – 35
	Duyguları İfade Etme Zorluğu	389	13,74	4,28	5 – 25
	Dışavuruk Düşünme	389	20,51	4,31	10 – 33
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	Toplam Puan	389	124,55	27,29	58 – 180
	Mükemmelci Tutum	389	47,39	14,39	18 – 84
	Onaylanma İhtiyacı	389	37,48	10,13	11 – 62
	Bağımsız Tutum	389	20,69	6,58	7 – 37
	Değişken Tutum	389	18,94	3,83	8 – 29

4.2.2. Gruplar Arası Farkların İncelenmesi

Araştırmada yer verilen ölçeklerin toplam puanlarının cinsiyet, psikolojik yardım ihtiyacı, kilo alma korkusu ve diyet yapma öyküsü açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır.

Kilo durumundan memnuniyet, sağlıklı beslenme düzeni, mevcut kilo değerlendirmesi ve beden kitle indeksi açısından farkların değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizinden yararlanılmış, çoklu gruplar için Post-Hoc karşılaştırılmasında Tukey-HSD formülü esas alınmıştır.

4.2.2.1. Değişkenlerden alınan puanların demografik değişkenler açısından incelenmesi

Cinsiyet değişkeni için yürütülen t-testi analizinin sonuçları, kadın katılımcıların erkek katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek öz-şefkat puanına sahip olduklarını ortaya koymuştur (t = -2,33, p<0,05, %95 GA [-0,29, -0,02]). Yeme tutumları (t = 1,86, p>0,05, %95 GA [-0,09, 3,07]), aleksitimi (t = -0,67, p>0,05, %95 GA [-3,82, 1,89]) ve fonksiyonel olmayan tutumlar (t = -0,71, p>0,05, %95 GA [-8,59, 4,04]) açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Değişkenlerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın (N = 283)		Erkek (N = 106)		
	Ort.	SS	Ort	SS	p
Yeme Tutumları	12,99	7,87	11,49	6,41	0,06
Öz-Şefkat	3,23	0,53	3,07	0,67	0,02
Aleksitimi	52,25	12,81	53,22	10,88	0,51
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	123,97	27,54	126,25	26,62	0,48

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten bireyler, yeme tutumları (t = 3,00, p<0,01, %95 GA [92., 04,40]), aleksitimi (t = 5,77, p<0,01, %95 GA [4,97, 10,11]) ve fonksiyonel olmayan tutumlarda (t = 4,61, p<0,01, %95 GA [7,56; 19,30]) psikolojik yardıma ihtiyaç duymadığını belirten bireylerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Bununla birlikte psikolojik yardıma ihtiyaç duyan bireylerin öz-şefkat puanları yardım ihtiyacında olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha düşüktür (t = -8,98, p<0,01, %95 GA [-0,71, -0,45]).

Tablo 4.5: Değişkenlerden Alınan Puanların Psikolojik Yardım İhtiyacına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Evet (N = 123)		Hayır (N = 266)		
	Ort.	SS	Ort	SS	p
Yeme Tutumları	14,43	8,46	11,77	6,94	0,00
Öz-Şefkat	2,72	0,60	3,29	0,58	0,00
Aleksitimi	57,66	11,44	50,12	12,03	0,00
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	133,81	25,77	120,28	26,96	0,00

4.2.2.2. Değişkenlerden alınan puanların kilo ve beslenmeyle ilişkili değişkenler açısından incelenmesi

Beslenme ve kiloya ilişkili değişkenler incelendiğinde, kilo alma korkusu yaşayan katılımcıların yeme tutumları (t = 4,94, p<0,01, %95 GA [2,24, 5,20]), aleksitimi (t = 2,20, p<0,01, %95 GA [0,30, 5,25]) ve fonksiyonel olmayan tutumlarda (t = 3,95, p<0,01, %95 GA [5,45, 16,26]) kilo alma korkusu yaşamayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Öz-şefkat açısından ise böyle bir fark gözlemlenmemiştir (t = -1,60, p 0,05, %95 GA [7,56, 19,30]). Analiz sonuçları Tablo 4.6'da özetlenmiştir.

Tablo 4.6: Değişkenlerden Alınan Puanların Kilo Alma Korkusuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Evet (N = 193)		Hayır (N = 196)		
	Ort.	SS	Ort	SS	P
Yeme Tutumları	14,48	8,38	10,77	6,11	0,00
Öz-Şefkat	3,06	0,62	3,17	0,67	0,10
Aleksitimi	53,90	12,32	51,12	12,24	0,03
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	130,04	26,02	119,18	27,51	0,00

Diyet/rejim öyküsü bulunan katılımcılar hiç diyet/rejim yapmamış katılımcılara göre yeme tutumları (t = 4,86, p<0,01, %95 GA [2,2; 5,24]) ve fonksiyonel olmayan tutumlardan (t = 2,41, p<0,05, %95 GA [1,24; 12,21]) anlamlı şekilde yüksek puanlar alırken, öz-şefkat ölçümünde anlamlı şekilde düşük puanlar elde etmiştir (t = -2,06, p<0,05, %95 GA [-0,27, -

0,01]). İki grup arasında aleksitimi açısından (t = 1,90, p>0,05, %95 GA [-0,08, 4,89]) anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Değişkenlerden Alınan Puanların Diyet Yapma Öyküsüne Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Evet (N = 180)		Hayır (N = 209)		
	Ort.	SS	Ort	SS	P
Yeme Tutumları	14,61	8,29	10,88	6,36	0,00
Öz-Şefkat	3,04	0,63	3,17	0,65	0,04
Aleksitimi	53,79	11,75	51,38	12,75	0,06
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	128,16	27,07	121,44	27,17	0,02

Sağlıklı beslenme düzenine ilişkin yürütülen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.8'de sunulmuştur. Bulgular yeme tutumları (F(4,375) = 5,61, p<0,01), öz-şefkat (F(4,375) = 11,63, p<0,01) ve aleksitimi (F(4,375) = 5,61, p<0,01) boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklar olduğuna işaret etmektedir. Post-Hoc karşılaştırmalarına göre yeme tutumlarında hiç sağlıklı beslenmediğini belirten katılımcılar (*Ort* = 18,83, *SS* = 10,41), bazen (*Ort* = 11,54, *SS* = 6,68) ve sık sık (*Ort = 12,00*, *SS* = 7,09) sağlıklı beslendiğini bildiren katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek puanlar almışken, nadiren sağlıklı beslendiğini bildiren katılımcılar (*Ort* = 14,71, *SS* = 8,31) da bazen (*Ort* = 11,54, *SS* = 6,68) sağlıklı beslendiğini bildiren katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek puanlar almıştır.

Öz-şefkat boyutundaki Post-Hoc karşılaştırmaları, hiç sağlıklı beslenmediğini belirten katılımcıların (*Ort* = 2,26, *SS* = 0,69), nadiren (*Ort* = 3,01, *SS* = 0,62), bazen (*Ort* = 3,11, *SS* = 0,59), sık sık (*Ort* = 3,26, *SS* = 0,61) ve her zaman (*Ort* = 3,38, *SS* = 0,72) sağlıklı beslendiğini bildiren katılımcılardan anlamlı şekilde düşük puanlar aldığını ortaya koymaktadır.

Aleksitimi açısından Post-Hoc karşılaştırmalarına bakıldığında ise hiç sağlıklı beslenmediğini belirten katılımcıların (*Ort* = 63,89, *SS* = 12,32), nadiren (*Ort* = 54,64, *SS* = 12,02), bazen (*Ort* = 53,00, *SS* = 12,13), sık sık (*Ort = 49*,73, *SS* = 11,91) ve her zaman (*Ort* = 49,00, *SS* = 10,14) sağlıklı beslendiğini belirten katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek aleksitimi puanları elde ettiği görülmektedir.

Fonksiyonel olmayan tutumlar açısından gruplar arasında herhangi bir anlamlı farka rastlanmamıştır (F(4,375) = 0,92, p>0,05).

Tablo 4.8: Değişkenlerden Alınan Puanların Sağlıklı Beslenme Düzenine Göre Karşılaştırılması

Değişken	**N**	**YTT**		**ÖŞÖ**		**TAÖ**		**FOTÖ**	
		Ort.	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Hiç	18	18,83[1]	10,41	2,26[1]	0,69	63,89[1]	12,32	125,39	22,85
Nadiren	57	14,71[2]	8,31	3,01[2]	0,62	54,64[2]	12,02	130,00	26,57
Bazen	166	11,54[3]	6,68	3,11[3]	0,59	53,00[3]	12,13	124,95	27,23
Sık sık	136	12,00[4]	7,09	3,26[4]	0,61	49,73[4]	11,91	121,98	27,47
Her zaman	12	14,42	9,33	3,38[5]	0,72	49,00[5]	10,14	120,75	35,25
F		5,61*		11,63*		6,58*		0,92	

Yeme tutum puanları için gruplarası farklar: 1 > 3 – 4 2 > 3
Öz-şefkat puanları için gruplarası farklar: 1 < 2 – 3 – 4– 5
Aleksitimi puanları için gruplararası farklar: 1 > 2 – 3 – 4 – 5
* p<0,01, YTT: Yeme Tutumları Testi, ÖŞÖ: Öz-şefkat Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Tablo 4.9'da verilen tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre mevcut kilonun değerlendirilmesi açısından yeme tutumları (F(4,375) = 7,48, p<0,01) ve öz-şefkat (F(4,375) = 4,49, p<0,01) puanları farklılık göstermektedir.

Post-Hoc grup karşılaştırmalarına bakıldığında kendisini çok kilolu şeklinde değerlendiren katılımcıların yeme tutumu puanlarının (*Ort* = 19,93, *SS* = 7,72), kendisini zayıf (*Ort* = 11,51, *SS* = 7,36) ve normal (*Ort* =11,26, *SS* = 6,95) şeklinde değerlendiren katılımcıların puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde kendisini biraz kilolu şeklinde değerlendiren katılımcıların puanı (*Ort* = 14,22, *SS* = 7,82), kendisini normal (*Ort* = 11,26, *SS* = 6,95) şeklinde tanımlayan katılımcılarınkinden anlamlı şekilde yüksektir.

Öz-şefkat boyutundaki grup karşılaştırmalarında ise kendisini çok zayıf olarak değerlendiren katılımcıların puanlarının (*Ort* = 2,28, *SS* = 0,78), kendisini zayıf (*Ort* = 3,19, *SS* = 0,60), normal (*Ort* =3,11, *SS* = 0,66) ve biraz kilolu (*Ort* =3,18, *SS* = 0,58) şeklinde değerlendiren katılımcılarınkinden anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

Aleksitimi (F(4,375) = 3,69, p>0,05) ve fonksiyonel olmayan tutumların (F(4,375) = 1,65, p>0,05) mevcut kilo değerlendirmesine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.9: Değişkenlerden Alınan Puanların Mevcut Kilo Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması

Değişken	**N**	**YTT**		**ÖŞÖ**		**TAÖ**		**FOTÖ**	
		Ort.	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Çok Zayıf	8	17,75	6,88	2,28[1]	0,78	63,50	12,81	135,63	32,30
Zayıf	55	11,51[1]	7,36	3,19[2]	0,60	51,32	11,77	122,02	26,83
Normal	200	11,26[2]	6,95	3,11[3]	0,66	52,05	12,74	122,78	28,66
Biraz Kilolu	111	14,22[3]	7,82	3,18[4]	0,58	51,90	11,43	126,30	23,92
Çok Kilolu	15	19,33[4]	7,72	2,88	0,70	60,93	10,69	137,73	29,00
F		7,48*		4,49*		3,69		1,65	

Yeme tutum puanları için gruplarası farklar: 4 > 1 – 2 3 > 2
Öz-şefkat puanları için gruplarası farklar: 1 < 2 – 3 – 4
* p<0,01, YTT: Yeme Tutumları Testi, ÖŞÖ: Öz-şefkat Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Ölçek puanlarının katılımcıların mevcut kilolarından memnuniyet durumları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizinin sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Buna göre yeme tutumları (F(4,375) = 18,01, p<0,01), öz-şefkat (F(4,375) = 4,22, p<0,01), aleksitimi (F(4,375) = 6,64, p< 0,01) ve fonksiyonel olmayan tutumlardan (F(4,375) = 3,82, p< 0,01) alınan puanlar kilo durumundan memnuniyete göre farklılaşmaktadır. Yeme tutumları boyutundaki Post-Hoc analizleri kilosundan hiç memnun olmayan katılımcıların puanlarının (*Ort* = 22,59, *SS* = 8,67), kilosundan memnun olmayan (*Ort* = 13,83, *SS* = 7,52), bu konuda kararsız olan (*Ort* = 13,32, *SS* = 7,48), kilosundan memnun olan (*Ort* = 9,87, *SS* = 5,46) ve kilosundan çok memnun olan (*Ort* = 11,11, *SS* = 7,90) katılımcıların puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde kilosundan memnun olmayanlar (*Ort* = 9,87, *SS* = 5,46) ile kararsız olanların (*Ort* = 13,32, *SS* = 7,48) puanlarının, kilosundan memnun olanlarınkine (*Ort* = 9,87, *SS* = 5,46) kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Öz-şefkat açısından bakıldığında kilosundan çok memnun olan katılımcıların puanlarının (*Ort* = 3,40, *SS* = 0,68), kararsız olanlar (*Ort* = 3,00, *SS* = 0,63) ile hiç memnun olmayan katılımcılarınkinden (*Ort* = 2,75, *SS* = 0,80) anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan kilosundan memnun olan katılımcıların öz-şefkat puanları da (*Ort* = 3,16, *SS* = 0,62) kilosundan hiç memnun olmayan katılımcılarınkinden (*Ort* = 2,75, *SS* = 0,80) anlamlı şekilde yüksektir.

