



T. C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ŞEMALAR VE BAŞ ETME YOLLARININ OBEZİTESİ OLAN
BİREYLERİN KAYGI, DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE
İNTİHAR ORANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN ŞEMA
KURAMI AÇISINDAN İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Burçin GÜRKAN

BURSA – 2012



T. C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ŞEMALAR VE BAŞ ETME YOLLARININ OBEZİTESİ
OLAN BİREYLERİN KAYGI, DEPRESYON, BENLİK
SAYGISI VE İNTİHAR ORANLARI ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN ŞEMA KURAMI AÇISINDAN İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Burçin GÜRKAN

Danışman

Doç. Dr. Gülay DİRİK

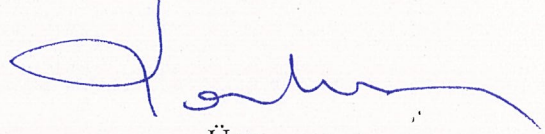
BURSA - 2012

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

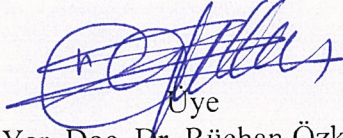
Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda 700945002 numaralı Burçin Gürkan'ın hazırladığı " Obezitesi olan bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılarının şema kuramı açısından incelenmesi" konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili tez savunma sınavı, 28/08/ 2012 günü 14.00 – 15.00 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin başarılı olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.



Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu
Başkanı)
Doç. Dr. Gülay Dirik
Uludağ Üniversitesi



Üye
Doç. Dr. Orçun Yorulmaz
Uludağ Üniversitesi



Üye
Yar. Doç. Dr. Rüçhan Özkılıç
Uludağ Üniversitesi

28/08/ 2012

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Burçin GÜRKAN
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Psikoloji
Bilim Dalı : Klinik Psikoloji
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : xiv + 163
Mezuniyet Tarihi : .../.../2012
Tez Danışmanı : Gülay DİRİK

ŞEMALAR VE BAŞ ETME YOLLARININ OBEZİTESİ OLAN BİREYLERİN KAYGI, DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE İNTİHAR ORANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN ŞEMA KURAMI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Obezite yaygınlığı giderek artan ve insan sağlığı için ciddi riskler oluşturan kronik bir rahatsızlıktır. Obezitenin insan sağlığı üzerindeki önemli etkileri nedeniyle bu araştırmada şemalar ve baş etme yollarının depresyon, kaygı, benlik saygısı, yeme tutumu ve intihar üzerindeki etkileri aşırı kilolu ve obezler ile normal kilolu bireylerden oluşan iki grup karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi psikiyatri ve dahiliye polikliniğine başvuran ve obezite tanısı alan hastalar ile Bursa ve Ankara’da yaşayan ve obezite tanı grubuyla benzer demografik özelliklere sahip obez olmayan toplam 349 kişi oluşturmaktadır. Yapılan analizler sonucunda obezitesi olan ve normal kilolu bireylerin erken dönem uyumsuz şemaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. İki grubun kullandıkları baş etme yolları karşılaştırıldığında, kaçınma baş etme yolu ile obez olup olmama arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve obezite grubunun karşılaştırma grubuna göre kaçınma baş etme yoluna daha sıklıkla başvurdukları belirlenirken, telafi baş etme yolunun kullanımında iki grup arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Obez olup olmama ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişki incelendiğinde, iki grup arasında kaygı, depresyon, intihar girişimi ve yeme tutumu açısından anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Aşırı kilolu ve obezite grubunun karşılaştırma grubuna göre kaygı ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha fazla intihar girişiminde buldukları ve daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmanın sınırlılıkları konuyla ilgili literatür kapsamında

tartışılmış, sınırlılık ve çalışmaya ait klinik göstergeler belirtilerek gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Obezite, Erken Dönem Uyumsuz şemalar, Kaçınma ve Telafi Baş Etme Yolları, Benlik Saygısı, Kaygı, Depresyon, Yeme Tutumu, İntihar Düşüncesi

ABSTRACT

Name and Surname : Burçin GÜRKAN
University : Uludağ University
Institution : Social Science Institution
Field : Psychology
Branch : Clinical Psychology
Degree Awarded : Master
Page Number : xiv + 163
Degree Date : .../.../2012
Supervisor : Gülay DİRİK

THE ROLE OF SCHEMA AND WAYS OF COPING IN ANXIETY, DEPRESSION, SELF-ESTEEM AND SUICIDE RATE OF OBESE PEOPLE: AN EVOLUTION OF SCHEMA THEORY

Obesity is a chronic disease with a constantly increasing prevalence, which presents severe risks for human health. Considering the important effects of obesity for human health, the present research aims to examine the effects of schemas and coping strategies on depression, anxiety, self-esteem, eating attitudes and suicide by comparing a group of overweight and obese people with those of normal weight. The study sample (N= 349) consists of a group of patients of the Polyclinics of Psychiatry and Internal Diseases at Bursa Orhangazi State Hospital, who were diagnosed as obese, and a group of demographically-matched non-obese residents of Bursa and Ankara. The analysis indicated that there is a significant difference between early maladaptive schemas of obese and normal people. Comparing the coping strategies used by the two groups, a significant relationship was found between the avoidance coping strategy and being an obese patient. It was identified that the obese group use the avoidance coping strategy more than the normal-weight group however, no significant difference was found in the use of compensation strategy between two groups. In terms of psychological distress, a significant difference was determined between the two groups in terms of anxiety, depression, suicide attempts and eating attitudes. The overweight and obese group was found to have higher anxiety and depression levels, to be more at risk for suicide attempts and have less healthy eating attitudes compared to the normal group. The limitations of the study are discussed within the scope of the relevant literature, and suggestions are made for further studies in light of the limitations and clinical findings of the present study.

Key Words: Obesity, Early Maladaptive Schemas, Avoidance and Compensation Coping, Self-Esteem, Anxiety, Depression, Eating Attitude, Thoughts of Suicide

ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tecrübeleriyle bana yön gösteren, tez hazırlığı süresince hem bilgi birikimi hem de sabrıyla bana destek olan değerli tez danışmanım ve sevgili hocam Doç. Dr. Gülay Dirik'e üzerimdeki emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Tez savunma sınavı juri üyelerim Doç. Dr. Orçun Yorulmaz ve Yrd. Doç. Dr. Rüçhan Özkılıç'a tezime olan değerli katkılarından ve yapıcı önerilerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Bana her zaman inanan, en kötü durumlarda bile iyimserliğini kaybetmeyerek destek olan, varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren öncelikle annem Sema Gürkan'a ve her zaman her koşulda yanımda olduklarını hissettiğim babam Kubilay, kardeşlerim Tuğçe ve Batuhan'a çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Hayat bizi çok ayrı yerlere sürüklemesine ve yıllardır ayrı şehirlerde yaşamamıza rağmen 8 yaşımdan beri hayatımda olan ve hayatımda olduğu için de kendimi hep şanslı hissettiğim, beni bu dünyada gerçekten anlayan ve her kahrımı çeken canım dostum Sibel Ulusoy'a hep benimle olduğu için çok teşekkür ederim. İyi ki varsın.

Tanışalı çok kısa bir süre olmasına rağmen altın kalpleri ve iyilikleriyle hep yanımda olan, ailemden uzakta ailem olan Hatice Başer ve Türkan Günaydın'a teşekkür ederim. Ayrıca Türkan'ın tezim konusunda yalnızca kendisini değil ailesi ve yakınlarını bile seferber etmesini asla unutamayacağım.

Bunların dışında bu süreçte yanımda olan ve isimlerini saymakla bitiremeyeceğim tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum. Sanırım onlar olmasaydı bana bu kadar zor gelen ve yaparken maddi-manevi zorlandığım bu tezimi bitiremezdim. Onun için tezimi aileme ve tüm arkadaşlarıma ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar	xiii
EKLER	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

(OBEZİTE VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR)

1.1. Obezite	5
1.1.1. Obezitenin Tanımı	5
1.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması	6
1.1.3. Obezitenin Yaygınlığı	6
1.1.4. Obezitenin Ölçümü	9
1.1.5. Obezitenin Nedenleri	11
1.1.5.1. Genetik Faktörler	11
1.1.5.2. Endokrin ve Metabolik Faktörler	12
1.1.5.3. Kültürel ve Sosyal Faktörler	12
1.1.5.4. Psikolojik Faktörler	12
1.2. Şema Modeli ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	14
1.2.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	14
1.2.1.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri	14
1.2.1.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Temeli	15

1.2.1.3. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	16
1.2.1.4 Uyumsuz Baş Etme Biçimleri ve Tepkiler	21

İKİNCİ BÖLÜM

(OBEZİTEDE ŞEMA MODELİ VE PSİKOLOJİK SIKINTILARLA OLAN İLİŞKİSİ)

2.1. Obezitede Şema Modeli	23
2.2. Baş Etme Yolları	26
2.3. Obezite ve Kaygı	29
2.4. Obezite ve Depresyon	31
2.5. Obezite ve Benlik Saygısı	34
2.6. Obezite ve İntihar	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

(OBEZİTESİ OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SIKINTILARIN ŞEMALAR VE BAŞ ETME YOLLARI İLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ)

3. 1. Yöntem	40
3.1.1. Örneklem	40
3.1.2. Veri Toplama Araçları	46
3.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu	46
3.1.2.2. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3	46
3.1.2.3. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği	48
3.1.2.4. Young Telafi Ölçeği	50
3.1.2.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	51
3.1.2.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	54
3.1.2.7. Yeme Tutumu Testi-40	56

3.1.3. İşlem	57
3.1.4. İstatistiksek analizler	57
3.2 Bulgular	58
3.2.1. Örneklemle İlgili Tanımlayıcı Bilgiler	58
3.2.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile İlgili Ölçeklerin Yürütülen Çalışmadan Elde Edilen Sonuçları	59
3.2.2.1. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3	59
3.2.2.2. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği	60
3.2.2.3. Young Telafi Ölçeği	60
3.2.3. Beden Kitle İndeksi ile Gelir Düzeyi	61
3.2.4. Aşırı Kilo ve Obezite ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	61
3.2.5. Aşırı Kilo ve Obezite ile Baş Etme Yolları	65
3.2.5.1. Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaçınma Baş Etme Yolu	65
3.2.5.2. Aşırı Kilo ve Obezite ile Telafi Baş Etme Yolu	65
3.2.6. Aşırı Kilo ve Obezite ile Psikolojik Sıkıntılar	66
3.2.6.1. Aşırı Kilo ve Obezite ile Benlik Saygısı	66
3.2.6.2. Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaygı	66
3.2.6.3. Aşırı Kilo ve Obezite ile Depresyon	66
3.2.6.4. Aşırı Kilo ve Obezite ile Yeme Tutumu	67
3.2.6.5. Aşırı Kilo ve Obezite ile İntihar	67
3.2.7. Tüm Katılımcılarda Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar ...	68
3.2.8. Katılımcıların Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Yordayıcıları	75
3.2.8.1. Tüm Grupta Yeme Tutumunu Yordayan Değişkenler	75
3.2.8.2. Tüm Grupta Beden Kitle İndeksini Yordayan Değişkenler	76
3.2.8.3. Tüm Grupta Erken Dönem Uyumsuz Şemaları Yordayan Değişkenler .	76
3.2.9. Aşırı Kilo ve Obezite Grubunda Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar	79