Aleksitimi açısından ise kilosundan hiç memnun olmayanların (*Ort* = 61,18, *SS* = 10,10) puanlarının çok memnun olanlar (*Ort* = 45,85, *SS* = 12,70), memnun olanlar (*Ort* = 51,21, *SS* = 12,09) ve memnun olmayanlarınkinden (*Ort* = 51,71, *SS* = 12,46) anlamlı şekilde yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Yine bu boyutta, kararsızların aleksitimi puanının (*Ort* = 55,23, *SS* = 0,80) kilosundan çok memnun olanlarınkinden (*Ort = 45,85, SS* = 12,70) anlamlı şekilde yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Son olarak fonksiyonel olmayan tutumlara ilişkin Post-Hoc karşılaştırmaları incelendiğinde, kilosundan hiç memnun olmayanların puanlarının (*Ort* = 137,55, *SS* = 26,17), kilosundan memnun (*Ort* = 120,46, *SS* = 27,99) ve çok memnun (*Ort* = 116,15, *SS* = 26,87) olanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10: Değişkenlerden Alınan Puanların Kilo Durumundan Memnuniyete Göre Karşılaştırılması

Değişken	**N**	**YTT**		**ÖŞÖ**		**TAÖ**		**FOTÖ**	
		Ort.	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Çok Memnun	27	11,11[1]	7,90	3,40[1]	0,68	45,85[1]	12,70	116,15[1]	26,87
Memnun	139	9,87[2]	5,46	3,16[2]	0,62	51,21[2]	12,09	120,46[2]	27,99
Kararsız	93	13,32[3]	7,48	3,00[3]	0,63	55,23[3]	11,46	123,76	27,49
Memnun Değil	105	13,83[4]	7,52	3,14	0,60	51,71[4]	12,46	129,98	25,01
Hiç Memnun Değil	25	22,59[5]	8,67	2,75[4]	0,80	61,18[5]	10,10	137,55[3]	26,17
F		18,01*		4,22*		6,64*		3,82*	

Yeme tutum puanları için gruplararası farklar: 5 > 1 – 2 – 3 – 4 3 – 4 > 2
Öz-şefkat puanları için gruplarası farklar: 1> 3 – 4 3 > 4
Aleksitimi puanları için gruplararası farklar: 5 > 1 – 2 – 4 3 > 1
Fonksiyonel Olmayan tutum puanları için gruplarası farklar: 3 > 1 – 2
* p<0,01, YTT: Yeme Tutumları Testi, ÖŞÖ: Öz-şefkat Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Tek yönlü varyans analizinde son olarak beden kitle indeksine göre ölçeklerden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve bulgular Tablo 4.11'de sunulmuştur. Buna göre sadece yeme tutumları puanlarının beden kitle indeksine göre farklılaştığı görülmektedir ($F(4,376) = 3,03$, $p<0,05$). Post- Hoc karşılaştırmalarına göre normal kilo kategorisine denk düşen bireylerin yeme tutumları puanı (*Ort* = 11,90, *SS* = 7,31), fazla kilolu kategorisindeki katılımcılarındakinden (*Ort* = 14,83, *SS* = 7,87) anlamlı olarak düşüktür. Öz-şefkat ($F(4,376) = 1,53$, $p>0,05$), aleksitimi ($F(4,376) = 1,01$, $p> 0,05$) ve fonksiyonel olmayan tutumlarda

($F(4,376) = 0,59$, $p>0,05$) beden kitle indeksi açısından herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 4.11: Değişkenlerden Alınan Puanların Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması

Değişken	**N**	**YTT**		**ÖŞÖ**		**TAÖ**		**FOTÖ**	
		Ort.	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Zayıf	46	14,04	8,23	2,98	0,75	53,78	13,30	127,87	29,45
Normal	280	11,90[1]	7,31	3,11	0,63	52,43	12,60	123,40	27,58
Fazla Kilolu	56	14,83[2]	7,87	3,24	0,63	50,96	9,96	127,37	23,64
1. Derece Obez	7	13.86	5,87	2,94	0,48	58,57	12,07	126,71	30,30
F		3,03*		1,53		1,01		0,59	

Yeme tutum puanları için gruplararası farklar: 1< 2
* p<0,05, YTT: Yeme Tutumları Testi, ÖŞÖ: Öz-şefkat Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

4.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

4.3.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada yer verilen yeme tutumları, öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumlar değişkenleri ile bunlara ilişkin alt ölçeklerin arasındaki korelasyon değerlerini belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre yeme tutumları toplam puanı ile öz-şefkat toplam puanı ($r = -0,12$, $p<0,05$), aleksitimi toplam puanı ($r = 0,25$, $p<0,01$) ve fonksiyonel olmayan tutumlar toplam puanı ($r = 0,19$, $p<0,01$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yeme tutumları aynı zamanda öz-şefkatin alt boyutlarından öz sevecenlik ($r = -0,11$, $p<0,05$), öz-yargılama ($r = 0,15$, $p<0,01$) ve izolasyon ($r = 0,14$, $p<0,01$); aleksitiminin alt boyutlarından duyguları tanıma zorluğu ($r = 0,29$, $p<0,01$) ve duyguları ifade etme zorluğu ($r = 0,20$, $p<0,01$); fonksiyonel olmayan tutumların alt boyutlarından mükemmelci tutum ($r = 0,25$, $p<0,01$) ve değişken tutum ($r = 0,12$, $p<0,05$) ile anlamlı ilişkilere sahiptir.

Öz-şefkat açısından bakıldığında toplam puanın, aleksitimi toplam puanı ($r = -0,46$, $p<0,01$) ve fonksiyonel olmayan tutumlar toplam puanı ($r = -0,43$, $p<0,01$) ile anlamlı düzeyde ilişkilere sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca öz-şefkat toplam puanı, aleksitimi alt boyutlarıyla

r = -0,21 ve r = -0,46 arasında (p<0,01); fonksiyonel olmayan tutumlar alt boyutlarıyla ise r = -0,12 (p<0,05) ve r = -0,46 (p<0,01) arasında değişen anlamlı düzeyde ilişkiler sergilemektedir.

Aleksitimi toplam puanının fonksiyonel olmayan tutumların toplam puanına ek olarak (r = 0,27, p<0,01), bu değişkene ilişkin alt boyutlardan mükemmelci tutum (r = 0,37, p<0,01) ve değişken tutum (r = 0,27, p<0,01) ile ilişkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Öte yandan fonksiyonel olmayan tutumlar toplam puanı, olumlu öz-şefkat boyutlarıyla r = -0,25 ile r = -0,34 arasında (p<0,01); olumsuz öz-şefkat boyutlarıyla r = 0,35 ile r = 0,39 arasında (p<0,01); aleksitimi alt boyutlarıyla ise r = 0,16 ile r = 0,24 arasında (p<0,01) değişen anlamlı korelasyon değerlerine sahiptir. Tüm değişkenlerin toplam puanları ve alt boyutlarıyla ilgili korelasyon katsayıları Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Tablo 4.12: Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
(1) YTT	1.00	-.12*	-.11*	-.07	-.05	.15**	.14**	.08	.25**	.29**	.20**	.07	.19**	.25**	.07	.10	.12*
(2) ÖŞÖ Toplam	-	1.00	.84**	.67**	.80**	-.79**	-.74**	-.78**	-.46**	-.46**	-.40**	-.21**	-.43**	-.46**	-.23**	-.38**	-.12*
(3) ÖŞÖ-1	-	-	1.00	.66**	.75**	-.55**	-.47**	-.51**	-.40**	-.39**	-.35**	-.21**	-.34**	-.37**	-.15**	-.35**	-.10
(4) ÖŞÖ-2	-	-	-	1.00	.60**	-.35**	-.28**	-.30**	-.22**	-.18**	-.15**	-.22**	-.25**	-.26**	-.10*	-.29**	-.07
(5) ÖŞÖ-3	-	-	-	-	1.00	-.45**	-.41**	-.56**	-.37**	-.37**	-.31**	-.20**	-.33**	-.31**	-.17**	-.36**	-.17**
(6) ÖŞÖ-4	-	-	-	-	-	1.00	.73**	.67**	.40**	.40**	.36**	.18**	.39**	.45**	.18**	.31**	.10*
(7) ÖŞÖ-5	-	-	-	-	-	-	1.00	.68**	.35**	.39**	.33**	.06	.38**	.42**	.24**	.25**	.03
(8) ÖŞÖ-6	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.39**	.42**	.36**	.13*	.35**	.36**	.23**	.29**	.09
(9) TAÖ Toplam	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.90**	.84**	.64**	.27**	.37**	-.01	.27**	.10
(10) TAÖ-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.72**	.33**	.24**	.33**	.02	.22**	.08
(11) TAÖ-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.31**	.22**	.32**	-.01	.16**	.10
(12) TAÖ-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.16**	.22**	-.07	.25**	.06
(13) FOTÖ Toplam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.86**	.79**	.75**	.51**
(14) FOTÖ-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.48**	.52**	.26**
(15) FOTÖ-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.48**	.37**
(16) FOTÖ-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	.40**
(17) FOTÖ-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00

* p < .05, ** p < .01, YTT: Yeme Tutumları Testi, ÖŞÖ: Öz-şefkat Ölçeği, ÖŞÖ-1: Öz Sevecenlik, ÖŞÖ-2: Paylaşımların Bilincinde Olma, ÖŞÖ-3: Bilinçli Farkındalık, ÖŞÖ-4: Öz Yargılama, ÖŞÖ-5: İzolasyon, ÖŞÖ-6:Aşırı Özdeşleşme, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-1: Duyguları Tanıma Zorluğu, TAÖ-2: Duyguları İfade Etme Zorluğu, TAÖ-3: Dışavuruk Düşünme, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği , FOTÖ-1:Mükemmelci Tutum, FOTÖ-2: Onaylanma İhtiyacı, FOTÖ-3: Bağımsız Tutum, FOTÖ-4: Değişken Tutum

4.3.2. Yeme Tutumlarını Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri

Yeme tutumları toplam puanını yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.13). Hiyerarşik regresyonun ilk aşamasına öz-şefkatin olumsuz alt boyutlarından öz-yargılama ve izolasyon değişkenleri eklenmiştir. İkinci adımda modele, aleksitimi toplam puanıyla birlikte aleksitiminin alt boyutları olan duyguları tanıma zorluğu ve duyguları ifade etme zorluğu dahil edilmiştir. Üçüncü ve son adımda fonksiyonel olmayan tutumlar toplam puanı ve bu ölçeğin alt boyutu olan mükemmeliyetçi tutum analize alınmıştır.

İlk adımda modele alınan değişkenlerden öz-yargılama (β = 0,10, t = 1,42, p>0,05) ve izolasyonun (β = 0,06, t = 0,89, p>0,05) yeme tutumlarını anlamlı düzeyde yordamadığı görülmektedir. Modeldeki bu değişkenler varyansın %2'sini açıklamaktadır. İkinci adımda eklenen değişkenlerden, sadece aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanıma zorluğu yeme tutumlarını yordamaktadır (β = 0,31, t = 2,62, p<0,05). Bu boyutun %5'lik katkısı ile toplam açıklanan varyans %7'ye yükselmiştir. Üçüncü ve son adımda eklenen değişkenlerden fonksiyonel olmayan tutumlar alt boyutlarından mükemmeliyetçi tutumun yeme tutumlarını yordadığı görülmektedir (β = 0,22, t = 2,15 p<0,05). Bu adımda eklenmiş olan değişkenlerle birlikte toplam varyans %9 oranında açıklanmaktadır.

Tablo 4.13: Yeme Tutumlarını Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Model	Yordayıcılar	β	t	F	R^2	R^2_{adj}	p
1	Öz yargılama	0,10	1,42	5,03	0,02	0,02	0,15
	İzolasyon	0,06	0,89				0,37
2	Öz yargılama	0,04	0,60	6,83	0,08	0,07	0,54
	İzolasyon	0,00	0,08				0,93
	TAÖ Toplam puan	-0,05	-0,34				0,72
	TAÖ – Duyguları Tanıma Zorluğu	0,31	2,62				0,00
	TAÖ – Duyguları İfade Etme Zorluğu	0,00	0,00				0,99
3	Öz yargılama	0,00	0,02	6,58	0,11	0,09	0,98
	İzolasyon	-0,02	-0,38				0,70
	TAÖ Toplam puan	-0,12	-0,86				0,38
	TAÖ – Duyguları Tanıma Zorluğu	0,34	2,92				0,00
	TAÖ – Duyguları İfade Etme Zorluğu	0,00	0,05				0,95
	FOTÖ Toplam puan	-0,03	-0,39				0,69
	FOTÖ – Mükemmelci Tutum	0,22	2,15				0,03

5. TARTIŞMA

Mevcut tez çalışmasında, üniversite öğrencilerinde öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisi ve bu değişkenlerin yeme tutumlarını yordama düzeyleri incelenmiştir. Gerekli analizler gerçekleştirilerek bulgular bölümünde verilmiştir. Bu bölümde ise istatistiksel analizler ile ulaşılan sonuçlar çalışmanın hipotezleri kapsamında literatürdeki diğer araştırmalarla birlikte incelenmiştir.

Bulgulara dayalı olarak çalışmada ulaşılan en önemli sonuç; öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile anlamlı ilişkisinin bulunmasıdır. Ayrıca değişkenlerin farklı etki düzeylerinde yeme tutumlarını yordadığı saptanmıştır.

5.1. YEME TUTUMLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeme tutumlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda kadınlar ve erkekler arasında yeme tutumları açısından anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı görülmüştür. Ancak kadın katılımcıların yeme tutum puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde yeme bozukluklarının kadınlarda daha sık olarak görüldüğü, daha çok ergenlikle birlikte başladığı ve %5-10 civarında olduğu bildirilmektedir. Klinik popülasyonlarda ise erkek/kadın arasındaki oranın 1/10-20 arasında değiştiği görülmektedir (52). Yeme tutumlarını cinsiyet açısından inceleyen araştırmalara bakıldığında sıklıkla kadınların daha fazla olumsuz yeme tutumuna sahip olduğu bildirilmektedir. Erol ve ark. (177), 408 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışma sonucunda kadınların yeme tutum puanlarının erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. Kadınlar ve erkekleri karşılaştıran başka çalışmalarda kadınların daha fazla olumsuz yeme tutumu bildirdikleri saptanmıştır (178-180). Ancak bunun tersini gösteren araştırmalar da mevcuttur (20,181,182). Quattlebaum (181), 12-17 yaşları arasındaki 125 ergenle yaptığı çalışma sonucunda kız ve erkeklerin yeme bozukluğu saptama anketinden aldıkları puanlar arasında farklılık olmadığını bulmuştur.

Bir başka çalışmada ise kadınların yeme tutum puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir (182). Schaefer ve ark. (183), üç farklı üniversitede okuyan 1083 erkek ve 2424 kadın katılımcı üzerinde, yeme tutum testi, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği ve DSM-IV' e göre yeme bozukluğu tanı ölçeklerini kullandıkları araştırmada ölçekler arasında cinsiyete dayalı anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Türk örneklemi ile yapılan bir çalışmada ise, kadınlar ve erkeklerde yeme tutum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (20). Bu yönden çalışmadaki bulgunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Psikolojik yardım ihtiyacı değişkenine göre bakıldığında, psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten kişilerin yeme tutumu puanları, desteğe ihtiyaç duymayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Braden (184), duygusal yeme ve çeşitli duyguların ilişkisini incelediği araştırmada, depresyon, anksiyete/öfke ve can sıkıntısına cevap olarak yeme davranışının ortaya çıktığını açıklamaktadır. Fazla kilolu ve obez yetişkinlerde, yeme bu duygular yoluyla tetiklenmekte ve daha düşük bir psikolojik iyilik hali ve daha fazla yeme bozukluğu semptomları görülmektedir. Olumlu duyguların ise yemeyle ilgili olumsuz sonuçlar ile bağlantılı olmadığı belirtilmektedir. Kişilerin yeme davranışında bulunurken, içsel anlamda hangi duyguyu hissettiklerinin yemekle kurulan ilişkide önemli olduğu dile getirilmiştir (29). Başka bir araştırmada kısıtlayıcı yeme tutumunun psikolojik iyi oluş şiddetiyle anlamlı ilişkilere sahip olduğu bulunmuştur (185). Bu anlamda çalışmadaki katılımcıların zorlayıcı durumlarda psikolojik destek ihtiyacı hissetmeleri ile yeme tutumlarında ortaya çıkan değişiklikler literatürle tutarlı görünmektedir.

Çalışmada ele alınan kilo ve beslenme ile ilgili değişkenler yeme tutumları ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yeme bozukluklarında kişinin yeme, kilo, beden şekli ve boyutları ile ilgili kontrolünde aşırı değerlenmiş düşüncelerin bulunması dikkat çekmektedir. Bu düşünceler ise kişiyi patolojik yeme davranışlarına götürebilmektedir (21). Pek çok hasta, hoşnut olmadıkları beden bölümlerine odaklanarak bedenlerini tekrarlı şekilde kontrol ederken, diğerleri kilolu ve itici durduklarını düşünerek kendilerine bakmaktan uzak durmaktadır. Bu yönüyle kontrol etme ve kaçınma, beden şekli ve kiloyla fazlaca uğraşı devam ettirmektedir (186). Olumsuz yeme tutumlarına sahip bireyler, genellikle kendileriyle ilgili gerçekçi bir beden imgesine sahip olmamaktadır. Medyada idealize edilmiş görüntüler de kişilerde huzursuzluk ve çatışma

yaratmakta, kişinin kendine yönelik memnuniyetsizliğini artırarak yemeyle ilgili aşırı bir çabaya girmesine yol açmaktadır (47). Makino (178), kilo alma korkusu ve daha ince bedenle meşgul olma durumunda yeme tutumlarının kadınlar ve erkekler arasında anlamlı düzeyde değiştiğini saptamıştır. Bu çalışmada kilo alma korkusuna sahip olduğunu belirten katılımcıların bu korkuya sahip olmayan kişilere göre yeme tutumlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuç literatürlerle uyumlu görünmektedir. Kilo almaya dair korku ve ince bir bedene sahip olma düşüncesiyle bağlantılı olarak araştırmalar, kadın üniversite öğrencilerinin beden imajının daha bilinçli olduğunu ve görünüşe daha fazla önem verdiğini ve dolayısıyla beden ağırlığını korumak için daha fazla diyet uygulamasına girebileceklerini belirtmektedir (93,187,188). Elde edilen sonucu destekleyici olarak bu çalışmada diyet öyküsü bulunan katılımcıların yeme tutumları, hiç diyet yapmamış katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Yeme patolojisi gösteren bireyler abartılmış düzeyde öz eleştirel olma eğiliminde olmakla birlikte yeme, şekil ve kiloyla ilgili kendilerine zorlu ve ulaşılamaz standartlar belirler ve eğer bunları karşılayamazlarsa kendilerini kusurlu saymaktadırlar (21). Makino (178), Çinli üniversite öğrencileriyle yaptığı bir araştırmada, normal beden algısı ve sorunlu beden imajına sahip olan öğrencileri karşılaştırmış ve yeme tutumlarının anlamlı şekilde farklılaştığını bulmuştur. Beden imgesini sorunlu olarak görenlerde yeme tutum puanlarının arttığı görülmüştür. Bir başka araştırmada beden hoşnutsuzluğunun yeme bozukluğu envanterinden alınan puanları anlamlı düzeyde artırdığı bulunmuştur (189). Koskina ve Giovazolias'ın (190) çalışmasında beden memnuniyetsizliği görülen kadın ve erkek katılımcıların yeme tutumlarında bozulma olduğu ortaya çıkmıştır. Bir başka araştırmada beden memnuniyetsizliğine sahip katılımcıların bedeninden memnun olan kişilere göre yeme tutum testinden daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir. Özellikle daha ince olma arzusuna sahip kişilerin, daha geniş bir bedene sahip olma isteği gösteren kişilere göre daha yüksek bozulmuş yeme tutumu gösterdiği görülmüştür (182). Bu çalışmada yeme tutumlarının mevcut kilo değerlendirmesi, kilo durumundan memnuniyet, sağlıklı beslenme değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, kendisini çok kilolu, çok zayıf ve biraz kilolu olarak tanımlayan kişilerin yeme tutum puanlarının sırasıyla yükseldiği görülmüştür. Şu anki kilosunu normal olarak tanımlayan kişilerin yeme tutumları ölçeğinden en düşük puanları aldıkları gözlenmiştir. Ayrıca kilosundan hiç memnun olmadığını belirten kişiler yeme tutum testinden en yüksek puanları almışlardır.

Kilosundan ‘’memnun’’ ve ‘’çok memnun’’ olduğunu ifade eden katılımcıların yeme tutum puanları diğer kişilerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu sonuçların mevcut literatürü desteklediği görülmektedir.

Bireylerde aşırı olumsuz duygulanımı düzenleme çabası, yeme ve kilo ile ilgili meşguliyeti artırmakta beslenme alışkanlıklarını da dönüştürmektedir. Yaşamsal güçlük durumlarında daha yapıcı ve sağlıklı başa çıkma yolları geliştirememiş bireyler yeme eylemini bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilmektedir (191). Bu mekanizma da sağlıksız beslenme davranışlarının daha fazla ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Mevcut çalışmada hiç sağlıklı beslenmediğini belirten kişilerin yeme tutum ölçeğinden en yüksek puanları aldıkları görülmektedir. Her zaman sağlıklı beslendiğini ifade eden kişilerin ise yeme tutum puanları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca Beden Kitle İndeksi (BKİ) puanına göre fazla kilolu ve zayıf kategoride yer alan bireyler, yeme tutum testinden en yüksek puanı almış, normal kategorideki bireylerin yeme tutum puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda BKİ’ nin, ağırlık kontrolü ve gıda tüketimi ile ilgili işlevsel olmayan endişeler yaratarak yeme patolojisini riskini artırdığı belirtilmektedir (189). Fadipe ve ark. (179) çalışmasında, BKİ ve bozulmuş yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki görülmüş, olumsuz yeme tutumuna sahip katılımcılarda daha yüksek BKİ puanları olduğu rapor edilmiştir. Bir başka çalışmada Türk kadın üniversite öğrencilerinde yeme tutum puanları ile Beden Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (177).

5.2. ÖZ-ŞEFKAT PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Öz-şefkat puanlarının cinsiyete göre değişimine bakıldığında, kadın katılımcıların erkek katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek öz-şefkate sahip olduğu görülmüştür. Bu öz-şefkat düzeyinin ortalama seviyeye karşılık geldiği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde kadınlarda öz-şefkat düzeyinin erkeklerden yüksek olduğunu bildiren araştırmalar olmakla birlikte tersini gösteren çalışmaların da mevcut olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmaların bazıları, kadınların erkeklerden daha az öz-şefkate sahip olduğunu bildirirken (167,192-194), bazı araştırmalar cinsiyete göre farklılaşmanın olmadığını belirtmektedir (195-197). Neff (167), kadınlardaki öz-şefkatin yüksek oluşunu, ilişkisel benlik kavramı ile bağlantılandırmıştır. Kadınlarda ilişkiye

dayalı kendilik tasarımının öz-şefkati artırıcı etkisinin olabileceğini ileri sürmüştür. Ancak aynı zamanda kadınların ruminasyon ve öz-eleştiriye açık oluşları nedeniyle de daha düşük öz-şefkate sahip olabileceklerini belirtmiştir. Bacanlı ve Çarkıt (198), yürüttükleri meta-analiz çalışması sonucunda, erkeklerin öz-şefkat puan ortalamalarının kadınlarınkinden yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ancak farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğünün anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Bu araştırmada kadınlarda öz-şefkat puanlarının daha yüksek çıkmasında, kadınların çevredeki bireylere karşı merhametli bir tavırla yaklaşmaları, daha empatik ve affedici olmaları etkili olmuş olabilir (196). Ayrıca kadınların kendi duyguları ile daha fazla iletişime geçmeleri ve acıyı dindirmek konusunda daha yüksek bir farkındalığa sahip olmaları da öz-şefkat üzerinde belirleyicidir.

Bireylerdeki psikolojik iyilik halini etkileyen Öz-şefkat puanlarının psikolojik yardıma ihtiyaç duyan bireylerde anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında, MacBeth ve Gumley (199) yaptıkları meta-analiz çalışmasının sonucunda, psikopatoloji ve öz-şefkat arasında negatif yönlü etki bulmuşlardır. Bir başka meta-analiz çalışmasında ise, öz-şefkat ve iyi oluş arasında pozitif yönde etki olduğu tespit edilmiştir (200). Çalışmada elde edilen bulgunun psikolojik sağlık faktörü açısından şefkatin koruyucu işlevini literatürle uyumlu şekilde desteklediği görülmektedir.

Öz-şefkat ile mevcut kilo değerlendirmesi değişkeni incelendiğinde, kendisini ‘’çok zayıf’’ olarak tanımlayan katılımcılarının öz-şefkat düzeylerinin diğer katılımcılardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Kendisini ‘’çok zayıf’’ olarak tanımlayan bireyler, ‘’zayıf, normal ve biraz kilolu’’ olarak tanımlayan gruplara göre anlamlı düzeyde düşük öz-şefkat puanına sahiptir. Ayrıca diyet öyküsüne sahip bireyler ve hiç sağlıklı beslenmediğini bildiren katılımcıların öz-şefkat puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, kişilerin kendini ve bedenini eleştirme durumundan dolayı bir baş etme stratejisi olarak diyet davranışına girme ya da tam tersi sağlıksız beslenme gösterdiği şeklinde açıklanabilir. Kilo durumundan memnuniyet değişkeni incelendiğinde ise, kilosundan ‘’hiç memnun olmadığı’’nı belirten kişilerin öz-şefkat puanları düşük, ‘’çok memnun’’ olduğunu bildiren kişilerin öz-şefkat puanları ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde daha önce yapılan çalışmalarda öz-şefkat ile beden memnuniyetsizliği arasındaki negatif

yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (11,201). 142 kadın üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışma, artan öz-şefkatin daha az bedensel meşguliyet, kiloyla ilgili endişe ve kişinin bedeninden daha çok memnun olması ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca öz-şefkatin tüm alt boyutlarının kadınlardaki beden algısıyla anlamlı şekilde ilişkisi olduğu belirtilmiştir (201). Koç ve Korkut-Owen (202), 19-30 yaş aralığında 443 kadın ile yaptığı çalışmada öz-şefkat ile beden algısı/memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Beden memnuniyeti arttıkça öz-şefkat puanlarının da arttığı gözlenmiştir.

Öz-şefkat ile BKİ değişkeni birlikte incelendiğinde, obez kategorisinde yer alan katılımcıların öz-şefkat puanları diğer gruplardan daha düşük bulunmakla birlikte bu farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında öz-şefkat ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı çalışma bulunmakla birlikte bu çalışmalarda anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir (203,204). Öz-şefkatin, BKİ ile beden algısı ve yeme patolojisini yordayıcı etkisini araştıran bir çalışmada, öz-şefkat düzeyi ile kişinin BKİ ve yeme bozukluğu patolojisi arasında pozitif yönde bir ilişki, BKİ ve beden imgesi esnekliği arasında negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (205). BKİ ve öz-şefkat arasında negatif yönde fakat anlamlı olmayan bir ilişki olduğu gösterilmiştir (202). Bu yönüyle bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Kişinin Beden Kitle İndeksi kategorilerinin herhangi birinde yer alıyor olması kendine karşı eleştirel davrandığı ve şefkat göstermediği anlamına gelmemektedir (206). Ayırt edici nokta, bireyin bedenini nasıl algıladığı ve kendiyle kurduğu ilişkide kabullenici bir tavır sergileyip sergilemediğidir.

5.3. ALEKSİTİMİ PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aleksitimi puanlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, erkeklerin aleksitimi puanları kadınlardan daha yüksek olmakla birlikte iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Alanyazın değerlendirildiğinde, erkeklerde aleksitimi oranlarının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (207,208). Levant ve ark. (209) 42 araştırmayı içeren meta-analiz çalışmasında sağlıklı popülasyonda erkeklerdeki ortalama aleksitimi puanının kadınlardan yüksek olduğunu bulmuştur. Bu açıdan çalışmanın bulguları bu sonuçlar ile tutarlı görünmemektedir. Diğer taraftan normal

popülasyonda aleksitimiyi inceleyen bir çalışmada cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır (210). Lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada da cinsiyetler arası anlamlı farklılık görülmemiştir (211). Aleksitimi ile ilgili ülkemiz literatüründeki araştırmalara bakıldığında, bir çalışmada aleksitiminin alt boyutları olan duyguları tanıma ve dışavuruk düşünme puanları açısından erkeklerin ortalamaları kadınlardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (212). Başka çalışmalarda ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (213-216). Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada duygusal farkındalık ve duyguları ifade etme düzeyleri açısından cinsiyetler arası fark gözlenmemiştir (217). Bu bilgiler değerlendirildiğinde çalışmadaki bulgunun literatürle uyumlu bulunduğu çalışmaların da olduğu söylenebilir.