3.2.10. Aşırı Kilo ve Obezite Grubunun Psikolojik Sıkıntıları	85
3.2.10.1. Kaygıyı Yordayan Değişkenler	85
3.2.10.2. Depresyonu Yordayan Değişkenler	86
3.2.10.3. Benlik Saygısını Yordayan Değişkenler	86
3.2.10.4. Yeme Tutumunu Yordayan Değişkenler	87
3.2.10.5 İntihar Düşüncesini Yordayan Değişkenler	87
4. SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER	90
4.1. Örneklem Özellikleri	90
4.2. Çalışmada İncelenen Değişkenler ile Aşırı Kilo ve Obezite Arasındaki İlişkiler	94
4.2.1. Beden Kitle İndeksi ile Gelir Düzeyi	94
4.2.2. Aşırı Kilo ve Obezite ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	95
4.2.3. Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaçınma Baş Etme Yolu	96
4.2.4. Aşırı Kilo ve Obezite ile Telafi Baş Etme Yolu	97
4.2.5. Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaygı	98
4.2.6. Aşırı Kilo ve Obezite ile Depresyon	98
4.2.7. Aşırı Kilo ve Obezite ile Benlik Saygısı	102
4.2.8. Aşırı Kilo ve Obezite ile Yeme Tutumu	103
4.2.9. Aşırı Kilo ve Obezite ile İntihar	104
4.3. Tüm Grupta Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Yordayıcıları	106
4.3.1. Yeme Tutumu	106
4.3.2. Beden Kitle İndeksi	108
4.3.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	110
4.4. Aşırı Kilo ve Obezite Grubunda Psikolojik Sıkıntıların Yordayıcıları	112
4.4.1. Kaygı	112
4.4.2. Depresyon	114

4.4.3. Benlik Saygısı	116
4.4.4. Yeme Tutumu	118
4.4.5. İntihar Düşüncesi	120
4.5. Araştırmanın Hipotezleri	124
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	127
4.7. Klinik Göstergeler	130
4.8. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	132
KAYNAKLAR	134
EKLER	145
ÖZGEÇMİŞ	163

TABLULAR

	Sayfa
Tablo 1 Aşırı Kilo ve Obezite Grubu ile Karşılaştırma Grubu- Örneklemle İlgili Tanımlayıcı Bilgiler	42
Tablo 2 Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ile Aşırı Kilo ve Obezite Arasındaki İlişki	63
Tablo 3 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Aşırı Kilo ve Obezite arasındaki İlişki	64
Tablo 4 Tüm Grup- Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Analizi	70
Tablo 5 Tüm Grupta Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Yordayıcıları	78
Tablo 6 Aşırı Kilo ve Obezite Grubu- Değişkenler Arası Korelasyon Analizi ...	81
Tablo 7 Aşırı Kilo ve Obezite Grubunda Psikolojik Sıkıntılar, İntihar Düşüncesi ve Yeme Tutumlarının Yordayıcıları	89

EKLER

	Sayfa No
Ek 1	Sosyodemografik Bilgi Formu 145
Ek 2	Young Şema Ölçeği 147
Ek 3	Young- Rygh Kaçınma Ölçeği 152
Ek 4	Young Telafi Ölçeği 155
Ek 5	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 158
Ek 6	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 160
Ek 7	Yeme Tutumu Testi- 40 161

GİRİŞ

Obezite en basit şekliyle bedenin yağ oranındaki artış olarak tanımlanmakta ve yaygınlığı tüm dünya ülkelerinde giderek artan ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, çeşitli eklem rahatsızlıkları, polisitemi (bir çeşit kan hastalığı), beyin-damar hastalıkları, koroner arter hastalıkları obeziteyle birlikte görülebilen sağlık sorunlarından (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2007: 1). Obezite ve ona bağlı olarak gelişen tüm bu sağlık sorunları obezitenin kişinin yaşam süresini kısaltan ve ölüm riskini artıran bir sağlık sorunu olmasına neden olmaktadır (Tüzün, 1995: 1).

Obezite genetik, kültürel, sosyal, endokrin, metabolik ve psikolojik birçok faktörün etkisi sonucu gelişen bir sağlık sorunudur (Tüzün, 1995: 18-20). Obezitenin psikolojik nedenlerini açıklamada farklı kuramsal yaklaşımlar yer almaktadır. Young, Klosko ve Weishaar da (2009:59) obezitenin psikolojik nedenlerini açıklamada yararlanılabilecek kuramsal bir yaklaşım geliştirmişlerdir. Temellerinin çocuklukta atıldığı ve ergenlikle birlikte daha da gelişen, erken dönem yaşam deneyimleriyle beraber oluşan şemalar bu kuramın temelini oluşturmaktadır. Bu şemaların ilerleyen yaşlarda birey için sorun oluşturması ve uyumsuz olması kişilerin şemadan kaynaklanan bu rahatsızlıkları gidermek amacıyla teslim olma, kaçma ve aşırı telafi olmak üzere üç farklı baş etme biçiminden birini kullanmalarına neden olmaktadır. Bu amaçla kaçınma baş etme yoluna başvuran kişilerde ise aşırı alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, rastgele cinsel ilişkiye girme, aşırı yemek yeme gibi bir takım davranış örüntüleri gözlenmektedir. Şemayla baş etmede aşırı yeme davranış örüntüsünü gösteren bireylerde ise aşırı kilo ve obezite gözlenmektedir. Obezitenin erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda da bu kuramı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmekte ve aşırı kilolu ve obezitesi olanların erken dönem uyumsuz şemalarının düzeyinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006: 249; Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray, & Meyer, 2009: 293-296; Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349).

Şema kuramına göre aşırı yeme davranışı sonucunda gelişen obezite, birçok psikolojik sıkıntının yarattığı sorunlarla ve erken dönem uyumsuz şemalarla bir baş etme yolu olarak başvurulan kaçınma davranışının sonucunda gelişmektedir (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 59). Psikolojik sıkıntılarla obezite arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışmada da bu bilgiyi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Obezitenin kaygı (Değirmenci, 2006: 32-40; Deveci, Demet, Özmen, Özmen, & Hekimsoy, 2005: 87; Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009: 281-283), depresyon (Chen, Jiang, & Mao, 2009; Needham, Epel, Adler, & Kiefe, 2010; Roberts, Deleger, Strawbridge, & Kaplan, 2003; Wright, 2010), benlik saygısı (Aruguete, Edman, & Yates, 2009; Decaluwe, Braet & Fairburn, 2002; Myers & Rosen, 1999) ve intihar (Dong, Li, Li, & Price, 2006; Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009) ile ilişkili olduğu, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolulara göre kaygı, depresyon düzeyleri ve intihar düşüncelerinin daha fazla, benlik saygılarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma obezite ile ilişkili olan psikolojik faktörleri ele almaktadır. Her yaş grubunda görülen ve insan sağlığı açısından ciddi tehditler oluşturan obezitenin nedenlerinden biri olan psikolojik faktörlerin belirlenmesinin bu sorunun tedavisinde ve önleme çalışmalarında faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında obezitenin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanında psikolojik süreçlerin de ele alınması tedavi sürecini ve hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyeceği ve bu süreci hızlandıracağı düşünülmektedir. Özellikle hangi erken dönem uyumsuz şemaların obezitenin gelişmesinde ve sürdürülmesinde etkili olduğunun belirlenmesinin obezitenin tedavisinde rehber olabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde bu çalışmadan elde edilecek sonuçlardan obeziteyi önleme çalışmalarında da yararlanılabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kişilerin erken çocukluk dönemlerinde geliştirdikleri uyumsuz şemalar ele alınmaktadır. Bu konu farklı çalışmalarda ele alınmakla birlikte (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006: 249; Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray, & Meyer, 2009: 293-296; Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349) aşırı yeme davranışına neden olan ve erken dönem uyumsuz şemalarla bir baş etme yolu olarak başvurulan şemadan kaçınma davranışının aşırı kilolu olma ve obeziteyle ilişkisinin doğrudan incelendiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma şemadan kaçınma davranışının aşırı kilolu ve obez

olma ile olan ilişkisini incelerken, Young, Klosko ve Weishaar'ın (2009) geliştirdikleri Şema Kuramını inceleyerek obezitenin psikolojik nedenlerine yönelik kuramsal bir bilgi tarafından da sınanmış olacaktır.

Obezite yaygınlığı giderek artan ve insan sağlığı için ciddi riskler oluşturan kronik bir rahatsızlıktır. Obezitenin insan sağlığı üzerindeki bu önemi ve ciddiyeti obezitenin tedavisine yönelik tıbbi ve psikolojik müdahalelerinin geliştirilmesini kaçınılmaz hale getirmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı obezite ile ilişkili psikolojik faktörleri incelemektir. Bu amaçla obezite ile ilişkili erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi, bu şemaların sürdürülmesi ve aşırı yeme ve obezitenin devamına yol açan baş etme biçimlerinin incelenmesi ve tüm bunların depresyon, kaygı, benlik saygısı ve intihar üzerindeki etkilerinin obez ve normal kilolu bireyler kıyaslanarak incelenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede obezitenin oluşmasına neden olan ve altında yatan psikolojik faktörler belirlenecek ve obezitenin tedavisinde ve tekrar kilo alınımının önlenmesinde alınması gereken önlemler ve tedavisinde üzerinde durulması gereken konular belirlenecektir.

Çalışmada test edilecek hipotezler:

1. Sosyodemografik değişkenlerin obezite ile ilişkili olması, özellikle gelir düzeyi düştükçe kişilerin obez olma olasılığının artması beklenmektedir.
2. Obezitesi olan ve aşırı kilolu kişilerin normal kilolu katılımcılara göre erken dönem uyumsuz şemalarının, 5 şema alanı ve 14 şema boyutu puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.
3. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre kaçınma baş etme yolu puanlarının yüksek olması beklenmektedir.
4. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre depresif belirti düzeylerinin, kaygı düzeylerinin, bozulmuş yeme tutumlarının, intihar düşünceleri ve intihar girişimlerinin daha yüksek olması, benlik saygılarının ise daha düşük olması beklenmektedir.

5. Erken dönem uyumsuz şemalar ile kaçınma ve telafi baş etme yollarının benlik saygısı, kaygı, depresyon, yeme tutumu ve intihar düşüncesi ile ilişkili olması beklenmektedir.

Çalışmada yer alan diğer bilgiler üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde obezitenin tanımı, sınıflandırılması, yaygınlığı, ölçümü ve nedenleri ile şema modeli ve erken dönem uyumsuz şemalar ve bunlarla baş etme yolları hakkındaki bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde obezitede şema modeli, baş etme yolları, kaygı, depresyon, benlik saygısı ve intihar düşüncesinin ilişkisi, bu konular ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalar hakkında bilgi verilerek açıklanmıştır. Üçüncü bölümde bu araştırmayı oluşturan örneklem özellikleri, kullanılan veri toplama araçları, yapılan analizler ele alınmıştır. Ardından araştırmanın amacına uygun bir şekilde yapılan analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir. Son olarak elde edilen tüm bulgular daha önce yapılmış çalışmalar kapsamında tartışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

OBEZİTE VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

1.1 OBEZİTE

1.1.1 Obezitenin Tanımı

Obezite (şişmanlık) geçmişten günümüze kadar bulunduğu döneme uygun bir şekilde çeşitli tanımlamalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bu tanımlamalarda kilolu olmak kimi zaman güçlü, kudretli, heybetli gibi terimlerle, kimi zaman da bolluk, bereket, doğurganlık gibi terimlerle ifade edilmiştir. İlkçağ tanrılarında şişmanlık gücün ve hayatın devamlılığının simgesiyken bu durum sanayi devrimiyle değişmiş ve hızlı çalışma temposuna uygun nitelikte insanların aranmasına ve şişman insanların hantal, sağlıksız, yavaş gibi terimlerle ifade edilmesine neden olmuştur. Günümüzde ise obezite beraberinde de getirdiği sağlık sorunları ve toplumsal sorunlar nedeniyle kronik, ilerleyen, diğer hastalıklarla birlikte görülme olasılığı ve ölüm oranı yüksek bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (Özarmağan & Bozbora, 2002: 7).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) obeziteyi sağlık ve refahı ters yönde etkileyen vücuttaki yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (Akt. Aydemir, 2010). Vücut ağırlığının %10'u kemik ve kaslardan, geri kalan kısmın ise %75'i yağ, %25'i bağ ve destek dokularından oluşmaktadır. Obezite, vücuttaki bu yağ oranının artması sonucu oluşan bir sağlık sorunudur. Vücut yağının ideal kilolu erkeklerdeki oranı %12-18, kadınlardaki oranı %20-30 iken bu oranlar obez bireylerde artmakta erkeklerde %22-25, kadınlarda %32-35'ten fazla olmaktadır (Özarmağan & Bozbora, 2002: 5).

1.1.2 Obezitenin Sınıflandırılması

Obezite göreceli kiloya ve beden kitle indeksine göre derecelere ayrılmıştır.

Hafif Derecede Obezite: İdeal kilonun % 20 aşılmasında hafif derecede obezite gözlenmektedir. Ancak bu kilo aşımı % 40'tan fazla değildir. Beden kitle indeksi ise 27.5 ile 30 arasındadır (Bray, 1989:161-184; Akt. Tüzün, 1995: 16).

Orta Derecede Obezite: İdeal kilonun %40'ından fazlasının aşılması ile birlikte oluşmaktadır. Ancak bu kilo aşımı ideal kilonun %100'ünden azdır. Beden kitle indeksi de 30 ile 40 arasındadır (Bray, 1989:161-184; Akt. Tüzün, 1995: 16).

İleri Derecede Obezite: İleri derecede obeziteye morbid obezite de denmektedir. Morbid obezite ideal kilonun %100'ünün üzerinde olması ile birlikte görülmektedir. Morbid obezitede beden kitle indeksi de 40'ın üzerindedir (Bray, 1989:161-184; Akt. Tüzün, 1995: 16).

1.1.3 Obezitenin Yaygınlığı

Obezitenin görülme sıklığı tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır. Bunun yanında obezitenin yaygınlığı toplumlar arasında, o toplumun yeme alışkanlıkları, yaşadıkları ortam, çalışma koşulları ve genetik faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (Özarmağan & Bozbora, 2002: 1-15).

Çocuk ve ergenlerde obezitenin görülme sıklığı her geçen yıl giderek artmaktadır. 1987, 1999 ve 2006 yılları arasında 15 yaşındaki ergenler arasında obezitenin görülme sıklığını araştıran bir çalışmada erkeklerde obezitenin görülme sıklığının yıllara göre sırasıyla 6.7%, 10.6% ve 15.9% olarak, kızlarda ise yıllara göre sırasıyla 5.4%, 11.5% ve 14.9 olarak artış gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgulara göre 1987 ile 2006 yılları arasında 15 yaşındaki ergenlerde obezitenin görülme sıklığının yaklaşık 2.5 kat arttığı görülmektedir. Yıllara göre obezitenin yaygınlığı artarken ergenlerin sosyoekonomik düzeyi ile obezite görülme sıklığı arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu bulgu da obezitenin her gelir düzeyinden ergenlerde görülebileceğini göstermektedir (Sweeting, West, & Young, 2008: 4).

Obezitenin yaygınlığının giderek artması ve ciddi bir sağlık sorunu olarak algılanması farklı ülkelerde obezite ile ilgili yapılan çalışmaların sayısını da arttırmıştır. Birleşmiş Milletlere üye ülkelerde, obezitenin ergenler (13-17 yaş) ve genç yetişkinlerdeki (18-22 yaş) yaygınlığını belirlemek amacıyla 1999-2002 yıllarını kapsayan bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda Birleşmiş Milletlere üye ülkelerde yaşayan ergenlerin %1'inde, genç yetişkinlerin ise %3'ünde morbid obezite (BKİ>40); ergenlerin %6, genç yetişkinlerin %4'ünde ise orta derecede obezite (35-39.9) olduğu belirlenmiştir (Lawson, Chen, Daniels, & Dolan, 2005: 639).

Obezitenin dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygınlığının artması ile birlikte bu alanda pek çok araştırma yapılmıştır. Antalya'da Türkkahraman, Akcurin, Bircan, Tosun ve Saka (2005: 271-272) tarafından yürütülen bir çalışmada obeziteyle ilişkili risk faktörlerinin ve obezitenin yaygınlığının belirlenmesi amaçlanmıştır. 6 ile 17 yaşları arasındaki 2465 öğrenci ile yürütülen çalışmada obezitenin yaygınlığı 3.6%, aşırı kilolu olmanın (overweight) yaygınlığı ise 14.3% olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre beden kitle indeksinin farklılaştığı, kız öğrencilerin beden kitle indeksinin erkek öğrencilere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiş, obezitenin yaygınlığı açısından ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Erkek öğrencilerde obezite yaygınlığı 3.9%, aşırı kilo yaygınlığı 12.8%; kız öğrencilerde ise obezite yaygınlığı 3.2% ve aşırı kilo yaygınlığı 15.8% olarak saptanmıştır. Bu bulgular 6 ile 17 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerde obez ve aşırı kilolu olmanın hem kız hem de erkek öğrencilerde yüksek olduğunu göstermektedir. Obezitenin yaygınlığı ile ilişkili diğer faktörler incelendiğinde ise bazı literatür bulgularından farklı olarak öğrencilerin ailelerinin yüksek sosyoekonomik düzeyi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar yüksek sosyoekonomik gelir düzeyine sahip olmanın obezite için bir risk faktörü oluşturduğunu ve obezitenin görülme sıklığını arttırdığını göstermektedir. Tüzün (1995- 1-20)'de obezitenin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip toplumlarda ve bireylerde daha çok görüldüğünü, yoksul kesimlerde ise obeziteye pek rastlanmadığını belirtmektedir. Bu bilgilerle de tutarlı olarak Ankara'da 7-14 yaşındaki alt gelir düzeyinden 891 öğrenciyle yürütülen bir çalışmada erkek öğrencilerin %1.49'unda, kız öğrencilerin ise %2.29'unda obezite belirlenmiştir. Bu oranlar obezite ile ilgili diğer çalışma bulgularıyla kıyaslandığında düşük bulunmakla birlikte alt sosyoekonomik düzey için obezitenin ciddi bir sorun olmadığı,

obezitenin daha çok gelir düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında görüldüğü tespit edilmiştir (Atamtürk, 2009: 11).

Türkiye'nin farklı şehirlerinde yürütülen çalışmalarda obezitenin artan yaygınlığı dikkat çekmektedir. Bulgular obezitenin ülkemizde tüm coğrafi bölgelerde artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Samsun'daki ortaokul ve lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da kız öğrencilerde %7.3, erkek öğrencilerde %4.0 olmak üzere öğrencilerin genelinde %5.5 oranında obezite yaygınlığı belirlenmiştir (Sancak, Dünder, Totan, Çakır, Sunter, & Küçüköyük, 1999: 22). 6-15 yaşları arasındaki ilköğretim öğrencileriyle yapılan farklı bir çalışmada da obezitenin yaygınlığı %8.4, aşırı kilolu öğrencilerin yaygınlığı ise %26.7 ile diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Öztor, Hatipoğlu, Barutçugil, Salihoğlu, Yıldırım, & Şevketoğlu, 2006: 12). Bu bulgularla benzer şekilde Türkiye'nin farklı bölge ve şehirlerinde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde obezitenin yaygınlığının görmezden gelinemeyecek düzeyde olduğunu ve çocuk ve ergen sağlığı için ciddi bir problem olduğunu göstermektedir (Kara, Dikici, Yel, & Özdemir, 2010; Turan, Ceylan, Çetinkaya, & Altundağ, 2009: 56).

Çocuk ve ergenler gibi yetişkinlerde de obezite yaygınlığı yıllara göre artış göstermekte, her geçen yıl ciddiyeti giderek artan bir sağlık sorunu haline dönüşmektedir. Kolombiya'da yetişkinlerde obezite yaygınlığını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada 1998-1999 yılları arasında toplam nüfusun 18.4%'ünün obez olduğu belirlenmiştir. Siyah ve beyaz ırk karşılaştırıldığında siyah ırkta (35.8%) obezite yaygınlığının beyaz ırkta (25.7%) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş grubuna göre de obezitenin yaygınlığının farklılaştığı, 18-44, 45-64 ve 65 ve üzeri yaş grubunun karşılaştırıldığı çalışmada en fazla 45-64 yaş grubu arasında obezite yaygınlığının görüldüğü (34.4%) bunu ise sırasıyla 24.5% ile 18-44, 24% ile ise 65 ve üzeri yaş grubunun izlediği belirlenmiştir. Cinsiyet farklılığı incelendiğinde ise kadınlarda erkeklere göre obezite yaygınlığının daha yüksek olduğu saptanmış (Kadın: 29.1%, Erkek: 25.5%) (Fagan, Adams, Connor, Dammond, Hall, & Sharp, 2002: 805-806), farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilerek bu bulgu desteklenmiştir (Al-Kandari, 2006: 150; Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010: 149-151).

Ergenlerde olduğu gibi yetişkinlerde de obezite ile yaşanan yerleşim yeri arasında ilişki bulunmaktadır. Obeziteye kasaba halkında daha sıklıkla rastlanmaktadır. 30 yaş ve üzeri kırsal kesimde yaşayan 2216 yetişkinle yapılan bir çalışmada obezitenin yaygınlığı %2.1 olarak belirlenmiştir. Bu oran kadınlarda %3.35, erkeklerde ise %1.02 olarak görülmektedir. Aşırı kilo yaygınlığı ise kadınlarda %11.63, erkeklerde %7.68 toplamda ise %9.70 olarak belirlenmiştir (Raina & Jamwal, 2009: 21). Obez yetişkinlerin yaşadıkları yer ile yeme tutumlarındaki bozukluklar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği farklı bir çalışmada ise kalabalık ve yoğun yaşam alanı ile obez bireylerin sahip oldukları beden algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre kalabalık ve yoğun yaşam alanına sahip obez yetişkinlerin beden algılarının nüfusu daha az yerlerde yaşayan kişilere göre daha bozuk olduğu belirlenmiştir (Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010: 904).

Obezite kadınlarda ve erkeklerde farklı yaşam dönemlerinde görülmektedir. Obezitenin kadınlarda gebelik ve menapoz dönemlerinde, erkeklerde ise yaşamlarındaki evlilik, iş hayatında terfi, askerlik, sigara kullanımının bırakılması gibi önemli yaşam olaylarıyla birlikte arttığı gözlenmektedir. Kadınlarda çocuk doğurma sayısının da obezitenin yaygınlığının artmasında etkili olduğu görülmektedir. Tüm bu bilgiler obezitenin kadın ve erkeklerin yaşamlarında gerçekleşen önemli dönemsel olaylarla birlikte tetiklenebileceğini ve bu dönemlerin kadın ve erkeklerde obezitenin görülmesinde bir risk faktörü oluşturabileceğini göstermektedir (Özarmağan & Bozbora, 2002: 1-15).

1.1.4 Obezitenin Ölçümü

Obezitenin ölçümünde ve tanının belirlenmesinde çok farklı teknikler kullanılmaktadır. Bu teknikler en temelde doğrudan ölçümler ve dolaylı ölçümler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Doğrudan ölçümler canlı insan üzerinde mümkün olmamakta, yalnızca kadavra üzerinde belirlenebilmektedir. Dolaylı ölçümler, obezitenin varlığını belirlemek amacıyla klinik ortamda uygulanan yöntemlerdir (Tüzün, 1995: 2-9).

Vücuttaki yağ oranını ölçen yöntemler arasında en çok kullanılanlar, boy ve ağırlığa dayanan yöntemler ile deri kıvrım kalınlığının belirlenerek hesaplandığı

yöntemlerdir. Boy ve ağırlığa dayanan yöntemlerden biri ideal vücut ağırlığı ölçümleridir. İdeal vücut ağırlığının belirlenmesinde yaşa, cinsiyete, vücut yapısına göre değişmek üzere boya uygun olan standart değerler hesaplanmıştır (Tüzün, 1995: 4). Metropol Hayat Sigortası Şirketi tarafından 1959 ile 1983 yılları arasında yapılan çalışmalar sonucunda belirlenen ideal vücut ağırlığının hesaplanmasında öncelikle kişinin gerçek kilosunun ideal ağırlığından ne kadar fazla olduğu belirlenir, daha sonra ise ölçülen ağırlık ideal ağırlığa bölünerek ağırlık hesaplanır. İdeal ağırlığın %10 aşılması kilolu, %20 aşılması ise şişman olarak sınıflandırılmaktadır (Akt. Özbey & Orhan, 2002: 32).