Aleksitimi ve psikolojik yardım ihtiyacı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerde duygusal farkındalık yetersiz olduğunda duyguların yüzeysel halde kalabileceği belirtilmektedir (218). Bu durumun etkisiyle psikolojik semptomlar ve destek ihtiyacı ortaya çıkması da muhtemel hale gelmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, bir çalışmada aleksitimi ile genel sağlığın tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (219). Ergenlerle yapılan bir çalışmada, aleksitimi ile psikolojik belirtiler pozitif yönde anlamlı, yaşam doyumu ise negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir (220). Klinik olmayan örneklem üzerinde gençlerle yapılan bir çalışma sonucunda yüksek aleksitimi düzeyinin artan psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (221). Yakın zamanda yapılan bir araştırmada ise, öznel iyi oluş ile aleksitiminin alt boyutları olan duygu tanıma ve ifade etme zorluğu' nun negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Dışavuruk düşünme alt boyutu ise aleksitimi ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir (222). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde mevcut bulgunun literatürü desteklediği görülmektedir.

Aleksitimi ve kilo ile ilişkili değişkenlerin istatistiksel analiz sonuçlarına bakıldığında; kilo alma korkusu değişkenine göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, kilo alma korkusu yaşayan katılımcıların bu korkuya sahip olmayan kişilere göre, aleksitimi ölçeğinden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Diyet öyküsü bulunan bireylerde aleksitimi puanları yükselmiş olarak görülse de bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Sağlıklı beslenme düzenine göre sonuçlar incelendiğinde hiç sağlıklı

beslenmediğini belirten kişilerin, her zaman sağlıklı beslenen kişilerden anlamlı düzeyde yüksek aleksitimi gösterdiği görülmektedir. Mevcut kilo değerlendirmesi değişkenine göre durum incelendiğinde, kendisini ‘’çok zayıf’’ ve ‘’çok kilolu’’ olarak tarif eden kişilerde aleksitimi düzeylerinin en yüksek seviyelerde olduğu gözlenmektedir. Ancak gruplar arası farkların anlamlı olmadığı görülmektedir. Kilo durumundan memnuniyet değişkeni ve aleksitimi ilişkisini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, kilosundan ‘’hiç memnun olmayan’’ katılımcılar aleksitimi ölçeğinden en yüksek puanları alırken, ‘’çok memnun olan’’ kişilerin anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları görülmektedir. Bu konuyla ilgili literatürdeki çalışmalar incelendiğinde daha çok yeme bozukluğu hastalarında aleksitiminin değerlendirildiği göze çarpmaktadır. Yeme bozukluğuna sahip kişiler ile sağlıklı kontrollerdeki aleksitimi düzeylerini karşılaştıran çalışmaların meta-analizleri sonucunda sağlıklı toplum kontrollerine oranla daha fazla yeme bozukluğu hastasının anlamlı düzeyde aleksitimik özellik gösterdiği görülmektedir (128). Mevcut çalışmada ele alınan kilo ile ilişkili değişkenler ve aleksitimiyi konu edinen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bir çalışmada, aleksitimi özellikleri gösteren bireylerin aleksitimik olmayanlara göre daha tutarlı beden kontrol davranışları ve daha yüksek beden hoşnutsuzluğu gösterdiği bulunmuştur (223). Alpaslan ve ark. (224) çalışmasına göre, aleksitimi ölçeğinden alınan toplam puan, duyguları ayırt etme ve duyguları tanımlama zorluğu alt ölçek puanlarının bozulmuş yeme tutumları gösteren grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Kişilerdeki duygu ifadelerinde kısıtlılık ve söze dökme, tarif etme zorlukları ile karakterize olan aleksitimi, yeme ve beslenme ile bağlantılı meşguliyeti artıran bir faktör olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu bilgiler mevcut çalışmanın bulguları ile tutarlı görünmektedir. Aleksitiminin Beden Kitle İndeksi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, obez kategorisindeki katılımcılarda aleksitimi puanları daha yüksek görülmekte ancak farkın anlamlı olmadığı gözlenmektedir. Obez bireylerin duygu ayrıştırma ve ifade etme ve sembolizasyonda sorun yaşamaları sebebiyle, deneyimledikleri ruhsal çatışmalara karşı yeme eylemi üzerinden tepki verdikleri şeklinde yorumlanmaktadır (225,226). Literatür incelendiğinde, Carano ve ark. (227), yaptıkları çalışmada aleksitimik özellik gösteren bireylerde göstermeyenlere göre daha yüksek obezite yaygınlığı ve daha yüksek BKİ saptanmıştır. Buna ek olarak aleksitimi grupları karşılaştırıldığında, aleksitimik bireylerin daha fazla beden memnuniyetsizliği gösterdiği

ve duyguları tanımlama- ayırt etme konusunda zorlandığı görülmüştür. Obezite kliniğine başvuran bireylerle yapılan bir araştırma sonucunda; aleksitimi toplam puanları ve alt boyutları ile BKİ arasında ilişkinin olmadığı bulunmuştur (226). Alanyazın değerlendirildiğinde aleksitimi ve BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmadığını gösteren çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Bir çalışmada aleksitimi ve BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamış ancak bulumiya, yemeyle meşguliyet, görünüş arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (228). Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde mevcut çalışma ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

5.4. FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUM PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Cinsiyet değişkenine göre fonksiyonel olmayan tutumların değişimi incelendiğinde erkek katılımcıların puanları daha yüksek olmakla beraber, sonuçlar iki cinsiyet arasında anlamlı düzeyde fark olmadığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde çalışmanın sonuçlarıyla uyumluluk gösteren araştırmalar olsa da çelişen çalışmaların da olduğu görülmektedir. Kuroda (229), üniversite öğrencilerinde erkekler ve kadınlar arasında anlamlı farklılıklar bulmuştur. Ergenlerle yapılan çalışmalarda erkeklerin fonksiyonel olmayan tutum puanları kızlardan anlamlı yüzeyde daha yüksek bulunmuştur (230,231). Pesen ve Çelik (150) ise, fonksiyonel olmayan tutumların cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Ölçeğin alt boyutları olan mükemmeliyet, onaylanma ve bağımsızlık alt boyutlarında erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Bununla birlikte cinsiyet ile işlevsel olmayan tutumlar arasında farklılığın olmadığını belirten çalışmaların da literatürde mevcut olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında farklılığın olmadığı (232), yetişkin bireylerin yer aldığı bir çalışmada kadınlar ile erkeklerin fonksiyonel olmayan tutumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (20).

Psikolojik yardım değişkenine göre analiz sonuçları incelendiğinde, psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten kişilerin fonksiyonel olmayan tutum puanlarının, desteğe ihtiyaç duymayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde fonksiyonel olmayan tutumlar daha çok depresyon ile ilişkilendirilmiş olup bu anlamda psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu

ile bağlantılandırabilmektedir. Mészáros ve ark. (233), 234 hasta ile yaptıkları çalışma sonucunda, fonksiyonel olmayan tutumların problem odaklı başa çıkma stratejilerini azalttığını duygu odaklı başa çıkma stratejisini ise artırdığını bulmuştur. Anksiyete ve depresyon semptomlarının sıklığındaki artışın, problem odaklı başa çıkmayı azaltarak duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımını artırdığı gözlenmiştir. Brouwer (234) ise, depresif semptomları olan kişilerle yapılan çalışma sonucunda, depresyondaki nüksün belirleyici faktörlerden biri olarak fonksiyonel olmayan tutumların olduğunu bulmuştur. Bu çalışmaların sonuçlarının mevcut araştırma ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kilo alma korkusu değişkenine göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, kilo alma korkusu yaşayan katılımcıların bu korkuya sahip olmayan kişilere göre fonksiyonel olmayan tutum ölçeklerinden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Kilo durumundan memnuniyet değişkenine göre bakıldığında, kilosundan ‘’hiç memnun olmadığını’’ belirten kişiler en yüksek işlevsiz tutumlara sahipken, kilosundan ‘’çok memnun’’ olduğunu ifade eden katılımcılar ise anlamlı düzeyde düşük işlevsiz tutumlar göstermektedir. Diyet öyküsü bulunan katılımcıların, yeme tutumları ve fonksiyonel olmayan tutumları, hiç diyet yapmamış katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Fonksiyonel olmayan tutumlar ile sağlıklı beslenme düzeyi, mevcut kilo değerlendirmesi ve BKİ değişkenleri incelendiğinde, gruplar arası farkların anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde, yeme bozukluğu belirtilerinin ortaya çıkışında uyumsuz düşünme, vücut ölçüsü, ağırlığı ve şekli ile ilgili olumsuz otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumlar ile ilişkilendirildiği görülmektedir (41). Hem beden imajı hem de beden ağırlığı kişinin kendilik değeri ile güçlü şekilde bağlantılıdır. Beden imajı, algısal, bilişsel, duygusal ve davranışsal ögeler barındırmaktadır (235). Bu ögelerin biri ya da birkaçındaki bozulmalar spesifik sonuçlar doğurabilmektedir. Beden imgesiyle ilgili bilişsel duygusal içerik, kişinin bedeniyle ilgili fonksiyonel olmayan düşünceleri ve olumsuz duyguları yoluyla tarif edilebilir (157). Bu açıdan bedenle ilgili işlevsiz bilişlerdeki değişmeler yeme bozukluğunu patolojisinin azaltılması ve tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır (236). Yeme patolojilerinin oluşumu açısından riskli bireylerde bedenin duruşu ve görüntüsü ile ilgili fazlaca değerlenmiş düşünceleri benlikle bağdaştırma durumu olabilmektedir (155). Bireylerde beden ve kiloya yönelik meşguliyetin artması yeme tutumuyla ilişkili durumların da olumsuz yönde değişimine

sebep olabilmektedir (126). Literatürdeki araştırmaların daha çok yeme bozukluğu gösteren bireylerle yapıldığı ve yeme ile ilişkili fonksiyonel olmayan tutumları araştırdığı göze çarpmaktadır. Mevcut çalışmaya benzer olarak yapılan bir araştırmada, yeme tutumları ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (20). Bu anlamda paralel sonuçların literatürü desteklediği söylenebilir.

5.5. ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ, FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR VE YEME TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada ele alınan değişkenlerin yeme tutumları ile bağlantılarının araştırıldığı başka bir çalışmaya literatürde rastlanmaması yönüyle çalışmanın özgün bir değer taşıdığı düşünülmektedir. Özellikle öz-şefkat kavramı ve yeme bağlantılarını çalışan az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bireyin, kendi acısına ve ıstırabına karşı duyduğu derin bir anlayış ve bu acıyı hafifletmeye yönelik eylemde bulunmayı içeren öz-şefkat, tanımlanan yönüyle psikolojik anlamda sağlıklı benlik yapısına işaret edebilmektedir. Bireyin kendine karşı nezaketi, acının ortak insanlık deneyimi olduğuna dair bilgisi, zorluğa karşı bilinçli farkındalık içeren hali, yaşamı gerçekçi bir bakış açısından değerlendirebilmeyi içerir. Kişinin acıya dair aldığı konum ne kadar gerçekçi ve insanca olursa şüphesiz acının niteliği de o kadar değişme gücü barındıracaktır. Aksine kendini yargılama, diğer insanlardan izole hissetme veya sorunla aşırı derecede özdeşleşme hali bireyin kendine bakışında kırılmalar yaratarak gerçeklikten uzaklaşmasına sebep olabilmektedir. Bu şekliyle öz-şefkat kavramında özellikle eleştiri, özdeşleşme ve izolasyon içeren olumsuz alt boyutlar yeme tutumları ve yeme bozukluğu patolojilerinde kritik bir işleve sahip olabilmektedir.

Bu araştırmada yeme tutumları ile öz-şefkat arasında negatif düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca öz-şefkatin öz-sevecenlik, öz-yargılama ve izolasyon alt boyutlarının da yeme tutumları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmektedir. Literatürde yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile öz-şefkat ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde bu bulguyla tutarlılık gösteren çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Barreto ve ark. (237) yaptığı çalışmada, genel popülasyonda öz-şefkatli tutumlar ve bozulmuş yeme tutumları arasındaki ilişkide öz-şefkat içerikli eylem ve bedene yönelik şefkatin aracı etkisini inceledikleri çalışma sonucunda, bireyin kendine

yönelik şefkat içerisinde hareket etme becerisinin yüksek bedensel şefkat ile bağlantılı olduğu vurgulanmış; öz-şefkatin, takdir, kabul, bedenle bağlantılı düşünce, algı ve duygularda ılımlılık yarattığı ve bunun sonucunda yeme tutumlarında daha düşük duyarlılık gözlemlendiği belirtilmiştir. Kelly ve ark. (92) yüksek öz-şefkatin, düşük düzeyde utanç duygusu ve daha az yeme bozukluğu patolojisiyle ilgili olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte yüksek öz-şefkat korkusu ve utancın yeme bozukluğu patolojisini artırdığı belirtilmiştir. Benzer şekilde hasta ve normal popülasyon ile yapılan başka bir araştırmada, öz-şefkat, dışsal utanç, genel psikopatoloji ve yeme bozukluğu semptomatolojisi ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (11). Rusk (94), çalışmasında yeme tutumları ile öz-şefkatin bazı yönlerinin diğerlerinden daha fazla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Özellikle düşük öz-şefkat düzeyi, duygusal yeme, algılanan ağırlık- şekil hakkında öz-eleştiri ve beden imgesi ile ilişkili bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Akkol (93), çalışmasında öz-yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme alt boyutları yeme tutumu ile pozitif yönde anlamlı, öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçlilik yeme tutumuyla negatif yönde anlamlı ilişki bulmuştur. Işık (238) ise öz-şefkatin, beden algısı ve yeme tutumu ile negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir. Ayrıca alt boyutlar açısından incelendiğinde, öz-sevecenlik ve yeme tutumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, öz-yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme ve yeme tutumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ancak paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık ile yeme tutumları arasında herhangi bir ilişki bildirilmemiştir. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın bu bulgularla da uyumlu olduğu görülmektedir.