Boy ve ağırlığa dayanan yöntemlerden bir diğeri beden kitle indeksidir. Beden kitle indeksi Quetelet İndeksi olarak da isimlendirilebilmektedir. Bu ölçüm vücut ağırlığının (kg) boyun karesine (metre) bölünmesi ile elde edilmektedir (Quetelet, 1835; Akt. Özbey & Orhan, 2002: 32). Beden kitle indeksi 18.5'den küçük olanlar zayıf, 18.5-24.9 değerleri arasında olanlar normal kilolu, 25- 29.9 değerleri arasında olanlar aşırı kilolu, 30-39.9 değerleri arasında olanlar obez, 40 ve üzeri değerlere sahip olanlar ise aşırı obez (morbid obez) olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 1995; Akt. Özkahraman, 2002: 7). Beden kitle indeksi obezitenin ölçümü ve tespitinde kullanılan pratik ve yaygın bir yöntemdir. Bu yöntemin pratik, yaygın ve geçerli olması bu çalışmada da obez bireylerin belirlenmesinde bu ölçüm tekniğinin tercih edilmesine sebep olmuştur.

Klinikte en sık kullanılan yöntemlerden bir diğeri deri kıvrım kalınlığıdır. Deri kıvrım kalınlığı omuz ile dirsek arasında, kolun arka tarafında olan triseps kası üzerinden; kürek kemiğinin alt ucunun altında, sırtta bulunan subskapular bölgeden; orta koltuk altının kestiği yer olan suprailiak bölgeden; kol aşağı sarkık durumda biseps üzerinden ve orta koltuk altı çizgisinin kestiği yerle göbek arasında kalan abdominal bölgeden ölçüm alınarak değerlendirilir (Richer, 1890; Akt., Tüzün, 1995: 39-40).Obezitenin belirlenmesine yönelik bir diğer ölçüm Vaque (1947) tarafından oluşturulmuştur. Vaque (1947), brakio-femoral bölge çevrelerinin ölçümü ile elde edilen bir teknik önermiştir. Bu teknik daha sonra bel/kalça çevresi ölçümüne dönüşmüştür (Akt. Özarmağan & Bozboru, 2002: 38).

Belirtilen yöntemlerin yanında obeziteyi belirlemeye yönelik USG (ultrasonografi), CT (Bilgisayarlı Tomografi), MRI (Manyetik Rezonans) gibi görüntüleme

yöntemleri; vücut suyu ve vücut potasyumunda oluşan izotop veya kimyasal dilüsyon yöntemi; nötron aktivasyon analiz yöntemi, kondüktivite yöntem, iletkenlik ve vücut yoğunluğu ve volümü ölçüm teknikleri de yer almaktadır; ancak bu teknikler henüz laboratuvar araştırma yöntemleri arasındadır ve henüz rutin klinik uygulamaları yoktur (Tüzün, 1995: 47-51).

1.1.5 Obezitenin Nedenleri

Obezite oluşumunda, hem genetik hem de çevresel faktörlerin rolü vardır. Obezite alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarından fazla olması sonucu oluşmaktadır. Aşırı yemek yeme, fiziksel aktivitenin azalması, metabolik hızın azalması, yüksek yağ içeren gıdaların alımı, yüksek kalorili yiyecek ve içecekler, daha az hareket edilen yaşam şekli (sedenter davranış) kilo almaya neden olan faktörler arasındadır (Bozboru, 2002: 61-69). En temelde ise obezitenin nedenlerini genetik faktörler, kültürel ve sosyal faktörler, endokrin ve metabolik faktörler ve psikolojik faktörler olmak üzere dört genel kategoride toplayabiliriz (Tüzün, 1995: 10-14).

1.1.5.1 Genetik faktörler

Yürütülen deneysel çalışmalar ve obez insanlar üzerinden yapılan gözlemler bazı şişmanlıklarda genetik ve aileden gelen özelliklerin bulunduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda obezlerin 2/3'ünün annesi, babası ya da her ikisinin birden obez olduğu belirlenmiştir (Tüzün, 1995: 18). Obezitenin görülme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada, obezite tanısı konan kişilerin ailelerinin %90.3'ünde obezite öyküsünün varlığına rastlanmıştır (Şimşek, Ulukol, Berberoğlu, Gülnar, Adıyaman, & Öcal, 2005). İki şişman kişi evlendiğinde çocuklarının da şişman olma olasılığı ise %60-70 arasında bulunmuştur. Bu tür bulgular obezitenin hipotalamusta acıkma ve doyma merkezlerinin işleyişi ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir (Tüzün, 1995: 10).

Obezitenin genetik faktörlerle olan ilişkisinin tek bir genin mutasyonundan kaynaklanabileceği gibi değişik hastalıklar sonucu da ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Hayvanlar üzerinden yapılan çalışmalarda beş gen defektinin obeziteye neden olduğu

belirlenmiş; ancak insan obezitesinden sorumlu olan genler saptanamamıştır. Bununla birlikte ikiz ve çeşitli ailelerle yapılan insan çalışmalarında obezitede %80 genetik faktörlerin etkili olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir (Çorakçı, 2002: 20-22).

1.1.5.2 Endokrin ve metabolik faktörler

Endokrin hastalıklarında obezitenin olduğu görülmektedir. Ancak bu hastalıkların birlikteliğinde esas hastalığın belirtileri ön plandadır. İnsülinoma, Cushing sendromu, hipotiroidi, Stein-Leventhal gibi hastalıklar endokrin hastalıklardır ve beraberinde obezite görülebilmektedir (Tüzün, 1995: 11).

1.1.5.3 Kültürel ve sosyal faktörler

Şişmanlık ve obeziteye tarih içerisinde farklı anlamlar ve tanımlamalar yüklenmiştir. Çeşitli ülkelerde çeşitli zamanlarda şişmanlık makul sayılmış, hatta bazı toplumlarda babalar kızlarını evlendirmeden önce bir odaya kapatarak kilo almasını sağlayıp ondan sonra evlendirmiş, kadınlar kilo almaları için hiç hareket ettirilmemiş, çok fazla yiyecek yedirilmiş ve iştirilmiştir. Günümüzde de yaşanan sosyal çevre ve kültürle birlikte var olan yeme alışkanlıkları, iş amacıyla buluşulan öğlen ve akşam yemekleri, özellikle kadınların ev içinde çok vakit geçirmeleri, evlerde düzenlenen bol miktarda ikramın bulunduğu kabul günleri, fast food olarak adlandırılan kısa sürede yenen yüksek kalorili yiyecek yeme alışkanlıkları da obeziteyi etkileyen kültürel ve sosyal faktörlerdendir (Tüzün, 1995: 11).

1.1.5.4 Psikolojik faktörler

Farklı psikolojik kuramlar obezitenin nedenlerini farklı şekillerde açıklamaktadır. Psikoanalitik kuram obeziteye, bireylerin çözülmemiş bağımlılık gereksinimlerinin ve oral döneme olan fiksasyonlarının neden olduğunu vurgulamaktadır. Bu döneme ilişkin fiksasyonun aşırı bir iyimserlik ya da karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık

gibi kişilik özelliklerine neden olduğu ve obeziteyle bu açıdan güçlü bir ilişkisinin olduğu üzerinde durulmaktadır (Bayraktar, 1995: 107-140).

Beden imajına yönelik bozukluklar da obeziteye neden olmaktadır. Kendi bedenlerini iğrenç ve tiksindirici bulan bireyler başkalarının da kendisini küçük gördüklerini düşünmekte ve bu düşünce biçimi sosyal işlevlerinin bozulmasına ve obezitenin gelişimi ve devamına yol açmaktadır (Bayraktar, 1995: 107-140).

Obezite ve aşırı kilolu olmaya neden olan davranışlar ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada anormal yeme algısı ve davranışlarının aşırı kilolu ve obez olmaya neden olduğu, aynı zamanda bunlar için bir risk faktörü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. 5144 üniversite öğrencisinin yeme tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada aşırı kilolu ve obezlerin normal kilolulara göre yeme tutumlarının daha bozuk olduğu, aşırı yeme ve yemek yemeyi durduramamaktan daha çok korktukları, yemekle ilgili düşüncelerinin daha fazla olduğu, hayatlarını yemek yeme ve yiyeceğin kontrol ettiğine daha fazla inandıkları, daha hareketsiz bir yaşama sahip oldukları ve zayıflama ile ilgili daha fazla düşünceye sahip oldukları görülmüştür. Araştırmacılar yaptıkları çalışmanın sonucunda bozulmuş bir yeme tutumuna sahip olmanın aşırı kilolu ve obez olma riskini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Desai, Miller, Staples, & Bravender, 2008: 110).

Obezite ile ilgili psikolojik nedenli açıklamalardan biri de Young, Klosko ve Weishaar'ın (2009: 59) Şema kuramıdır. Şema kuramına göre çocuklukta geliştirilen erken dönem uyumsuz şemalar bireyin ileriki yaşamında sorun oluşturmakta ve birey şemadan kaynaklanan bu rahatsızlığı gidermek için teslim olma, kaçma ve aşırı telafi olmak üzere üç farklı baş etme biçiminden birini kullanmaktadır. Sahip oldukları uyumsuz şemalar ile ilgili negatif duygulanımı iyileştirmek için kaçınma baş etme stratejisini kullanan bireyler aşırı derecede alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, rastgele cinsel ilişkiye girme, aşırı yemek yeme gibi bir takım davranış örüntüleri göstermektedirler. Şemayla baş etmede aşırı yeme davranış örüntüsünü gösteren bireylerde ise aşırı kilo ve obezite gözlenmektedir.

1.2 ŞEMA MODELİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

Şemalar kişilerin çocukluklarında yaşadıkları yaşam olaylarının ardından gelişen, uzun süre kişi tarafından kullanılmasa bile giderek karmaşıklaşan ve ilerleyen zamanlarda yaşanan deneyimlerle gelişen olumlu ya da olumsuz değişime dirençli yapılardır. Şema terapi, kişileri rahatsız eden ve yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bu şemaları değerlendirmek amacıyla, kronik, kişilik ile ilgili problemler yaşayan hastaları tedavi etmek amacıyla Young ve çalışma arkadaşları tarafından (1990, 1999) geliştirilmiştir. Şema terapi kişilerin yaşamlarının erken dönemlerinde geliştirdikleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar olarak adlandırılan temel psikolojik yapılar üzerinde durmakta ve kişilerin yaşadıkları psikolojik sıkıntıların altında bu şemaların yer aldığını vurgulamaktadır (Young, Klosko, & Weishaar, 2009: 25). Erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sıkıntılarla olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada psikolojik sıkıntıların altında erken dönem uyumsuz şemaların yattığı, psikolojik sıkıntısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sıkıntısı olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Muris, 2006).

1.2.1 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Erken dönem uyumsuz şemalar duygulardan, bilişlerden, anılardan ve bedensel duylardan oluşan, yaşamın erken dönemlerinde başlayıp ergenlik ve genç yetişkinlik boyunca giderek karmaşıklaşan temel yapılardır. Bu şemalar çocukluk döneminde kişi için işlevsel olsa da yaşamının ilerleyen dönemlerinde işlevini yitirmekte ve kişi için sorun oluşturmaktadır. Kişinin çocukluk döneminde belirli derecede kişi için işlevsel ve yardımcı bir görev üstlense de yetişkinlik ile birlikte işlevini yitirmekte kişinin yaşamında önemli aksaklıklara ve sorunlara neden olmaktadır (Young, 1999: 10-15; Young, Klosko, & Weishaar, 2009: 27).

1.2.1.1 Erken dönem uyumsuz şemaların özellikleri

Tüm erken dönem uyumsuz şemalar kişi için olumsuz bir nitelik taşımakta ve kişiye zarar vermektedir. Çocukluk deneyimleriyle oluşan ve ergenlik ile genç yetişkinlik

boyunca karmaşıklaşan bu yapılar değişime karşı dirençlidir. Kişi bu şemalardan zarar görse de çocuklukları boyunca gelişen bu yapılar onlara tanıdık geldiği için doğal karşılamakta ve şemaların sürmesine neden olacak davranışlarda bulunmaktadır. Bunların yanında erken dönem uyumsuz şemaların kişiler üzerindeki etkileri birbirinden farklı derece ve şiddettedir. Şemayı tetikleyen durumun sıklığı ve şiddeti arttıkça ve daha uzun süre devam ettikçe yarattığı olumsuz etkinin şiddeti de artmaktadır (Young, Klosko & Weishaar, 2003: 20-30).

1.2.1.2 Erken dönem uyumsuz şemaların temeli

Young'ın Şema modeline göre, erken dönem uyumsuz şemaların temelinde aşağıda açıklanan bir takım süreçler etkili olmaktadır.

1) Temel Duygusal İhtiyaçlar: Young, Klosko ve Weishaar'a (2009: 29) göre kişiler başkalarına güvenli bir şekilde bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve benimsenme), özerklik, yetenek, olumlu kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguların özgürce ifade edilmesi, kendiliğindenlik (spontan olma), rol yapma, akılcı sınırlar ve öz denetim gibi bir takım temel duygusal ihtiyaçlara sahiptir. Bunların karşılanmaması ise erken dönem uyumsuz şemaların ve bir takım baş etme yollarının gelişmesine neden olmaktadır (Young & Klosko, 1994: 18).

2) Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Yaşamın ilk yıllarında yaşanan çocukluk deneyimleri erken dönem uyumsuz şemaların temelini oluşturmaktadır. Yaşamın ilerleyen yıllarında okul, arkadaş gibi etkileşimde bulunulan kişiler ve sosyal çevrenin de şemaların oluşmasında etkisi vardır. Ancak çocuklukta yaşanan olaylar sonucunda gelişen şemalar daha güçlü ve daha yaygın bir yapıya sahiptir (Young, Klosko, & Weishaar, 2003: 30-32). Erken dönem yaşam deneyimleri ihtiyaçların engellenmesi, travmatizasyon ya da kurban olma, aşırı korunma, seçici içselleştirme ya da önem verilen kişilerle özdeşleşme gibi farklı yaşam olaylarından beslenmektedir (Young, Klosko, & Weishaar, 2009: 30).

3) Duygusal Mizaç: Her kişide farklı olan mizaç ve kişilik yapısı erken çocukluk deneyimleriyle etkileşime girerek şemaları oluşturmaktadır (Young, Klosko, & Weishaar, 2009: 31).

1.2.1.3 Şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalar

Şema modelinde 5 genel kategoride toplanan 18 farklı şema yer almaktadır.

Alan 1: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme

Bu alandaki şemalara sahip olan insanların diğer insanlarla olan ilişkilerinde sorunlar vardır. Güvenli ve sağlıklı bir ilişki kuramazlar. İhtiyaç duydukları sevgi, bakım, ait olma, güvenlik gibi ihtiyaçlarının kimse tarafından karşılanamayacağına inanırlar. Genelde soğuk, ilgisiz, istismarcı, dengesiz, reddedici ailelerde yaşayan bu kişilerde kendisine zarar verecek ilişkilerden hemen uzaklaşma ya da tümüyle yakın ilişkilerden kaçınma eğilimi söz konusudur.

Bu şema alanının sahip olduğu 5 farklı şema vardır. Bu şemalar aşağıda tanımlanmaktadır.

Güvensizlik/Suistimal Edilme: Bu şemaya sahip kişilerin diğer insanlara karşı olumsuz birtakım inançları vardır. Çevresindekilerin onlara fırsat verildiğinde kendisine zarar vereceklerine, istismar edip kullanacaklarına, kendisine yalan söyleyip aldatacak ya da küçük düşüreceklerine inanırlar.

Terk Edilme/istikrarsızlık: Bu şemaya sahip kişiler hayatlarındaki önemli kişilerin bir şekilde yaşamlarında olmayacaklarına, öleceklerine veya daha iyi herhangi biri için onlardan vazgeçeceklerine inanırlar.

Kusurluluk/Utanç: Kişinin kendisine yönelik hissettiği, hatalı, kötü, diğerlerinden daha yetersiz ve değersiz olduğu duygusu ve inancıdır. Bu şema kişide bencillik, saldırganlık, kabul edilemez cinsel tutkular, itici görünüm gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.

Duygusal Yoksunluk: Bu şemaya sahip kişiler şevkat, ilgi, önemsenme gibi bir takım duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanamayacağına inanırlar.

Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: Bu şemaya sahip kişiler kendilerini diğerlerinden farklı olarak görür, bir grup ya da topluluğa ait hissetmezler (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 33-39).

Şema kuramında erken dönem uyumsuz şemaların özellikle kişilik bozukluklarıyla olan ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Kişilik bozukluklarından biri olan antisosyal kişilik bozukluğunda öne çıkan erken dönem uyumsuz şemalar incelendiğinde ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanında yer alan duygusal yoksunluk, güvensizlik/suistimal edilme ve kusurluluk/utanç şema boyutları antisosyal kişilik bozukluğu olan grupta, antisosyal kişilik bozukluğu olmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarının oluşmasındaki rolüne ve önemine destek oluşturmaktadır (Çakır, 2007: 42). Bunun yanında farklı bir çalışmada da kusurluluk/utanç ve güvensizlik/suistimal edilme şemalarının kişilik bozukluğuna sahip kişilerde eksen I bozukluğuna sahip kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lee, Taylor ve Dunn 1999: 444-447).

Erken dönem uyumsuz şemalar obez olan ve normal kilolu kişiler arasında da farklılaşmaktadır. Obezite için tedavi arayan ergenlerle normal kilolu ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada duygusal yoksunluk, soysal izolasyon/yabancılaşma ve kusurluluk/utanç şema boyutları obezite için tedavi arayan ergenlerde normal kilolu ergenlerden daha yüksek bulunmuştur (Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349). Aynı şekilde obezitesi olan yetişkinlerle yapılan ve erken dönem uyumsuz şemalarının incelendiği bir çalışmada da obez yetişkinlerin normal kilolu yetişkinlere göre sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç şema boyutlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006: 249). Her iki sonuç da bir yeme bozukluğu olan obezitede normal kilolu kişilere göre erken dönem uyumsuz şemaların daha yüksek olduğunu ve sosyal izolasyon/yabancılaşma, kusurluluk/utanç ve duygusal yoksunluk şema boyutlarının öne çıktığını göstermektedir.

Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu şema çocukluklarında ya aşırı korumacı ya da tam tersi ilgisiz bir ebeveyn sahip olan kişilerde görülmektedir. Bu şema kişinin kendi başına hareket edebilme ile kendi istekleri ile ailesinin isteklerini birbirinden ayırma ve denge sağlama ile ilgili sorun yaşamasına neden olmaktadır. Ebeveynleri tarafından bireysellikleri desteklenmeyen, özgüvenleri zedelenen bu kişiler kendi kimliklerini oluşturmakta güçlük çekmektedirler.

Bu şema alanına ait aşağıda tanımlanan 4 farklı şema bulunmaktadır.

Bağımlılık/Yetersizlik: Genelde pasif olan bu kişiler tek başlarına bir şey yapamayacaklarına inanır ve her zaman bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyarlar.

Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık: Bu şemaya sahip kişiler her an tıbbi, duygusal ya da kaza, deprem gibi dışsal olaylarla ilgili olumsuz bir şeyle karşılaşacaklarına inanırlar.

İç İçelik/Gelişmemiş Benlik: Bu şemaya sahip kişiler kendilerine yakın kişilerle bireyleşmelerine engel olacak şekilde aşırı yakınlık kurar ve onların ilgisi ve desteği olmadan yaşayamayacaklarına inanırlar.

Başarısızlık: Kendilerini yeteneksiz, beceriksiz, başarısız olarak değerlendiren bu kişiler hayatın her alanında başarısız olacaklarına inanırlar (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 39-40).

Zedelenmiş özerklik ve performans şema alanında da ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanında olduğu gibi obezitesi olan kişilerde öne çıkan şema boyutları bulunmaktadır. Zedelenmiş özerklik ve performans şema alanında yer alan başarısızlık şema boyutunun obezitesi olan kişilerde normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006: 249). Obez ile normal kilolu kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının incelendiği bir çalışmada da başarısızlıkla birlikte bağımlılık/yetersizlik şema boyutunun da obezitesi olan kişilerde normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349).

Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu şemaya sahip kişiler çoğunlukla çocukluklarında her dedikleri yapılan ve fazla hoşgörülü olan ailelerde yetişmişlerdir. Bencil, şımarık, sorumsuz kişilik özellikleri gösteren bu kişiler kendi menfaatlerini ön planda tutmakta, başkalarının haklarına, isteklerine saygı göstermekte sorun yaşamaktadırlar.

Bu alana ait aşağıda tanımlanan iki farklı şema bulunmaktadır.

Hak Görme/ Büyüklenmecilik: Bu şemaya sahip kişiler kendilerini diğer insanlardan üstün görürler ve bu nedenle de özel hakları ve ayrıcalıkları olduğuna inanırlar. Tüm bunlar bu kişilerin çevrelerine zarar verecek ve onların haklarını çiğneyecek şekilde

kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmelerine, kural ve sınırlarının olmamasına neden olmaktadır.

Yetersiz Öz-Denetim/ Öz-Disiplin: Bu şemaya sahip kişiler isteklerini elde etmede gerekli olan kontrolü sağlayamaz, buna yönelik bir engelle karşılaştıklarında ise toleranslı davranamazlar (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 40-41). Erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarıyla olan ilişkisinden yola çıkan bir çalışmada yetersiz öz denetim şema boyutunun antisosyal kişilik bozukluğu olan grupta sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çakır, 2007: 42).

Alan 4: Diğerleri Yönelimlilik

Bu şema alanına sahip kişiler, kendi istek ve arzularından çok başkalarını memnun etme ihtiyacı duyarlar. Çocuklarının temel ihtiyaçlarından çok kendi ihtiyaçlarına ya da çevredekilerin düşüncelerine aşırı önem veren ailelerde yetişen bu kişiler kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarına önem verirler (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 41).

Bu şema alanı aşağıda tanımlanan üç farklı şemadan oluşmaktadır.

Boyun Eğicilik: Bu şemaya sahip kişiler karşısındaki kişilerin tepkilerinden çekindikleri ve bu nedenle terk edilmek ve reddedilmekten korktukları için hayatlarının kontrolünü bir başkasına bırakırlar. Kişiler ihtiyaçları ya da duyguları konusunda kendi isteklerini göz ardı etmeksizin bir başkasının kontrolüne girerler. Bu şema genellikle pasif-agresif davranışlar, kontrolsüz öfke patlamaları, psikosomatik belirtiler veya geri çekilen sevgi hissi gibi bir takım belirtilerle birlikte görülür.

Kendini Feda: Bu şemaya sahip kişiler, bağımlı oldukları kişilerle olan kişilerle olan duygusal bağlarını sürdürmek, suçluluk duygusundan kurtarmak, öz saygı kazanmak gibi nedenlerden dolayı kendi memnuniyetleri ve çıkarlarına rağmen isteyerek başkalarının ihtiyaçlarını giderirler.

Onay Arayıcılık: Yaptıkları tüm şeylerde başkaları tarafından onay almak ve kabul görmek ihtiyacı duyan bu şemaya sahip kişiler öz saygılarını da bu geri bildirimlere göre oluştururlar. Bu nedenle bu şemaya sahip kişiler statü, para, ünvana aşırı düşkündür (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 41-42).

Diğerleri yönelimlilik şema alanında yer alan şema boyutlarından yalnızca boyun eğicilik şema boyutunun obezitesi olan kişilerde normal kilolu kişilere göre farklılaştığı, obezitesi olan grupta boyun eğicilik şema boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349).

Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama

Bu şema alanına sahip kişiler yaşanacak olaylara karşı karamsar, olumsuz bir beklentiye sahiptir. Sürekli kötü bir şey olacağına dair korku ve beklentiye sahip olan bu kişiler bu nedenle kendilerini sürekli baskı ve kontrol altında tutarlar.

Bu şema alanına sahip dört şema bulunmaktadır. Bu şemalar:

Olumsuzluk/Karamsarlık: Bu şemaya sahip kişiler yaşamlarındaki tüm olayların olumsuzlukla sonuçlanacağına inanır, bu nedenle de aşırı kaygılı ve depresif bir duygu durumuna sahip olurlar.