Ayrıca öz-şefkati artırmaya yönelik terapi uygulamalarını içeren araştırmalar da literatürde yer almaktadır. Ayaktan tedavi gören yeme bozukluğu hastalarında bilişsel davranışçı terapi temelli şefkat odaklı terapi programını uygulandığı bir çalışmanın etkisi araştırılmış ve bu kombine tedavinin özellikle bulimiya nervoza hastalarında belirgin iyileşme ile sonuçlandığı bulunmuştur (13). Kelly ve ark. (239), 22 yeme bozukluğu hastasını rutin tedavi veya rutin tedaviye ek olarak şefkat odaklı terapi gruplarına randomize şekilde dağıttıkları araştırmada 4, 8 ve 12. haftalarda öz-şefkat, şefkat korkusu, utanç ve yeme bozukluğu patolojisine dair ölçümler yapmışlar ek olarak şefkat odaklı terapi grubunda, kabul ve esnekliğe yönelik bazı uygulamalar da verilmiştir. Çalışma sonucunda şefkat odaklı terapi grubundaki katılımcıların %80 'inde güçlü bir kabul görülmüş ve öz-şefkat, şefkat korkusu, utanç ve yeme semptomlarında iyileşmeler

gözlenmiştir. Başka bir araştırmada, katılımcıların görünüşle ilgili öz-şefkat düzeyleri yükseldikçe bozulmuş yeme tutumlarının azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca algılanan bir beden kusuruna öz-şefkatli yanıt veren katılımcıların sonradan bildirdikleri beden utancı ve bozulmuş yeme tutumlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (240). Bu yönüyle, öz-şefkati geliştirmeye yönelik uygulamalar, yeme patolojisi grupları ve olumsuz yeme tutumu gösteren bireylere yaklaşım anlamında başarılı sonuçlar elde etmeye yardımcı olabilecek niteliktedir.

Öz-şefkat, yeme bozuklukları patolojisinde önemli bir değişken gibi görünmekte ve klinik grupların tedavi planlamalarında duygu düzenleme faktörü ile bağlantılı görünmektedir (94). Bu yönüyle aleksitimi ile de ilişkisi bulunmakta ve kavramın yeme tutumlarıyla ilişkisinin incelenmesi bu çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Yeme tutumları ve aleksitimi arasındaki korelasyonlara bakıldığında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmakta ayrıca aleksitiminin duyguları tanıma ve duyguları ifade etme zorluğu alt boyutlarının yeme tutumları ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde yeme tutum ve bozukluklarının aleksitimi ile ilişkisini araştıran çalışmaların çoğunda, sağlıklı kontroller ile yeme bozukluğu ve bozulmuş yeme tutumu gösteren bireyler karşılaştırılmış, sonuç olarak anlamlı düzeyde yüksek aleksitimi düzeyleri bulunmuştur (124). Klinik olmayan örneklemler üzerinde yapılan çalışmalar, yeme bozukluğu davranışlarının aleksitiminin alt boyutları olan duyguları tanımlama ve duyguları ifade etme zorluğu ile aleksitimi toplam puanının yükselmesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (228,241). Çalışmaların çoğunda olumsuz yeme tutumları ile dışavuruk düşünme arasında bir ilişki bulunamamıştır. De Berardis ve ark. (223) klinik olmayan bir örneklemle yaptıkları çalışmada, duyguları tanımlama ve duyguları ifade etme zorluğu alt ölçeklerinin yeme bozukluğu semptomları için daha yüksek riskle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Bu sonuç göstermektedir ki, yeme patolojisi gruplarında bir etiyolojik faktör olabilen aleksitimi aynı zamanda normal bireylerin yeme alışkanlıkları üzerinde de değişimler yaratabilen bir unsur olabilmektedir. Toronto Aleksitimi Ölçeği' nin kullanıldığı klinik yeme patoloji grupları ve normal popülasyonun çalışıldığı 44 ayrı araştırmanın incelendiği meta-analiz çalışmasında; klinik grup ve sağlıklı popülasyon arasında orta ve yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir. Klinik grubun aleksitimi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (129). Yeme bozukluğuna sahip kişiler ve sağlıklı kontrol gruplarındaki aleksitimi düzeylerini karşılaştırılan meta-analizler kapsamında, sağlıklı

toplum kontrollerine kıyasla, daha fazla yeme bozukluğu hastası anlamlı düzeyde aleksitimik olarak tanımlanmıştır (129). Klinik olmayan örneklem ile yapılan araştırmalarda, yüksek düzeydeki yeme bozukluğu davranışlarının aleksitiminin duyguları tanımlamadaki zorluk faktöründen alınan yüksek puanla ilişkili olduğu gösterilmiştir (128). Fukunishi (24), 580 kadın üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada, iki aleksitimik karakteristik olan duyguları ayırt etme ve açıklama zorluğunun anormal yeme tutumları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra dışavuruk düşünme'nin yeme tutumları ile ilişkisi bulunamamıştır. Japon üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışma sonucunda aleksitimik olanların aleksitimik olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olumsuz yeme tutumuna sahip olduğu bulunmuştur (228). Karukivi (242), TAÖ-20 toplam puan ve duyguları tanımlama ve ifade zorlukları alt ölçek puanlarının yeme tutumları ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur. Ancak dışavuruk düşünme alt ölçeği yeme tutumları ile negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, Alpaslan ve ark. (224) çalışmasına göre, aleksitimi ölçeğinden alınan toplam puanlar, duyguları ayırt etme ve duyguları tanımlama zorluğu alt ölçek puanları bozulmuş yeme tutumları gösteren grupta anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, söz konusu çalışma ile uyumlu görünmektedir. 18-71 yaş aralığında 100 kadının dahil edildiği bir araştırma sonucunda, yeme tutumu ve aleksitiminin ilişkili olduğu bulunmuş, yeme tutumları ile duyguları ayırt etme ve açıklamada zorluk faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (243). Bu araştırmalar incelendiğinde mevcut bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Yeme tutumları ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki korelasyonel analizler sonucunda bu iki değişken arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca mükemmelci ve değişken tutum boyutlarının yeme tutumu ile anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Literatür değerlendirildiğinde, çalışmalar yeme popülasyonlarında işlevsel olmayan varsayımların varlığına dikkat çekmektedir (244-246). Yeme bozukluğu ile ilgili pek çok bilişsel teori, hastalardaki kognitif fiksasyonun işlevsiz bilişsel yapılardan (şemalar) kaynaklandığını önermektedir. Bu teoriler, bilişsel yapılanmanın yeme-kilo ve şekil ekseninde olduğunu açıklamaktadır (19,155,156,247). Yeme patolojisi bulunan bireylerle yapılan bir araştırma sonucunda yeme patolojisinin hastalığa özgü bilişler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Takip

çalışmasında ise anoreksiya nervozalı bireylerde fonksiyonel olmayan tutumlar ve uyumsuz bilişsel-duygusal işlemleme süreçlerinde değişikler olduğu gösterilmiştir (19).

Cooper ve Fairburn (157), anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, diyet yapan-yapmayan ve normal kontrol grubundan oluşan kişiler için üç ayrı davranışsal görev içeren çalışmada birtakım ölçümler yapmışlardır. Çalışma sonucunda her iki hasta grubunun da yeme, ağırlık ve şekil ile ilgili diğer üç kontrol grubundan daha olumsuz düşüncelere sahip oldukları bulunmuştur. Özellikle, bulimia nervoza hastalarının ağırlık ve görünüm ile ilgili olumsuz düşünce ve endişe gösterdiği, anoreksiya nervoza hastalarının yeme ile ilişkili daha fazla endişe duyduğu rapor edilmiştir. Van vlieberghe ve ark. (248), aşırı yeme üzerinde kontrol kaybı yaşayan 32 fazla kilolu genç ve bunlarla eşlenmiş yemede kontrol kaybı olmayan 32 fazla kilolu birey üzerinde yürüttüğü araştırmada, kontrol kaybı grubunun diğer gruptan daha fazla fonksiyonel olmayan şema gösterdiğini bulmuştur. Uyumsuz şemaların yeme bozukluğu bilişleri ve kısıtlayıcı diyet davranışları ile bağlantısı gösterilmiştir. 75 bulimikten oluşan bir grup üzerinde şemalar ve yeme tutumlarının incelendiği çalışma sonucunda ise, temel inançların hem yeme tutumları ve yeme psikopatolojisi hem de ego-işlevsizliği özellikleri ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır (249). Bulimiya hastası ve sağlıklı bireylerle yapılan bir diğer araştırmada bulimik grubun bilişsel çarpıtma ve işlevsiz kognisyon puanları sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (159). Buna bağlı olarak, şematik düşünme üzerindeki değişiklikler, fonksiyonel olmayan bilişlerin varlığını da etkilemekte ve bu tür patolojilerde değişikler yaratmaktadır.

Ülkemizdeki çalışmalara bakıldığında, Babayiğit (152), tıkınırcasına yiyen obez grubu ile tıkınırcasına yeme davranışı olmayan obez grubu fonksiyonel olmayan tutumlar açısından incelediği çalışma sonucunda, tıkınırcasına yiyen obezlerin diğer gruba oranla daha yüksek fonksiyonel olmayan tutumlar gösterdiğini bulmuştur. Gülbayrak (20) ise çalışmasında, yeme tutumları ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulmuştur. Fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumunu belirleyen bir değişken olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu araştırmalar kognitif süreçlerin yeme tutum ve bozuklukları ile ilişkisinin olduğu sonucunu güçlendirmektedir. Ayrıca mevcut çalışmanın bulguları literatürle uyumlu görünmektedir.

5.6. ÖZ-ŞEFKAT, ALEKSİTİMİ VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARIN YEME TUTUMLARINI YORDAYICI ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeme tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk adımda öz-yargılama ve izolasyonun yeme tutumlarını anlamlı düzeyde yordamadığı görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, pek çok çalışmada öz-şefkatin olumsuz alt boyutları ile yeme tutumlarının anlamlı ilişkisi olduğu ve yordayıcılık etkileri araştırılmıştır. Barreto ve ark. (237), bedene yönelik şefkatin bozulmuş yeme tutum ve davranışları ile öz-şefkatli tutum ve eylemler arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bulmuştur. Bu etkilerin yaş ve BKİ kontrol edildiğinde yüksek düzeyde anlamlı olduğu ve modelin yeme tutumlarını %44 oranında açıkladığı saptanmıştır. James (250), yaptığı çalışmada, bozulmuş yeme ile öz şefkatin olumsuz alt boyutları olan izolasyon, öz yargılama ve aşırı özdeşleşmenin ilişkili olduğunu saptamıştır. Wasylkiw ve ark. (201), öz-şefkatin tüm alt boyutlarının beden meşguliyetini yordadığını ancak sadece öz-yargılama boyutunun anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, yeme tutumlarının öz şefkatin alt boyutlarının tümü ile ilişkili olduğu ancak yalnızca izolasyon boyutunun yeme tutumlarını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur (251). Bir diğer çalışmada ise aşırı özdeşleşme alt boyutunun yeme tutumlarını anlamlı düzeyde yordadığı gözlenmiştir (93). Ayrıca bireylerde öz-şefkati geliştirmeye yönelik uygulamalar sonucunda yeme tutumlarında değişimler gözlenmesi de bu sonuçları destekler niteliktedir. Mevcut çalışmada alt boyutların yeme tutumlarını yordamadığı görülmektedir. Elde edilen bu sonuç literatürle farklılaşmaktadır. Kişinin kendine gösterdiği şefkatin nitelikleri, kendini eleştirme ve acı yaşantılarında hissedilen izolasyon her durumda yeme ile bağlantılı yorumlanmayabilmektedir. Bu açıdan farklı modellerin açıklayıcı etkilerine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Aleksitimi boyutlarından ise duyguları tanıma zorluğunun yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. Cochrone ve ark. (124) yeme bozukluğu hastalarının özellikle duyguları tanımlama açısından daha yüksek bir aleksitimiye sahip olduğunu belirtmiştir. Aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamadaki zorluk bileşenlerinde yeme bozukluğu patolojileri için tanılar üstü bakışın esas alınması gerektiği vurgulanmıştır (129). De Berardis ve ark. (223) çalışmasında, aleksitiminin duygu

tanımlama ve açıklama zorluğu, beden kontrol ölçeği' nin genel görünüm ve spesifik beden parçaları ile ilişkili alt ölçeklerinin daha yüksek yeme bozukluğu riskini yordadığını bulmuşlardır. Bu araştırmaların sonuçları mevcut çalışma bulguları ile uyumludur. Bireylerin duyguyu tanıma ve değerlendirmede yaşadığı problemler duygunun yadsınarak başka bir biçimde dışarıya kanalize edilmesine sebep oluyor gibi görünmektedir. Nitekim duygu bir eylem-yeme yoluyla kendini açığa çıkartmakta ve varlığı bu yolla temsil edilmektedir.

Mevcut çalışmada fonksiyonel olmayan tutum boyutlarından mükemmeliyetçi tutumun yeme tutumlarını yordadığı saptanmıştır. Fairburn ve ark. (21) yeme bozukluklarında 4 sürdürücü kavrama vurgu yapmışlardır. Bunlar; klinik mükemmeliyetçilik, düşük özgüven, duygudurum toleranssızlığı ve kişilerarası zorluklardır. Literatür incelendiğinde yeme patolojilerinde kişilerin kendi bedenleri ile ilgili ideal beden arzusu göze çarpmaktadır. Bireyler kilo ve beden şekline yönelik aşırı değerlendirilmiş düşünceler barındırmakta ve yeme tutumlarını belirleyici bir niteliğe sahip olabilmektedir (126). Yeme patolojilerinde zayıflık ve bedenin biçimine dair çabalar ile ilişkili olarak mükemmeliyetçilik, rahatsızlıklardaki bilişsel esnekliğe yer bırakmayan katı tutum, ya hep ya hiç bilişsel çarpıtması ve kontrol gereksinimi çerçevesinde değerlendirilmektedir. Ayrıca kendiliği kontrol edebilmek ve bireyin kendisini gerçekleştirebilmesi için mükemmel bir tutum sergilemesinin altında fonksiyonel olmayan tutumların olduğu belirtilmektedir (252-254). Yeme patolojilerindeki mükemmeliyetçiliğin sıklıkla yeme, kilo ve beden biçimini kontrol altında tutmaya dair amaçlar ve yüksek çaba ile karakterize olduğu belirtilmektedir (186). Nasıl ki mükemmeliyetçi bireylerde yaşama dair sıkı bir kontrol etme tutkusu hakim ise, yeme patolojilerinde de bedene yönelik kontrol ile birey bir anlamda yaşamını kontrol ettiği hissini barındırabilmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, klinik olmayan bir grupla yapılan araştırmada mükemmeliyetçiliğin kadınlarda kısıtlı diyet yapma ve çıkarma eylemleri ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (255).