Duygusal Baskılama: Bu şemaya sahip kişiler dürtülerinin kontrolünü kaybetmek ve eleştirilmekten korunmak amacıyla şevkat, haz, cinsellik, öfke gibi duygularını baskılama eğilimindedirler. Başkaları tarafından genellikle donuk, çekingen ve soğuk olarak tanımlanırlar.

Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik: Bu şema kişilerin onaylanmamak ve utanç duygusundan korunmak için kendilerine koydukları yüksek hedefleri içermektedir. Kişiler kendilerine koydukları bu hedefler konusunda aşırı mükemmeliyetçi ve katı bir tutuma sahiptir.

Cezalandırıcılık: Aşırı katı ve hoşgörüsüz olan bu şemaya sahip kişiler hata yapan kişi kendisi de olsa bir başkası da sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanırlar.

Şemalar koşullu ve koşulsuz şemalar olmak üzere iki farklı alanda da ayrılmaktadır. Koşullu şemalar sonradan gelişen şemalardır ve boyun eğicilik, kendini feda, onay arayıcılık, duygusal baskılama, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik koşullu şemalar olarak gruplandırılmaktadır. Koşulsuz şemalar ise önceden gelişen ve çoğu temelden gelen şemalardır ve terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, iç içelik/gelişmemiş benlik, başarısızlık, olumsuzluk/karamsarlık,

cezalandırıcılık, hak görme/ büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim/öz disiplin koşulsuz şemalar olarak gruplandırılmaktadır (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 42-44).

Aşırı tetikte olma ve baskılama şema alanında yer alan şema boyutlarının şema kuramının da belirttiği şekilde kişilik bozukluğu olan kişilerde sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu şema boyutlarından karamsarlık, duyguları baskılama, cezalandırıcılık şema boyutlarının antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler arasında sağlıklı kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çakır, 2007: 42). Farklı bir çalışmada da tüm şema boyutlarının eksen II tanısı alan kişilerle sağlıklı kişiler arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda boyun eğme ve hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şema boyutları dışındaki tüm şema boyutlarında eksen II tanısı olan kişilerin bu tanıya sahip olmayan kişilere göre daha yüksek uyumsuz şema boyutlarına sahip olduğu belirlenmiştir (Lee, Taylor ve Dunn 1999: 444-447). Tüm bu sonuçlar erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sıkıntılar ile ilişki olduğunu ve erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sıkıntıya sahip kişilerde sağlıklı kişilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

1.2.1.4 Uyumsuz baş etme biçimleri ve tepkiler

Erken dönem uyumsuz şemalar, çocukluk döneminde kişi için işlevsel bir rol üstlenirken, ilerleyen yaşlarda çevre koşulları değişmesine rağmen kişinin aynı şemayı devam ettirmesi sorun yaşamasına ve şemaların hayatı için uyumsuz olmasına neden olmaktadır. Kişiler bu sorunla baş etmek amacıyla aşırı telafi, kaçınma ve teslim olma olmak üzere üç farklı baş etme yolundan birini tercih ederler (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 59-60).

Şemaya Teslim Olma: Bu baş etme biçimini kullanan kişiler şemanın doğru olduğunu kabul eder, bu nedenle de şemayı sürdüreceği şekilde hareket ederler. Be nedenle de şemanın kişide yaşattığı olumsuz duyguyu doğrudan hissederler (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 61).

Şemayı Aşırı Telafi (Ödünleme): Sağlıklı bir baş etme yolu olarak tanımlanan aşırı telafi davranışında kişiler sahip oldukları şemaların tam tersi yönünde hareket ederler.

Kendine güvenen bir insan olarak görünen bu kişiler örneğin çocukluklarında küçük görülmüş, aşağılanmışlarsa ilerleyen yaşlarında mükemmel olmaya çalışırlar (Young, Klosko & Weishaar, 2003: 65-66).

Şemayı aşırı telafi erken dönem uyumsuz şemalara sahip kişiler tarafından bu şemaların olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla başvurulan bir baş etme yoludur. Karaosmanoğlu, Soygüt ve Kabul (2011) tarafından Young Telafi Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada aşırı telafi davranışı ile erken dönem uyumsuz şema boyutları arasındaki yapı geçerliliği analizleri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duygusal yoksunluk, iç içelik/gelişmemiş benlik, yetersiz öz denetim/öz disiplin, terk edilme, cezalandırılma, tehditler ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar, onay arayıcılık ve kusurluluk arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şemadan Kaçınma: Bu baş etme biçimini kullanan kişiler şemaların yarattığı olumsuz duygulanımla yüzleşmekten kaçınır, şema yokmuş gibi davranırlar. Şemaların yarattığı olumsuz duygu ve düşüncelerle yüzleşmekten kaçınmak ise bu kişilerin aşırı alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, rastgele cinsel ilişkide bulunma, aşırı yemek yeme, aşırı temizlik yapma ya da iş kolik olma gibi davranışlarına yansıyabilmektedir (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 62). Şemadan kaçınma davranışlarından biri olarak gözlenen aşırı yemek yeme davranışı, yeme bozukluğu olan ve yeme bozukluğu olmayan iki grubun kaçınma davranışlarının karşılaştırılmasıyla incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda kaçınma baş etme yolunun yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu, yeme bozukluğu olan kişilerin yeme bozukluğu olmayanlara göre daha fazla kaçınma baş etme yoluna başvurdukları belirlenmiştir (Luck, Waller, Meyer, Ussher, & Lacey, 2005: 717-729).

İKİNCİ BÖLÜM

OBEZİTEDE ŞEMA MODELİ VE PSİKOLOJİK SIKINTILARLA OLAN İLİŞKİSİ

2.1 OBEZİTEDE ŞEMA MODELİ

Şema modeli ve erken dönem uyumsuz şemaların psikopatolojilerle olan ilişkisi literatürde birçok çalışmaya konu olmuştur. Kronik ve kişilikle ilgili problemler yaşayan hastaları tedavi etmek amacıyla geliştirilen şema terapi temelinde bu hastaların uyumsuz erken dönem şemalara sahip oldukları düşüncesinden hareket etmektedir. Yapılan birçok çalışmada bu bulguyu desteklemektedir. Bu çalışmalardan biri olan ve ergenlerle yürütülen bir araştırmada da bu bilgiyi destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş, danışmanlık alan ergenlerle herhangi bir yardım almayan ergenler karşılaştırıldığında danışmanlık alan ergenlerin uyumsuz şemalarının şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010: 325-326). Şema modeli ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkinin incelendiği benzer çalışmalarda da erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sıkıntılara sahip kişilerde herhangi bir psikolojik sıkıntıya sahip olmayan kişilere göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Kaygı bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı gibi patolojik bozukluklar yüksek düzeyde erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkili bulunmuştur (Muris, 2006: 408-410).

Young, Klosko ve Weishaar'ın (2003) şema kuramı ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalardan biri de Lee, Taylor ve Dunn (1999: 444-447) tarafından yapılmıştır. Şema ölçeğinin klinik örneklemedeki faktör yapısının ele alındığı bu çalışma şema kuramının psikolojik sıkıntılarla olan uygunluğunu belirtmektedir. Eksen I ve eksen II bozukluklarının ele alındığı çalışmada boyun eğme ve hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık dışındaki tüm şemaların eksen II tanısına sahip kişilerde eksen II tanısına sahip olmayan kişilere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu

sonucuna ulaşılmıştır. Güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç Şemalarının ise kişilik bozukluğuna sahip kişilerde eksen I bozukluğuna sahip kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yani psikolojik sıkıntıya sahip olmanın erken dönem uyumsuz Şemalarla ilişkili olduğu, Şemaların çoğunluğunun bir psikolojik sıkıntıya sahip bireylerde sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Obezite yeme bozukluklarıyla ilişkili psikolojik sıkıntılardan biridir. Diğer psikolojik sıkıntılar gibi obezite ve bozuk yeme tutumuda erken dönem uyumsuz Şemalarla ilişkilidir. Yeme bozukluklarıyla erken dönem uyumsuz Şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yeme bozukluklarının erken dönem uyumsuz Şemalarla anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmış, yeme bozukluğuna sahip kişilerin erken dönem uyumsuz Şemalarının seviyesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray, & Meyer, 2009: 293-296). Bozulmuş yeme tutumu gibi obezitenin de erken dönem uyumsuz Şemalarla olan ilişkisi incelenmiştir. Obezite için tedavi arayan ergenlerle normal kilodaki ergenlerde Şemalar ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada obez ergenlerin normal kilodaki ergenlere göre daha yüksek düzeyde uyumsuz Şemalara sahip olduğu belirlenmiştir. Obez gençlerde duygusal yoksunluk, soysal izolasyon/yabancılaşma, kusurluluk/utanç, başarsızlık, bağımlılık/yetersizlik ve boyun eğicilik Şemaları normal kilolu gençlere göre daha yüksek bulunmuştur (Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349). Obezite ile Şemalar arasındaki ilişki obezitesi olan yetişkinler üzerinden de incelenmiş ve ergenlerle yürütülen çalışmadaki gibi obez olmanın erken dönem uyumsuz Şemalarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Obezite için tedaviye başvuran hastalarla normal kilolu bireyler arasında uyumsuz Şemalar açısından bir farklılık olup olmadığının araştırıldığı bu çalışmada da tedavi arayan obez yetişkinlerin uyumsuz Şemalarının Şiddetinin normal kilolu yetişkinlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Obez yetişkinler ile normal kilolu yetişkinler arasında farklılaşan Şemalar incelendiğinde ise obez yetişkinlerin sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç ve başarsızlık Şemalarının normal kilolu yetişkinlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006: 249).

Erken dönem uyumsuz Şemaların yeme bozukluklarının tedavisinde ve uzun süreli iyileşme sürecinde de önemli bir rol oynadığı ve bu sürece uyumsuz Şemaların müdahale

edebileceği görülmektedir. Hurley (2010: 163) anoreksia nervoza, bulimia nervoza ve kompulsif aşırı yeme sonucu oluşan obezite hastalarıyla çalışmıştır. Çalışmada bu üç grubun tedavisinde uzun süreli iyileşme sürecine etki edebileceği düşünülen erken dönem uyumsuz şemaların rolü incelenmiştir. Vaka çalışmaları incelemelerinin yapıldığı bu çalışmada kişilerden yeme bozuklukları ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri istenmiş ve bu duygu ve düşünceler düzenli olarak takip edilerek kaydedilmiştir. Toplam 10 vakanın incelendiği bu çalışmada 4 vaka obezite tanısı alan hastalar olarak belirlenmiştir. Obezite tanısı alan 4 katılımcının özellikle kusurluluk/utanç, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, başarısızlık ve onay arayıcılık şemalarıyla ilgili duygu ve düşüncelerinin öne çıktığı görülmüştür. Çalışmanın sonucunda ise kompulsif aşırı yemenin bir sonucu olarak oluşan obezitenin tedavisinde kilo kaybını sağlamak için özellikle bu uyumsuz beş şemanın ele alınmasının tedaviden sağlanacak fayda açısından önemli olduğu üzerinde durulmuştur. Bulimia nervoza tanısı alan vakaların uyumsuz şemaları değerlendiriliğinde terk edilme/istikrarsızlık, kusurluluk/utanç, duygusal yoksunluk, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal baskılama/ketleme ve yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik olmak üzere 6 uyumsuz şemanın öne çıktığı görülmektedir. Anoreksia nervoza tanısı alan kişilerde ise kusurluluk/utanç, duygusal yoksunluk, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve onay arayıcılık şemalarının tüm katılımcılar tarafından ortak ifade edilerek öne çıktığı görülmektedir.

Young, Klosko ve Weishaar'ın (2003) tüm psikolojik sıkıntıların altında yatan erken dönem uyumsuz şemaları ifade eden şema kuramının yanında Fairchild ve Cooper (2010: 242-244) erken dönem uyumsuz şemaları yeme bozukluklarına ait özellikleriyle ele almış ve yeme bozukluklarına özgü şemaları belirlemek amacıyla çok boyutlu bir ölçek geliştirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda yeme bozukluklarına özgü 5 alt boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar kendinden nefret etme, benlik için yüksek standartlar koyma, yardım ve destek ihtiyacı ve talebi, terkedilmiş/yoksun ve çekingen olmaktır. Çalışmada beden kitle indeksi yeme bozukluklarına ilişkin şema inançlarını yordayıcı değişkenlerden biri olarak belirlenirken, kendinden nefret etme alt boyutunun yeme bozuklukları tanısıyla anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.2 BAŞ ETME YOLLARI

Young, Klosko ve Weishaar'ın (2009: 62) şema modeline göre insanlar şemalarıyla baş etmede uyumsuz bir takım stratejiler geliştirmektedir. İnsanlar uyumsuz, kendilerini rahatsız edici şemalarla şemadan kaçınma baş etme stratejisini kullanarak baş etmektedirler ve bu baş etmede insanlar bilinçli bir şekilde yapmadıkları rastgele cinsel ilişkide bulunma, uyuşturucu tüketimi, aşırı yemek yeme gibi bir takım davranış örüntüleri sergilerler. İnsanların şemalarının yarattığı rahatsız edici duyguları ve düşünceleri iyileştirme çabasının bir sonucu olan aşırı yemek tüketimi bazı kişilerin aşırı kilo alarak normal kilolarının üzerine çıkmalarına neden olmaktadır. Obezitesi olan bireylerle yürütülen ve aşırı yeme davranışı ile aşırı yeme davranışı olmayan obezlerin karşılaştırıldığı çalışmalarda aşırı yeme davranışına sahip obez hastaların, aşırı yeme davranışı olmayan obez hastalara göre daha fazla psikolojik sıkıntılara sahip olması da aşırı yemenin ve bunun bir sonucu olan obezitenin, bir baş etme biçimi olarak olumsuz sonuçlarını yansıtmaktadır (Akt., Blaine, 2009: 179). Zayıf baş etme becerilerinin sağlıksız yeme ve obeziteyle ilişkisi olduğu hipotezinden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada kaçınma baş etme yolunun sağlıksız yeme ile doğrudan, anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich, & Bryant, 2009: 102). Ergenlerin kilolarıyla baş etme yollarını belirlemek amacıyla incelenen bir çalışmada da problem odaklı baş etme yolundan çok duygusal odaklı baş etme yolunu kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Karczewski, Sherman, & Rich, 2010: 45-46). Tüm bu çalışmalar obezite ve aşırı kilolu olmanın sağlıksız baş etme yollarına sahip olma ile ilişkili olduğuna kanıt oluşturmakta, bozulmuş yeme tutumuna sahip kişilerin sağlıklı bireylere göre daha zayıf baş etme becerilerinin ve daha fazla psikolojik sıkıntılarının olduğunu göstermektedir.

Solomon (2001: 563-572) tarafından Greeno ve Wing (1994)'in oluşturduğu stresli bir durumda bir baş etme biçimi olarak yeme davranışının sergilendiğini savunan kavramsal modeli test etmek amacıyla bir inceleme yapılmıştır. Çalışmada 19 ile 50 yaşlarında 79 kadın katılımcı yer almaktadır. Bu katılımcıların %49'u normal kilolu, %44'ü aşırı kilolu, %7'si ise obez ve aşırı obezdir. Çalışmanın sonucunda stres ve baş etme biçiminin negatif duygu durumunu yordayan değişkenler olduğu bulgusu elde edilmiştir. Aşırı yeme ve aşırı kiloyu kontrol etme stratejilerine başvuran bireylerde ise yemek

yemenin olumsuz duygu durumu yaratabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında sağlıklı bir baş etme yolu olarak tanımlanan problem odaklı baş etme biçiminin ise olumsuz duygularla negatif bir ilişkiye sahip olduğu, başka bir ifadeyle problem odaklı baş etme biçimini kullanım düzeyi arttıkça olumsuz duyguların azaldığı görülmüştür. Bu sonuçlar negatif duygu durumu yükseldikçe stres ve uyumsuz baş etme yollarına başvurma düzeyinin de arttığını, negatif duygu durumu azaldıkça ise sağlıklı bir baş etme yolu olan problem odaklı baş etme yoluna başvurma düzeyinin arttığını göstermektedir.

Obezite tanısı almanın stresle baş etme yolları, problem çözme yeteneği, beden algısı ve sosyodemografik değişkenler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla Türkiye’de yaşları 20 ile 68 arasında değişen yetişkinlerle bir çalışma yapılmıştır. Obezitesi olan hastaların yeme tutumları, sahip oldukları bedene yönelik algıları ve stresle baş etme yolları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, obez hastaların bozulmuş yeme tutumları arttıkça bozulmuş beden algısı düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı şekilde bozulmuş yeme tutumu ile problem çözmedeki yetersizlikleri arasında da pozitif bir ilişki belirlenmiş, problem çözmeye yönelik yetersizlikleri arttıkça bozulmuş yeme tutumları düzeyinin de arttığı sonucu elde edilmiştir. (Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010: 900-904). Sağlıklı bir baş etme yolu olan problem odaklı baş etme yolu ile bozulmuş yeme tutumu arasındaki bu ilişki de diğer çalışmalarla tutarlı olarak bireylerin olumlu baş etme yollarını kullandıkça ve daha olumlu duygu durumuna sahip oldukça bozulmuş yeme tutumlarının azaldığını, sağlıksız baş etme yollarını kullanan ve daha negatif duygu durumuna sahip bireylerin ise yüksek düzeyde bozulmuş yeme tutumuna sahip olduklarını göstermektedir.

Yeme bozukluklarında şema temelli bilişsel davranışçı terapinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada şemadan kaçınma baş etme biçiminin yeme bozukluğu olan ve olmayan grup üzerindeki etkileri incelenmiştir. Şemadan kaçınma baş etme biçimi duyguların aktivasyonundan kaçınmayı içeren birincil kaçınma ve bir kez tetiklenen duygusal deneyimi azaltma stratejisinden oluşan ikincil kaçınma olarak ayrılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde birincil ve ikincil kaçınmanın anoreksiya nervozanın yordayıcısı olduğu; ancak anoreksiya nervozanın aşırı yeme/kusma alt tipinde en yüksek seviyede gözlemlendiği saptanmıştır. ikincil kaçınma baş etme biçimi ise bulimia nervoza ile ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak sorunlarla baş etmede kaçınma davranışına

başvurmanın yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu, yeme bozukluğuna sahip bireylerin yüksek düzeyde kaçınma baş etme yollarına başvurdukları görülmektedir (Luck ve ark., 2005: 717-729).

Obezite ile baş etme yollarındaki ilişkinin yanında, literatürde bu bulguyu desteklemeyen çalışmalarda yer almaktadır. Obez bireylerin obez olmalarının farkına varmaları ve sahip oldukları kilolarının neden olduğu utanç ve suçluluk duyguları ile ilgili tipik baş etme yollarını araştıran bir çalışmada, beden kitle indeksi ile baş etme yolları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak bu çalışmada kilo ile ilgili utanç duygusunun problem odaklı baş etme yolunun negatif yordayıcısı olduğu, kilo ile ilgili suçluluk duygusunun ise problem odaklı baş etme yolunun pozitif yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özetle bireylerin sahip oldukları kiloların kullandıkları baş etme yolları ile herhangi bir ilişkisine rastlanmazken, hissettikleri utanç ve suçluluk duyguları ile baş etme yolları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Conradt, Dierk, & Schlumberger, 2008: 1129-1142).

Problemlerle baş etme biçimleri ile kişinin sahip olduğu kilo arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşan çalışmaların yanında, kaçınma baş etme biçiminde aşırı yemek yeme ve obeziteyle herhangi bir ilişkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalarda mevcuttur. 18 ile 45 yaşları arasında aşırı yeme davranışı olan kadın ve erkeklerin incelendiği bir çalışmada duygusal yeme ile baş etme stratejileri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Duygu odaklı baş etme, problem odaklı baş etme ve kaçınma baş etme stratejilerinin aşırı yeme bozukluğunun şiddeti ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde, duygu odaklı baş etme stratejisi aşırı yeme davranışı ile anlamlı bir ilişkiye sahip bulunmuş, duygu odaklı baş etme düzeyi arttıkça kişilerin aşırı yeme davranışının da arttığı, duygu odaklı baş etme azaldıkça ise aşırı yeme davranışının da azaldığı görülmüştür. Bunun yanında duygu odaklı baş etme stratejisi negatif duygulara bir tepki olarak yeme ile ilişkili bulunmuştur. Kaçınma ve problem odaklı baş etme stratejisinin ise aşırı yeme davranışı ile herhangi bir ilişkisine rastlanmamıştır (Maskell, 2007: 45).

2.3 OBEZİTE VE KAYGI

Kaygı, gerginlik, sinir gibi kişiye rahatsızlık veren duygusal bir durumdur. Kaygıda duygusal belirtilerin yanında titreme, mide bulantısı gibi birtakım fizyolojik belirtiler de gözlenmektedir (Beck & Emery, 2006: 5).

Kaygı, obezitenin psikolojik sıkıntılarla olan ilişkisinin incelendiği çalışmalarda üzerinde önemle durulan psikolojik sıkıntılardan biridir. Obez bireylerde psikiyatrik tanının incelendiği bir çalışmada, obez bireylerin %28'inde bir kaygı bozukluğunun varlığına rastlanmıştır. Obez bireyler arasında en sık görülen kaygı bozukluğunun ise özgül fobi olduğu saptanmıştır (Deveci, Demet, Özmen, Özmen, & Hekimsoy, 2005: 87). Obezitenin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada da, obezitenin kaygı bozukluklarından olan panik bozukluk, sosyal fobi ve panik bozukluğu olmadan görülen agorofobi ile pozitif ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Yani kişilerin sahip oldukları kilo ve obezite düzeyini arttırdıkça panik bozukluk, sosyal fobi ve panik bozukluğu olmadan görülen agorofobi belirti düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Bunun yanında obezite daha sonraki yıllardaki panik bozukluk, sosyal fobi ve kaygı bozukluğu ile de pozitif yönde ilişkili bulunmuş, obez olmanın gelecekte obez bireyde görülecek olan panik bozukluk, sosyal fobi ve kaygı bozukluğu tanısı alma riskini artırdığı gözlenmiştir (Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009: 281-283). Yalnızca kadınların yer aldığı örneklemede obezite ile genellenmiş kaygı bozukluğu arasındaki ilişkinin ileriye dönük çalışma yürütülerek incelendiği bir çalışmada da genellenmiş kaygı bozukluğunun obezite ile ilişkili olduğu ve obez kadınlarda gelecekte genellenmiş kaygı bozukluğu tanısı alma riskini 6.27 oranında artırdığı saptanmıştır (Kasen, Cohen, Chen, & Must, 2008: 562-564).

Obezite tanısı alan hastalarda psikiyatrik tanılarının incelendiği farklı bir çalışmada da obezitenin kaygı ve depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyi obezite tanısı alan ve almayan yetişkinlerden oluşan iki grup karşılaştırılarak incelenmiştir. Çalışmada obezite grubunun %32.7'sinde psikiyatrik bir tanıya rastlanmıştır. Obezite grubunun aldığı psikiyatrik tanılar incelendiğinde ise %30.8'inde kaygı bozukluğu belirlenmiştir. Bunun yanında obezite grubunun kaygı düzeyleri normal kiloya sahip kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Değirmenci, 2006: 32-40).