Literatürdeki tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde, mevcut araştırmada çalışılan değişkenlerin yeme tutumlarını açıklama konusunda anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu yönüyle çalışma bilimsel araştırmalara katkı sağlamakta ve özgün değer taşımaktadır. Bununla beraber çalışmanın bazı kısıtlılıklarının olduğunu da

belirtmek gerekir. Çalışmadaki veriler, pandemi dönemi olması sebebiyle katılımcılardan online olarak toplanmıştır bu anlamda bir kısıtlılık yaratabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırma üniversite öğrencileri popülasyonu ile yapıldığından sonuçların tüm topluma genellenemeyeceği unutulmamalıdır. Diğer yönden değişkenler normal bir örneklemde incelendiğinden yeme patolojileri gruplarında bu sonuçların benzerlik gösterebileceği gibi farklı sonuçlar da barındırabileceği göz önünde tutulmalıdır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmada elde edilen sonuçlar bir bütün halinde değerlendirildikten sonra çalışmanın kısıtlılıklarına ve önerilere yer verilmiştir.

Yapılan çalışmada temel alınan hipotez, öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumlar ile yeme tutumları arasında ilişkinin varlığı' dır. Ayrıca bu değişkenlerin yeme tutumlarını ne düzeyde yordadığının tespit edilebilmesi için analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonuçları cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek öz-şefkat düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yeme tutumları, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum puanlarının kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

Çalışmanın verileri psikolojik yardım alma ihtiyacına göre değerlendirildiğinde psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten kişilerin, desteğe ihtiyaç duymayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte öz-şefkat puanları da psikolojik yardıma ihtiyaç duyan bireylerde, duymayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Sonuçlar kilo alma korkusu değişkenine göre ele alındığında, kilo alma korkusu yaşayan katılımcıların bu korkuya sahip olmayan kişilere göre yeme tutumları, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum ölçeklerinden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Öz-şefkat puanının ise bu değişkene göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Diyet öyküsüne göre sonuçlar incelendiğinde, daha önce diyet yapan ve yapmayan kişiler arasında öz-şefkat, yeme tutumları ve fonksiyonel olmayan tutumların anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Aleksitimi puanlarının ise diyet yapmış olma durumuna göre anlamlı düzeyde değişmediği gözlenmiştir.

Çalışmanın sonuçları sağlıklı beslenme düzeni değişkenine göre değerlendirildiğinde, hiç sağlıklı beslenmediğini belirten kişiler ile her zaman sağlıklı beslendiğini ifade eden kişilerin yeme tutumları, aleksitimi ve öz-şefkat puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmakta olduğu görülmüştür. Bireylerdeki fonksiyonel olmayan tutumlar ise sağlıklı beslenme düzeyine göre anlamlı değişkenlik göstermemektedir.

Veriler bireylerin mevcut kilo değerlendirmesine göre ele alındığında, yeme tutumları ve öz-şefkat düzeylerinin anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Kendisini çok kilolu, çok zayıf ve biraz kilolu olarak tanımlayan kişilerin yeme tutum puanlarının yükseldiği, kilosunu normal olarak tanımlayan kişilerin ise yeme tutum puanlarının düştüğü görülmüştür. Ayrıca kendisini çok zayıf olarak tanımlayanların, kendisini zayıf, normal ve biraz kilolu olarak tanımlayan kişilere göre anlamlı düzeyde düşük öz-şefkat puanına sahip olduğu bulunmuştur. Aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum puanlarının ise mevcut kiloyu değerlendirme değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.

Kilo durumundan memnuniyet değişkenine göre sonuçlar değerlendirildiğinde, kilosundan hiç memnun olmadığını belirten kişiler yeme tutum testinden en yüksek puanları almışlardır. Kilosundan memnun ve çok memnun olduğunu ifade eden katılımcıların yeme tutum puanları diğer kişilerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum ölçeklerinden kilosundan hiç memnun olmadığını belirten kişiler yüksek puanlar alırken, çok memnun olduğunu ifade eden kişilerin daha düşük puana sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkların anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kilosundan hiç memnun olmadığı' nı belirten kişilerin öz-şefkat puanları düşük, çok memnun olduğunu bildiren kişilerin öz-şefkat puanları ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Beden Kitle İndeksi değişkenine göre veriler incelendiğinde, BKİ puanına göre fazla kilolu ve zayıf kategoride yer alan bireyler, yeme tutum testinden en yüksek puanı almışlar, normal kategorideki bireylerin yeme tutum puanlarının diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların ise BKİ değişkenine göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre, yeme tutumları ile öz-şefkat toplam puanı ve öz-sevecenlik alt boyutu negatif yönde anlamlı, öz-yargılama ve izolasyon alt boyutları ise pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yeme tutumları ve aleksitimi toplam puanı, duygu tanıma zorluğu, duyguyu ifade etme zorluğu pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahiptir. Yeme tutumları ile fonksiyonel olmayan tutum toplam puanı, mükemmelci ve değişken tutum alt boyutları pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde bu bulguların desteklendiği görülmektedir. Ayrıca öz-şefkat ile aleksitimi toplam puan, duygu tanıma zorluğu, duygu

ifade etme zorluğu, dışavuruk düşünme, fonksiyonel olmayan tutum toplam puan, mükemmelci, onaylanma, bağımsız ve değişken tutum boyutları negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutum toplam puanı, mükemmelcilik ve bağımsız alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlılık gözlenmektedir. Fonksiyonel olmayan tutumlar ile öz-şefkatin olumlu alt boyutları arasında negatif, olumsuz alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Sonuçlar yeme tutumlarını yordayıcı nitelikler açısından analiz edildiğinde aleksitiminin duyguları tanıma zorluğu ve fonksiyonel olmayan tutumların mükemmeliyetçi tutum alt boyutunun anlamlı düzeyde yordayıcı etkileri olduğu bulunmuştur. Bu boyutların yeme tutumları üzerindeki açıklayıcı varyansı toplamda %9 olarak değerlendirilmiştir.

Doğu felsefesinde doğup günümüzde yavaş yavaş araştırılmaya başlanan bir kavram olan öz-şefkatin psikopatolojik rahatsızlıklar ile ilişkileri pek çok çalışmada incelenmekle birlikte yeme tutum ve bozuklukları üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu ülkemiz literatüründe çok fazla çalışılmamıştır. Bu çalışma öz-şefkat, aleksitimi ve fonksiyonel olmayan tutumların yeme tutumları ile ilişkisini inceleyen ilk araştırma olması niteliğiyle literatüre katkı sağlamaktadır. Ayrıca öz-şefkatin olumsuz alt boyutları, aleksitimi boyutları ve fonksiyonel olmayan tutum boyutlarının yeme tutumlarını yordama düzeylerini daha geniş kapsamda açıklaması yönünden önem taşımaktadır.

Çalışmada yeme tutumları açısından yaş anlamında riskli bir grup olarak değerlendirilebilecek üniversite öğrencileri popülasyonu seçilmiş ve değişkenler buna göre değerlendirilmiştir. Diğer taraftan çalışmanın bazı kısıtlılıkları olduğu söylenebilir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve nispeten az sayıda erkek katılımcının araştırmada bulunması ve yalnızca öğrenci örnekleminde çalışılması nedeniyle bulguların genel nüfusa genellenememesi bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla sonraki araştırmalarda cinsiyet ve yaş grubu dağılımları eşitlenerek çalışılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Bunların yanı sıra, yeme tutumlarını ele alırken klinik bir örneklem ile çalışılmamış olması bulguların yeme patolojisi gösteren bireylere genellenememesi açısından sınırlılık yaratabilmektedir. Bu nedenle ele alınan değişkenlerin klinik tanı alan ve yeme bozukluğu gösteren bireylerde

çalışılmasının ve sağlıklı popülasyon ile karşılaştırmalı incelemelerin daha kapsamlı verilere ulaşmak açısından fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırmadaki bir diğer kısıtlılık, kullanılan ölçeklerin bireylerin öz-bildirimine dayalı ve online olarak cevaplanmasıdır. Bu durum, kişilerin gerçek düşünce ve duyguları yansıtma, kendiyle ilgili doğru bilgiyi verme konusunda farklı tutumlara sebep olmuş olabilir.

Çalışmada ele alınan ve ülkemizde son yıllarda araştırılmaya başlanan öz-şefkat kavramında özellikle eleştiri, aşırı özdeşleşme ve izolasyon içeren olumsuz alt boyutlar yeme tutumları ve yeme bozukluğu patolojilerinde kritik bir işleve sahip olabilmektedir. Yeme ile ilgili bozukluklarda ortaya çıkan benliğe karşı kırılganlık, bedenden duyulan hoşnutsuzluk, idealize edilmiş mükemmellikler kişinin kendini kabul edebilmesini zorlaştırmakta ve hatta bireyin benliğini redde doğru sürükleyebilmektedir. Bu durum da öz-şefkati ortadan kaldırmakta, öz-yargılamayı güçlendirmektedir. Bu açıdan öz-şefkatin yeme patolojisi olan bireylerle yapılan terapi çalışmalarında kullanılması, kendini kabul, duyarlılık ve anlayış içinde kendine yönelik bakım ve duyguların ifadesi-tanınmasına yönelik programlar geliştirilmesi kapsamında hem akademik hem de klinik uygulamalarda fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırmada çalışılan değişkenlerin yeme tutumları ile ilişkilendirilmesi ve yordayıcılık düzeylerinin açıklanmasının bu alanda yapılacak tedavi planlamaları ve terapi uygulamalarında önemli katkılar sağlayacağı öngörülmektedir. Özellikle kişilerin duygularını tanıması-ifadesi ve dışavurumuna yönelik terapiler, yeme bozukluklarının çözümü için faydalanılabilecek tedavi seçenekleri olabilir. Ayrıca bilişsel yapılanmada önemli yer tutan fonksiyonel olmayan tutum ve sayıltılara yönelik bilişsel tekniklerin yeme ile ilişkili sorunlarda ve bireylerin gündelik yeme alışkanlıklarında kullanılması literatürde de desteklenen ve tedavide başarıyı artıran bir faktör olarak görülmektedir. Tüm bu açıklamalardan hareketle mevcut çalışmada temel alınan ve açıklanmaya çalışılan kavramların bireylerin yeme tutumlarını anlamlandırması noktasında farklı bir bakış sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Hilgard, E.R. (1995). *Psikolojiye Giriş II.* (K. Atalay, M. Atalay, A. Yavuz, Çev.). İstanbul: Sosyal Yayınlar; 715-716.
2. Wood, A., Waller, G., & Gowers, S. (1994). Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review, 2* (1), 6-13.
3. Toker, D. E., Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam, 22*(1-4), 36-42.
4. Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-102.
5. Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 222–227.
6. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, *41*(1), 139-154.
7. Daye, C. A., Webb, J. B., & Jafari, N. (2014). Exploring self-compassion as a refuge against recalling the body-related shaming of caregiver eating messages on dimensions of objectified body consciousness in college women. *Body image*, *11*(4), 547–556.
8. Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLOS ONE, 10*(7), e0133481.
9. Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 4*, 263-287.
10. Meyer, L. P., & Leppma, M. (2019). The Role of Mindfulness, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Eating Disorder Symptoms Among College Students. *Journal of College Counseling, 22*(3), 211–224.
11. Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. *Eating behaviors*, *14*(2), 207–210.
12. Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(10), 1120-1144.
13. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, *21*(1), 1–12.
14. Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring Alexithymia, Depression, and Binge Eating in Self-Reported Eating Disorders in Women. *Perspectives in Psychiatric Care, 41*(3), 114–123.
15. Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage*, *32*(3), 1472–1482.
16. Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, *41*(6), 561–568.
17. Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York: The Guilford Press.
18. Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Ed), *Handbook of treatment for eating disorders*. The Guilford Press;67–93.
19. Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 851–859.
20. Gülbayrak, P. (2016). *Yetişkinlerin Yeme Tutumları, Otomatik Düşünceleri, İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları ve Fonksiyonel Olmayan Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
21. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509–528.
22. Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin, 129*(5), 747–769.

23. Calam, R., & Waller, G. (1998). Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 24*(4), 351–362.
24. Waller, G., Hamilton, K., Rose, N., Sumra, J., & Baldwin, G. (1993). Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 32*(3), 350–352.
25. Garrett, C.J. (1996). Transformations in Time and Space: Social Theory and Recovery from Eating Disorders. *Eating Disorders, 4*(3), 245-255.
26. Kundakçı, H. A. (2005). *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Algısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması.* Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
27. Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating disorders the facts*. (4th ed). New York: Oxford University Press. 29-33.
28. Musaiger, A. O., Nabag, F. O., & Al-Mannai, M. (2016). Obesity, dietary habits, and sedentary behaviors among adolescents in sudan alarming risk factors for chronic diseases in a poor country. *Food and Nutrition Bulletin, 37*(1), 65-72.
29. Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., & Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & Behavior, 131,* 99–104.
30. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(02), 273.
31. Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal, 165*, 547- 552.
32. Pace, U., D'Urso, G., & Zappulla, C. (2018). Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: The role of parental control and perceived peer support. *Appetite, 121*, 77–82.
33. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
34. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407–416.
35. Ergüney Okumuş, F., Sertel Berk, H., Yücel, B. (2016). Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları. *Psikoloji Çalışmaları, 36*(1), 41-64. Erişim 22.02.2021 https://dergipark.org.tr/tr/pub/iupcd/issue/25041/264385.
36. Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM–IV–TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(3), 720–732.
37. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 406–414.
38. Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk *Psikiyatri Dergisi, 22*(4), 205-212.
39. Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review*, *18*(4), 447–475.
40. Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(03), 429.
41. Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review, 13*(4), 237–244.
42. Harbottle, E. J., Birmingham, C. L., & Sayani, F. (2008). Anorexia nervosa: A survival analysis. *Eating and Weight Disorders, 13*(2), e32–e34.
43. Murray, S. B. (2020). Updates in the treatment of eating disorders in 2019: a year in review in Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eating Disorders, 28*(1), 21–31.
44. Spangler, D. L. (2002). Testing the cognitive model of eating disorders: The role of dysfunctional beliefs about appearance. *Behavior Therapy, 33*(1), 87–105.
45. Garner, D. M. (2002). *Body Image and Anorexia Nervosa, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice.* (Ed. T. F. Cash, T. Prozinsky). New York: Guilford Press, 295-303.
46. Gordon, K. H., Denoma, J. M. ve Joiner, T. E. (2005). *The Classification of Eating Disorders. Assesstment of Eating Disorders.* (Ed. J. E. Mitchell, C. B. Peterson). New York: Guilford Press, 17-31.
47. Polivy, C. ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.
48. Grave, R. D. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine, 22*(2), 153–160.

49. Oğlağu, Z. (2012). *Yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının benlik saygısı ve beden algısı değişkenleri üzerine etkisi.* Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
50.Gull, W.W. (1868). Anorexia Nervosa. *Lancet,* 516-517.
51. Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within.* New York: Basic Books.
52. Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası, 5,* 130- 139.
53. Kring, A. & Johnson, S. (2015). Yeme Bozuklukları. İçinde M. Şahin (Çev. Ed.), *Anormal Psikoloji.* (12.basım). İstanbul: Nobel Yayıncılık; 331-352.
54. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383–396.
55. Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 40*(2), 129–135.
56. Uzun, O., 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. *Eating Behaviors, 47*(2), 123-126.
57. Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders, 43*(3), 195–204.
58. Parry-Jones B, Parry-Jones W.L. (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 129-143.
59. Russell G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine, 9*(3), 429–448.
60. Aslantaş-Ertekin, B. (2010). *Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi.* Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
61. Grilo, C. M., Shiffman, S., & Carter-Campbell, J. T. (1994). Binge eating antecedents in normal-weight nonpurging females: Is there consistency? *International Journal of Eating Disorders, 16*(3), 239–249.
62. Steiger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., Séguin, J. R., & Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 765–775.
63. Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). *Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. International Journal of Eating Disorders, 43*(6), 492–497.
64. Slevec, J. H., & Tiggemann, M. (2011). *Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. Clinical Psychology Review, 31*(4), 515–524.
65. Steinhausen, H.C., & Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1331–1341.
66. Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly, 33*(2), 284–295.
67. Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., … Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 191–203.
68. Turan, S., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(4), 419-435.
69. Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 287–292.
70. Pike, K. M., Dohm, F.-A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). A Comparison of Black and White Women With Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1455–1460.
71. Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders, 34,* 117–120.
72. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358.
73. Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 432–446.
74. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., … Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904–914.

75. Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2008). Should Binge Eating Disorder Be Included in the DSM-V? A Critical Review of the State of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*(1), 305–324. doi:10.
76. Germer, C. K. (2009). *The mindful Path to Self-Compassion*. (H.Ü. Haktanır, Çev.). İstanbul: Diyojen Yayıncılık, 2020.
77. Bloomfield, M. (2018). *Fierce Self-Compassion: The Yin and the Yang of Self-Compassion.* Erişim 15.01.2021. https://www.mindfulpath.com.au/blog/fierce-self-compassion-yin-and-yang-self-compassion.
78. Neff, K. D., & Lamb, L. M. (2009). Self-Compassion. In S. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*. Oxford: Blackwell Publishing, 864-867.
79. Germer, C. K., Neff, K.D (2013). Self compassion in Clinical Practice. *Journal Clinical Psychology. 69*, 28-44.
80. Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation.* Springer Science + Business Media, 121–137.
81. Korkmaz, B. (2018). Öz-Duyarlık: Psikolojik Belirtiler ile İlişkisi ve Psikoterapide Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, *10*(1), 40- 58.
82. Atalay, Z. (2019). *Şefkat: Zorlayıcı Duygu ve Durumlarla Yaşayabilme Sanatı*. İstanbul:İnkılap Yayınevi.
83. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582.
84. Ogden, T. (1990). *On potential space. In Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. III: The implications of Winnicott's contributions, 90-112.
85. Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.
86. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press: New York.
87. Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(1), 50-57.
88. Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(1), 58-66.
89. Greenberg, L. S., Korman, L. M., & Paivio, S. C. (2001). Emotion in humanistic psychotherapy. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice.* Washington, DC: American Psychological Association.
90. Jordan, J. V. (1997). Relational development through mutual empathy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association; 343-351.
91. Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy- toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New Directions in psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 103-121.
92. Kelly, A., Carter, J., Zuroff, Barairi, S. (2013). Self Compassion anf Fear of Self Compassion interact to Predict Response to Eating Disorders Treatment: A Prelimininary İnvestigation. *Psychotherapy Research. (23)*3, 252-264.
93. Akkol, Ö. (2018). *Genç Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumlarının Dürtüsellik ve Özduyarlık ile İlişkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
94. Rusk, D.A. (2015). *An exploration of the relationship between self compassion, alexithymia and emotion regulation in a clinical population*. Doctorate Thesis in Clinical Psychology, The University of Edinburgh.
95. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*(2-6), 255-262.
96. Dereboy, İ.F. (1990). Aleksitimi: Bir gözden geçirme, Tür*k Psikiyatri Dergisi, 3, 157*-167.
97. Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research, 54*(6), 533–541.
98.Taylor, G.J. (2000). Recent Development in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 134-142.
99. Freyberger H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, *28*(1-4), 337–342.
100. Messina, A., Beadle, J., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology, 20*, 38-49.

101. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, *32*(2), 153–164.
102. Swiller H. I. (1988). Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, *38*(1), 47–61.
103. Paez, D., Basebe, N., Voldoseda, M. (1977). Confrontation: Inhibition, Alexithymia and Health. In James W. Pennebaker (Ed.) *Emotion, Disclousure and Health*, 2. Edition.
104. Koçak R. (2002). Aleksitimi: kuramsal çerçeve, tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankar*a Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35(1-2), 1*85-212.
105. Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2014). Aleksitimi kavramı. Psik*iyatride Güncel Yaklaşımlar, 5 (4), 5*07-527.
106. Ruesch, J. (1948). The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine, 10*, 134-144.
107. MacLean P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic medicine*, *11*(6), 338–353.
108. Pennebaker, J. W. (1989). Confession Inhibition and Disease. *Advances in Experimental Social Psychology. 22*, 211-244.
109. Epözdemir H. (2012). Aleksitimi psikolojik bir semptom mu yoksa bir kişilik özelliği mi? Türk *Psikoloji Yazıları, 15*(40), 25-45.
110. McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic view point. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38*, 81-90.
111. Nemiah, J. C. (1975). Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic Theory. *Psychotherapy and Psychosomatics, 26*(3), 140–147.
112. Hoppe, K. D., & Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in Twelve Commissurotomized Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*(1-4), 148–155.
113. Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, *42*(9), 834-844.
114. Lesser, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine, 43*(6), 531-543.
115. Krystal H. J. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33* (1), 17-31.
116. Wolff H. H. (1977). The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, *28*(1-4), 58–67.
117. Von Rad, M. (1984). Alexithymia and Symptom Formation. *Psychotherapy and Psychosomatics, 42*(1-4), 80–89.
118. Dereboy, İ. F. (1990). *Aleksitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma.* Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
119. Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relation between emotions and cognition. *Psychoter Psychosom, 7*, 87-135.
120. Martin, J. B. ve Pihl, R. O. (1986). Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics, 45*, 66-77.
121. Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: a multiple code theory ofsomatization. P*sycho- analytic Inquiry, 1*, 151-72.
122. Stoudemire, A. (1991). Somatothymia, Part 1 and 2. *Psychosomatics, 32*(4), 365-381.
123. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within.* New York: Basic Books.
124. Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *14*(2), 219–222.
125. Gramaglia, C., Ressico, F., Gambaro, E., Palazzolo, A., Mazzarino, M., Bert, F., Siliquini, R., & Zeppegno, P. (2016). Alexithymia, empathy, emotion identification and social inference in anorexia nervosa: A case-control study. *Eating behaviors*, *22*, 46–50.
126. Corstorphine, E. (2006). Cognitive–Emotional–Behavioural Therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review, 14*(6), 448–461.
127. Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 511–531.
128. Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, *1*, 21.
129. Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*, *99*, 66–81.

130. Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary analysis. *Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association*, Toronto, Ontario, Canada.
131. Beck, J. S. (2001). *Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi.* (N.H. Şahin, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
132. Türkçapar, H., Sungur, M.Z., Sargın, E. (2009). Bilişsel Davranışçı Terapiler. İçinde E. Köroğlu, H. Türkçapar (Ed.). *Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri.* Ankara: HYB Basım Yayıncılık.
133. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*(6), 561–571.
134. Dollard, J., Miller, N.W. (1950). *Personality and psychotherapy*. Newyork: McGraw-Hill.
135. Kramer, G.P, Bernstein, D.A. ve Phares, V. (2014). Davranışçı ve Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler. İçinde (Çev. Ed. İ. Dağ). *Klinik Psikolojiye Giriş.* Ankara: Mentis Yayıncılık; 349-386.
136. Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability- transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*, 773–796.
137. Conway, C. C., Slavich, G. M., & Hammen, C. (2014). Dysfunctional Attitudes and Affective Responses to Daily Stressors: Separating Cognitive, Genetic, and Clinical Influences on Stress Reactivity. *Cognitive Therapy and Research, 39*(3), 366–377.
138. İskender, M. (2011). The influence of self-compassion on academic procrastination and dysfunctional attitudes. *Educational Research and Reviews, 6*(2), 230-234.
139. Felix, S. A., & Hooker, C. I. (2016). Dependent, but not Perfectionistic, Dysfunctional Attitudes Predict Worsened Mood and Appraisals after Emotional Support from a Romantic Partner. *Frontiers in psychology, 7*, 1502.
140. Teasdale, J. D (1988). Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition and Emotion, 2*(3), 247-274.
141. Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A Test of Beck's Cognitive Diathesis-Stress Theory of Depression in Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 23*(4), 384–404.
142. de Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. (2009). Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive therapy and research, 33*(4), 345–355.
143. Dent, J., & Teasdale, J. D. (1988). Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(1), 29–34.
144. Hollon, S.D., Kendall, P.C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 52-59.
145. Brown, G. P., & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association; 231-251.
146. Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions. *Risk Factors in Depression, 119–143.*
147. Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. I*nnovAiT, 6*, 579–585.
148. Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: the buffering effect of self-compassion. *Journal of reproductive and infant psychology*, *37*(5), 539–553.
149. Ellis, A ve Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy.* (2.bs.). New York: Springer Publishing Company.
150. Pesen, A. &. Çelik, M. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının İncelenmesi, E-Ulus*lararası Eğitim Araştırmaları Dergisi, 10*(2), 1-13.
151. Türkçapar, M. H. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama.* 11.Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
152. Babayiğit, Z. (2007). *Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
153. Kaye, W. H., Bastiani, A. M., & Moss, H. (1995). Cognitive style of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 18*(3), 287–290.
154. Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., & Urdapilleta, I. (2005). Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Encéphale, 31*(6), 643–652.
155. Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*(2), 191–214.

156. Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6*(2), 123–150.
157. Cooper, M. J., & Fairburn, C. G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 30*(5), 501–511.
158. Katzman, M. A., & Wolchik, S. A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 423-428.
159. Schulman, R. G., Kinder, B. N., Powers, P. S., Prange, M., & Gleghorn, A. (1986). The Development of a Scale to Measure Cognitive Distortions in Bulimia. *Journal of Personality Assessment, 50*(4), 630–649.
160. Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193–201.
161. Butterfield, P. S., & Leclair, S. (1988). Cognitive characteristics of bulimic and drug-abusing women. *Addictive Behaviors, 13*(2), 131–138.
162. Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa: The roles of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 145-156.
163. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Detay Yayıncılık.
164. Ergüney-okumuş, F. E. & Sertel-berk, H. Ö. (2020). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Psikol oji Çalışmaları, 40*(1),* 57-78.
165. Savaşır, I., Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi. 7*(28).
166. Batur, S. (2004). *Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
167. Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2,* 223–250.
168. Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007). Öz-Duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33,* 1-10.
169. Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. R. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics, 44*, 191–199.
170. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23–32.
171. Güleç, H., Köse S., Yazıcı Güleç, M., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J., Sayar K. (2009). Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 19,* 214-220.
172. Güleç, H., & Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 13*(3), 108-112.
173. Şahin, N.H., & Şahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *British Journal of Medical Psychology, 65*(1), 17-26.
174. Savaşır, I., & Şahin N. H. (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler.* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
175. Çörüş, G. (2001). *Son ergenlikte öz-değeri etkileyen ailesel değişkenler: Bilişsel kuram açısından bir değerlendirme.* Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
176. Gürbüz, S. (2019). *Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
177. Erol, A., Toprak, G., & Yazıcı, F (2006). Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*(5), 551–557.
178. Makino, M., Hashizume, M., Tsuboi, K., Yasushi, M., & Dennerstein, L. (2006). Comparative study of attitudes to eating between male and female students in the People's Republic of China. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 11*(3), 111–117.
179. Fadipe, B., Oyelohunnu, M. A., Olagunju, A. T., Aina, O. F., Akinbode, A. A., & Suleiman, T. F. (2017). Disordered eating attitudes: demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students. *African Health Sciences, 17*(2), 513.
180. Lundahl, A., Wahlstrom, L. C., Christ, C. C., & Stoltenberg, S. F. (2015). Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating Behaviors, 18,* 120–124.

181.Quattlebaum, M., Burke, N. L., Higgins Neyland, M. K., Leu, W., Schvey, N. A., Pine, A., … Tanofsky-Kraff, M. (2019). Sex differences in eating related behaviors and psychopathology among adolescent military dependents at risk for adult obesity and eating disorders. *Eating Behaviors, 33,* 73–77.
182. Schulte, S. J., & Thomas, J. (2013). Relationship between eating pathology, body dissatisfaction and depressive symptoms among male and female adolescents in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors, 14*(2), 157–160.
183. Schaefer, L. M., Anderson, L. M., Simone, M., O'Connor, S. M., Zickgraf, H., Anderson, D. A., Rodgers, R. F., & Thompson, J. K. (2019). Gender-based differential item functioning in measures of eating pathology. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 1047–1051.
184. Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite, 125,* 410–417.
185. Yaykıran Altınel, Ş. (2018). *Kadınlarda Yeme Bozuklukları Belirtilerinin Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik İyi Oluş ve Yeme Tutumları ile İlişkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
186. Fairburn, C.G. (2008). Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders. (B. Sevim, G. Tezcan, Çev.), 1.Basım 2020. İstanbul: Psikonet Yayınları.
187. Salameh, P., Jomaa, L., Issa, C., Farhat, G., Zeghondi, H., Gerges, N., … Baldi, I. (2012). Assessment of health risk behaviours among university students: a cross-sectional study in Lebanon. *International Journal of Adolescence and Youth, 19*(2), 203–216.
188. Alkazemi, D. (2018). Gender differences in weight status, dietary habits, and health attitudes among college students in Kuwait: A cross-sectional study. *Nutrition and Health,* 026010601881741.
189. De Caro, E. F., & Di Blas, L. (2016). A prospective study on the reciprocal influence between personality and attitudes, behaviors, and psychological characteristics salient in eating disorders in a sample of non-clinical adolescents. *Eating Disorders, 24*(5), 453–468.
190. Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The Effect of Attachment Insecurity in the Development of Eating Disturbances across Gender: The Role of Body Dissatisfaction. *The Journal of Psychology, 144*(5), 449–471.
191. Troop, N. A. (1998). Eating disorders as coping strategies: a critique. *European Eating Disorders Review, 6*(4), 229–237.
192. Boran Sarı, B. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtmaları ile Öz duyarlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
193. Neff, K.D., McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescent and young adults. *Self and Identity, 9*, 222-240.
194. Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity, 12*(2), 146–159.
195. Dilmaç, B., Deniz, M., & Deniz, M. E. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Öz Anlayışları ile Değer Tercihlerinin İncelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi, 7*, 9-24.
196. Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity, 12*(2), 160–176.
197. Yılmaz, M. T. (2009). *Üniversite Öğrencilerinin Öz-anlayışları ile Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yü*ksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Konya.
198. Bacanlı, F. ve Çarkıt, E. (2020). Öz şefkatin cinsiyete göre incelenmesi: Meta analiz çalışması. *Ege Eğitim Dergisi, 21*(2), 01-15.
199. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545–552.
200. Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. A*pplied Psychology: Health and Well-Being. 7*(3), 340-364.
201. Wasylkiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image, 9*(2), 236–245.
202. Koç, M. S., & Korkut Owen, F. (2021). Öz-duyarlığın vücut algısı, beden kitle indeksi, yaş ve ebeveyn tutumları ile ilişkisi. Hacett*epe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36*(1), 130-144.
203. Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self- compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors, 14*(4), 493– 496.
204. Webb, J. B. & Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive- affective self-regulatory pathways. *Eating Behaviors, 14*(2), 224–228.

205. Kelly, A., Vimalakanthan, K. & Miller, K. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index andvboth eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image, 11*(4), 446-453.
206. Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, *20*(6), 754-764.
207. Parker, J. D. A., Michael Bagby, R., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality, 7*(4), 221–232.
208. Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(6), 657–665.
209. Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M. ve Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men and Masculinity*, *10*(3), 190-203.
210. Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M.L., & Salokangas, R. K. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(2), 144–147.
211. Pellerone, M., Tomasello, G., & Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-sectional study on a group of adolescents and young adults. *Clinical Neuropsychiatry*, *14*(2).
212. Güler, H.K. (2014). *Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri ile Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
213. Batıgün, A.D., Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *11*, 105-114.
214. Temelcioğlu-Tunalı, E. (2020). *Aleksitimi ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkide Yaşantısal Kaçınma ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
215. Tepeli-Temiz, Z. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ile Yaşam Doyumu, Psikolojik Dayanıklılık ve Aleksitimik Özellikleri Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Rolü.* Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
216. Kuyucu, E. (2018). *Ergenlerdeki Aleksitimik Özellikler ile Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
217. Kuyumcu, B. (2012). Türk ve İngiliz Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik İyi Oluş Duygusal Farkındalık ve Duygularını İfade Etmelerinin Ülke ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre İncelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14*(2), 1- 24.
218. Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry, 144*(2), 133–143.
219. Babaei, S., Ranjbar Varandi, S., Hatami, Z., & Gharechahi, M. (2015). Metacognition Beliefs and General Health in Predicting Alexithymia in Students. *Global Journal of Health Science, 8*(2), 117-125.
220. Atasayar, M. (2011). *Ergenlerin Aleksitimik Özelliklerinin Psikolojik Belirtileri ve Yaşam Doyumları ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
221. Saikkonen, S., Karukivi, M., Vahlberg, T., & Saarijärvi, S. (2018). Associations of social support and alexithymia with psychological distress in Finnish young adults. *Scandinavian Journal of Psychology.*
222. Ünübol, H., Hızlı, G., Koçyiğit, G. (2020). Bağlanma, Aleksitimi ve Psikolojik Belirtilerin Öznel İyi Oluş Üzerindeki Yordayıcı Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12*(1), 398-420.
223. De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P., Ceci, A., … Ferro, F. M. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors, 8*(3), 296–304.
224. Alpaslan, A. H., Soylu, N., Avcı, K., Coşkun, K. Ş., Kocak, U., & Taş, H. U. (2015). Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry Research, 226*(1), 224–229.
225. Legoretta G. (1988). Alexithymia and symbolic function in the obese. *Psychother Psychosom, 50*, 88-94.
226. Karagöl, A., Özçürümez, G., Taşkıntuna, N., Nar, A. (2014). Beden Kitle İndeksinin Depresyon ve Aleksitimi ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *15*, 207-213.
227. Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., … Ferro, F. M. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(4), 332–340.
228. Sasai, K., Tanaka, K., & Hishimoto, A. (2011). Alexithymia and its relationships with eating behavior, self esteem, and body esteem in college women. *The Kobe journal of medical sciences*, *56*(6), E231–E238.

229. Kuroda, Y. (2017). The Relationship Between Perceived Parenting, Negative Core Beliefs, and Dysfunctional Attitudes Among Young Adults. *The Journal of Psychology, 151*(8), 739–751.
230. Şahin, M., & Sarı, S. V. (2010). Ergenlerde görülen zorbalık eğiliminin bilişsel çarpıtmalar ve fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisi. *Akademik Bakış Dergisi, 10*(20), 1-8.
231. Haliloğlu, S. (2008). O*rtaöğretim 9. Sınıf Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri, Bağlanma Biçimleri ve İşlevsel Olmayan Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Malatya İli Örneği). Yayınlanm*amış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
232. Topal, H. (2011). *Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Kişilerarası Problem Çözme Becerileri ve Yönelimleri ile Fonksiyonel Olmayan Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
233. Mészáros, V., Ajtay, G., Fodor, K., Komlósi, S., Boross, V., Barna, C., Udvardy-Mészáros, Á., & Perczel Forintos, D. (2014). Az életeseményektol a depressziós és szorongásos panaszokig: a diszfunkcionális attitudök és a megküzdés szerepe a patogenezis folyamatában [From life events to symptoms of anxiety and depression: the role of dysfunctional attitudes and coping]. *Ideggyogyaszati szemle, 67*(11-12), 397–408.
234. Brouwer, M. E., Williams, A. D., Forand, N. R., DeRubeis, R. J., & Bockting, C. L. H. (2018). Dysfunctional Attitudes or Extreme Response Style as Predictors of Depressive Relapse and Recurrence after Mobile Cognitive Therapy for Recurrent Depression. *Journal of Affective Disorders*.
235. Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, *22*(2), 107–125.
236. Blasczyk-Schiep, S., Sokoła, K., Fila-Witecka, K., & Kazén, M. (2015). Are all models susceptible to dysfunctional cognitions about eating and body image? The moderating role of personality styles. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 21*(2), 211–220.
237. De Carvalho Barreto, M., Ferreira, C., Marta-Simões, J., & Mendes, A. L. (2018). Exploring the paths between self-compassionate attributes and actions, body compassion and disordered eating. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.
238. Işık, E. (2018). *Yetişkin Kadınlarda Öz-duyarlık ile Beden Algısı ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
239. Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2016). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(2), 475–487.
240. Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2013). Self-compassion, Body Image, and Self-reported Disordered Eating. *Self and Identity, 13*(4), 432–448.
241. Fukunishi, I. (1998). Eating Attitudes in Female College Students with Self-Reported Alexithymic Characteristics. *Psychological Reports, 82*(1), 35–41.
242. Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P.-R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia and Eating Disorder Symptoms in Adolescents. *Eating Disorders, 18*(3), 226–238.
243. Ünübol, H., Hızlı-Sayar, F.G., Kanpolat, S. (2018). Investigation of the relationship between alexithymia and eating attitude, self-esteem and anger in women who applied to psychological counseling center. *The European Research Journal. 4*(4):280-288.
244. Cooper, M., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy, 36*(9), 895–898.
245. Cooper, M., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(2), 215–218.
246. Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 38*(1), 60–64.
247. Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association; 139-175. https://doi.org/10.1037/11561-007.
248. Van Vlierberghe, L., Braet, C., & Goossens, L. (2009). *Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. International Journal of Eating Disorders, 42*(5), 437–442.
249. Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders. *Eating Behaviors, 3*(2), 171–178.
250. James, D. (2013). *Associations Among Self-Compassion, Stress, and Eating Behavior in College Freshmen*. Master Thesis, Arizona State University.

251. Karaoğlu, M. (2019). *Yeme Tutumları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Öz Şefkat ve Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü.* Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
252. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 46*(3), 255-266.
253. 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*(2), 15-34.
254. Çakır, Z. (2013). *Kadın üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarının mükemmeliyetçilik, sosyotropi-otonomi, üstbilişler, duygulara ilişkin inançlar, duygusal zorlanmaya toleranssızlık ve kaçınma ile ilişkisi: Yatkınlaştırıcı ve sürdürücü faktörlere dayalı bir model önerisi.* Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
255. Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2006). *Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. International Journal of Eating Disorders, 40(1), 37–41.*

EKLER

EK-1. ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/09/2020-E.33731

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 25/09/2020
Toplantı Sayısı : 2020/18
Karar Sayısı : 18/6

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye SÖĞÜTLÜ'nün sorumlu araştırmacı ve Tuğçe AŞCIOĞLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu 20/357 kayıt numaralı "***Üniversite Öğrencilerinde Öz-Şefkat, Alekstimi ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Yeme Tutumları ile İlişkisi***" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 25.09.2020 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Hüseyin Avni BALCIOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Doç.Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç.Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Berat AKÇEŞME
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükriye TÜRKOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Etik Kurul Üyesi

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.sbu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8V430K0

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Öz-şefkat, Aleksitimi ve Fonksiyonel olmayan tutumlar ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi inceleme amacını taşıyan bir çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye SÖĞÜTLÜ ve Psikolog Tuğçe AŞCIOĞLU tarafından yürütülmektedir.

Gönüllü olarak sizden çeşitli anketleri cevaplamanız beklenmektedir. Soruları okuyarak size en çok uyan seçeneği işaretlemeniz istenmektedir. Çalışmaya katılmak size bağlıdır ve tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacaktır.

Araştırmada sizden beklenen anketleri cevaplamanız için öngörülen süre ortalama **15-20 dakikadır**. Bu araştırmaya 383 kişinin katılması planlanmaktadır. Sizden elde edilen bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

EK-3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaş:

Boy:

Kilo:

Medeni durum ( ) Bekar ( )Evli ( ) Ayrılmış ( ) Eşi vefat etmiş

Üniversite:

Bölüm:

Sınıf: ( ) Hazırlık ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6

Not Ortalaması:

Ekonomik durum: ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı? ( )Evet ( ) Hayır

Şu anda psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı? ( )Evet ( ) Hayır

Daha önce yeme bozukluğu tanısı aldınız mı? ( )Evet ( ) Hayır

Hiç rejim (diyet) yaptınız mı? ( )Evet ( ) Hayır

Beslenme düzeniniz ne derece sağlıklıdır?

( ) Hiç ( )Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman

Şu andaki kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Çok zayıf ( ) Zayıf ( ) Normal ( ) Biraz kilolu ( ) Çok kilolu

Şu anki kilonuzdan ne düzeyde memnunsunuz?

( )Çok memnunum ( )Memnunum ( )Kararsızım ( ) Memnun değilim ( ) Hiç memnun değilim

Kilo almaya dair korkunuz var mı?

( )Evet ( ) Hayır

Şu anda psikiyatrik/psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyuyor musunuz?

( )Evet ( ) Hayır

EK-4. YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutuyu işaretleyiniz.	**Daima**	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiç zam**
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sona kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						

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

EK-5. ÖZ-ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.					
2. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					
3. Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.					
4.Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.					
5. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.					
6. Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.					
7.Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.					
8. Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
9. Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.					
11. Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.					
12. Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.					
13. Acı veren olaylar yaşadığımda, kendime kibar davranırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımı ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.					
15. Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.					
16. Sıkıntı veren bir olay olduğunda mantıksız biçimde abartırım.					

17. Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.					
18. Acı veren bir şeyler yaşadığımda, bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.					
19. Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.					
20. Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.					
21. Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.					
22. Benim için bir şeyler kötü gittiğinde, bu durumu herkesin yaşayabileceğini, bu durumun yaşamın bir parçası olabileceğini düşünürüm.					
23. Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.					
24. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.					
25.Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.					
26. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.					

EK-6. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler bulunmaktadır. İfadelerin her birini dikkatle okuyun ve sizin için en uygun olanı işaretleyin. Her bir ifade için size uygun tek bir seçim yapın.

1.Hiç katılmıyorum
2.Katılmıyorum
3.Kararsızım
4.Katılıyorum
5.Tamamen katılıyorum

		1	2	3	4	5
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.					
4	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.					
6	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7	Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.					
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.					
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16	Psikolojik dramalaryerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

EK-7. FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen her cümleyi ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınız belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.	**Hiç katılmıyorum**	**Çok az katılıyorum**	**Nadir olarak katılıyorum**	**Biraz katılıyorum**	**Oldukça katılıyorum**	**Genellikle katılıyorum**	**Tümüyle katılıyorum**
1. Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.							
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.							
3.İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.							
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.							
5. Risk almak hiçbir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.							
6.İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.							
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.							
8.Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.							
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.							
10.İnsan bir işi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.							
11.Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.							
12.Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.							
13.Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.							
14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.							

15.İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.							
16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.							
17. Sonucu başarısızlıkta olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.							
18.İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.							
19.Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.							
20.İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.							
21.En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.							
22.İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.							
23.Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.							
24 Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.							
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.							
26.Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.							
27.İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür							
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği başka insanların olması gerekir.							
29.Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.							
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.							
31.Bana zarar verebileceklerin düşündüğümden diğer insanlara güvenmem.							
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.							
33.İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.							
34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.							
35.Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarımı onaylaması gerekmez.							
36.İnsan, sorunlardan uzak durabildiği sürece sorunlarda ortadan kalkar.							
37.Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı..) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.							
38.Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.							
39.Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.							

40.Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.							