Aşırı derecede yemek yeme ve bu davranışı kontrol edememe gibi yeme tutumu ile ilgili problemlerin de bazı psikopatolojik bozukluklarla ilişkisi bulunmaktadır. Bu bilgidan yola çıkılarak incelenen bir çalışmada, 8-18 yaşlarında tedavi arayan ve tedavi aramayan olarak ayrılan iki grupta aşırı yemeyi kontrol edememe davranışlarında kaygı, depresyon ve duygusal yeme düzeylerinin rolü araştırılmıştır. Tedavi arayan grupta tedavi aramayan gruba göre iki kat daha fazla aşırı yemeyi kontrol edememe davranışının gözleendiği belirlenmiştir. Kaygının duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile ilişkisi incelendiğinde ise kaygının duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre kişilerin kaygı düzeyleri arttıkça duygusal yeme düzeylerinin ve aşırı yemek yemeyi kontrol edememe davranışlarının da arttığı sonucu elde edilmiştir. Çalışmanın sonunda ise aşırı yemeyi kontrol edememenin kaygı gibi negatif duygularla yetersiz düzeyde baş etmenin bir sonucu olarak gelişebileceği sonucu elde edilmiştir (Goossens, Braet, Vlierberghe, & Mels, 2009: 72-74). Bozuk yeme tutumunun psikolojik süreçlerle olan ilişkisinin ele alındığı farklı bir çalışmada üniversite öğrencileriyle yapılmıştır. Bozuk yeme tutumuna sahip kişilerle, sağlıklı yeme tutumuna sahip kişilerin karşılaştırıldığı çalışmada bozuk yeme tutumuna sahip kişilerin sağlıklı yeme tutumu olan kişilere göre bir kişilik özelliği olarak daha kaygılı oldukları ve daha yüksek düzeyde sosyal- fiziksel kaygı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Baş, Aşçı, Karabudak, & Kızıltan, 2004: 595-597).

Psikolojik sıkıntılarla bir baş etme yolu olarak aşırı yemenin sonucu oluşan obezite, kaygı, depresyon gibi psikolojik belirti düzeylerini azaltmaktadır. Obezite ile kaygı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Bu çalışmalardan birinde de aşırı kilolu ve obez bireyler arasında sosyal kaygı, yeme bozukluğu ve egzersiz arasındaki ilişki ele alınmıştır. 18-77 yaşları arasında olan aşırı kilolu ve obez 231 yetişkinin incelendiği çalışmada sosyal kaygı duygusal yeme ve aşırı yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahip bulunmuş aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde sosyal kaygı düzeyi arttıkça duygusal ve aşırı yeme düzeyinin de arttığı görülmüştür. Aşırı kilolu ve obez yetişkinlerden aşırı yeme bozukluğu olanların diğerlerine göre sosyal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanında çalışmada aşırı kilolu ve obez hastaların %28'inde kaygı bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde duygusal ve aşırı yeme düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre daha

fazla sosyal kaygı yaşadıkları ve kaygı bozuklukları tanısı aldıkları belirlenmiştir (Wright, 2010: 1-122).

Obezite ile kaygı arasındaki pozitif ilişkiyi destekleyen çalışmaların yanı sıra, kaygı ile obezite arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalarda yer almaktadır (Bjerkeset, Romundstad, Evans, & Gunnell, 2007: 193-202; Gadalla, 2009: 29-36). Bjerkeset ve arkadaşları (2007: 193-202) 74.332 kadın ve erkeklerden oluşan örnekleme beden kitle indeksi ve boy ile kaygı, depresyon ve intihar düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda kaygı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmamıştır. 20 ile 64 yaş arasındaki yetişkinlerde obezite ile zihinsel bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada da obezite ile kaygı bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Gadalla, 2009: 29-36).

2.4 OBEZİTE VE DEPRESYON

Obezite çeşitli psikopatolojik bozukluklarla birlikte görülebilen bir hastalıktır. Literatürde obezite ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar, obez olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir. Obez bireyler ile normal kilolu bireylerin depresif belirti düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığını ve obezite ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada yetişkinler arasında depresyon yaygınlığının %5.3 olduğu, depresyonun yaygınlığının obez yetişkinlerde normal kilolu yetişkinlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beden ağırlığı artan insanlarda da depresyon görülme riskinin arttığı, yaş, cinsiyet, evli olup olmama, gelir yetersizliği, eğitim seviyesi, ırk, sigara ve alkol kullanımı fiziksel aktivite ve kronik koşulların obez yetişkinlerde depresyon görülme riskini yaklaşık %30 artırdığı belirlenmiştir. Bunun yanında depresyon ile obezite arasındaki ilişki 18-39 yaş grubu kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Chen, Jiang, & Mao, 2009: 1687-1689). Obez ve aşırı kilolu yetişkinlerin incelendiği bir çalışmada ise obez ve aşırı kilolu yetişkinlerde depresyonun yaygınlığının yüksek olduğu ve bu çalışmada katılımcıların %37'sinin depresyon tanısının olduğu tespit edilmiştir (Wright, 2010. 1-122).

Genç yetişkinlerde depresyon ile obezite arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla Herva ve arkadaşları (2006: 520-525) tarafından boylamsal bir çalışma yürütülmüştür. İleriye dönük sonuçların incelendiği bu çalışmada, katılımcılar ilk olarak 14 yaşında değerlendirilmiş, 31 yaşına geldiklerinde ise tekrar aynı ölçümler uygulanıp, katılımcılar değerlendirilmiştir. Katılımcılardan elde edilen sonuçlara göre ise ergenlikte obez olmanın genç yetişkinlikteki depresyonla ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Aşırı yemek yeme ve obezitenin psikopatolojik bozukluklarla olan ilişkisi yemek yemenin psikolojik sıkıntıyı da içine alan duygusal boyutunu ele almaktadır. Goossens ve arkadaşları (2009: 68-75) aşırı yeme ve bu davranışı kontrol edememe durumunun kaygı, depresyon ve duygusal yeme düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada depresyonun duygusal yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu, yani depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme düzeyinin de arttığı; ancak depresyon düzeyinin aşırı yemeyi kontrol edememe ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir.

Literatürde, obezite tanısı alan ve aşırı kilolu bireylerde depresyonun yaygınlığının normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğunu belirleyen çalışmaların (Needham, Epel, Adler, & Kiefe, 2010: 1040-1044; Roberts, Deleger, Strawbridge, & Kaplan, 2003: 373-383; Zhao, Ford, Dhingra, Li, Strine, & Mokdad, 2009: 257-266) yanında, depresyon ile obezite arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalarda yer almaktadır (Murphy, ve ark., 2009: 335-341; Özmen, ve ark., 2007: 1-7). Obez ve obez olmayan bireylerde depresyon açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla incelenen bir çalışmada, obezite umutsuzluk semptomları ile ilişkili bulunurken, depresyon ile ilişkili bulunmamıştır. Bunun yanında major depresyon belirtileri gösteren bireyler arasında obez bireylerin obez olmayan bireylere göre beş kat daha fazla kilo kazanımına neden olan aşırı yeme davranışı sergiledikleri ve depresif semptomlarının daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (Murphy, ve ark., 2009: 335-341). Farklı bir çalışmada da beden kitle indeksi, aşırı kilolu ve obez olma ve algılanan kilo durumunun depresyon üzerindeki etkileri değerlendirilmiş, ne aşırı kilolu olma ve beden kitle indeksinin ne de algılanan kilo durumunun depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir (Özmen, ve ark., 2007: 1-7).

Young, Klosko ve Weishaar'ın (2003: 25) şema kuramına göre olumsuz şemalar psikopatolojik bozuklukların oluşmasında önemli bir etkiye sahiptir. Bunun yanında içinde bulunduğumuz duygu durumunun da şemalar üzerinde bir etkiye sahip olduğu üzerinde duran görüşlerde bulunmaktadır. Stopa ve Waters (2005: 45-55) da yaptıkları çalışmada şemalara verilen tepkilerde duyguların rolünü incelemişlerdir. Farklı müzikler dinletilerek mutlu, nötr ve mutsuz duyguların oluşturulduğu 3 farklı koşulda 50 katılımcıdan Young Şema Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda yalnızca duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç ve hak görme/büyüklenmecilik şemalarının kişilerin duygu durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Katılımcıların duygusal yoksunluk puanları depresif duygu durumunda iken nötr duygu durumundan daha yüksek bulunmuştur. Duygusal yoksunluk gibi kusurluluk puanları da depresif duygu durumundan sonra artmıştır.

Şema kuramında şemaların psikopatolojik bozukluklar üzerindeki etkisine dikkat çekilmektedir. Bu psikopatolojik bozukluklardan biri de depresyondur. Young'ın şema boyutlarının psikopatolojilerle olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada profesyonel yardım alan ergenlerin psikopatolojik semptomlarının danışmanlık almayan ergenlere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında tüm şemalar depresyon semptomları ile anlamlı bir ilişki göstermektedir (Vlierberghe ve ark., 2010: 318-332). Benzer bir çalışmada da belirtilen bulgularla tutarlılık gösteren sonuçlar elde edilmiş, olumsuz şemalar ile depresyon ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, olumsuz şemaların düzeyi arttıkça depresyon ve depresif belirti düzeyinin de arttığı görülmüştür (Muris, 2006: 409).

Yeme bozuklukları ve depresyon ile uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalardan birinde de yüksek düzeyde yeme bozukluğu semptomu ve yüksek düzeyde depresyon semptomu gösteren kişilerin negatif benlik inançları arasındaki farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır. Yeme bozukluğu olan, depresyon belirtileri olan ve sağlıklı olan toplam 193 kişiden oluşan üç farklı grup oluşturulmuştur. Negatif benlik inançları izolasyon, uzaklaştırma, hoşnut olmama, sıcaklıktan yoksunluk, çocuksuluk ve yüksek organizasyon olmak üzere 6 boyut olarak belirlenmiştir. Yeme bozuklukları izolasyon, uzaklaştırma ve çocuksuluk benlik inançları ile ilişkili bulunurken, depresyon

izolasyon, uzaklaştırma, hoşnut olamama, sıcaklıktan yoksunluk ve çocuksuluk benlik inançları ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar hem yeme bozukluğuna sahip olan bireylerde hem de depresyon belirtileri gösteren kişilerde benlik inançlarının olumsuz olduğunu göstermektedir (Cooper & Cowen, 2009: 149-159).

Obezite tanısı alan bireylerde şemalar ile depresyonun ilişkisinin doğrudan incelendiği çalışmaların yanında, depresyon yerine daha genel bir ifade ile duygudurum bozukluklarının ele alındığı çalışmalar da bulunmaktadır. Obezite tanısı alan ve obezite tanısı almayan yetişkinlerin duygudurum bozuklukları ve uyumsuz şemalarının şiddetinin karşılaştırıldığı bir çalışmada obezite tanısı alan yetişkinlerde duygudurum bozuklukları ve uyumsuz şemalar arasında anlamlı pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Bu çalışmada yüksek düzeyde uyumsuz şemaya sahip obezite tanısı alan kişilerin duygudurum bozuklukları düzeylerinin uyumsuz şema düzeyi düşük olan kişilere göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Andersona, Rieger, & Caterson, 2006: 247-250).

2.5 OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı yeme bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalarda son yıllarda üzerinde önemle durulan konulardan biridir. Markus (1977) yeme bozukluklarında benlik saygısının rolünü açıklamak amacıyla “Markus’un Benlik Şeması Modeli” olarak adlandırdığı teorik bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu model yeme bozukluklarında var olan benlik saygısının şema modeline nasıl entegre edilebileceğini göstermektedir. Bu teori benlikte sınırlı sayıda yer alan olumlu benlik şemaları ile kronik ve katı beden ve kilo ile ilgili benlik şemalarının birleşerek yeme bozukluklarına neden olduğunu vurgulamaktadır (Akt., Stein, 1996: 96-109). Bu kuramla paralel olarak altı ve on sekizinci aylarda benlik saygısı ölçümlerinin alınarak aşırı yeme davranışının izlendiği bir çalışmada, benlik saygısının her iki dönemde de aşırı yeme ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Goodrick, Pendreton, Kimball, Paston, Reeves, & Foreyt, 1999: 296-299). Decaluwe, Braet ve Fairburn (2002: 78-84) tarafından incelenen farklı bir çalışmada da 126 obezitesi olan çocuk ve ergen aşırı yeme davranışı olan obezite grubu ve aşırı yeme davranışı olmayan obezite grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. İki grubun benlik saygıları düzeyleri açısından karşılaştırıldığı bu çalışmada aşırı yeme davranışına

sahip obez bireylerin benlik saygısı düzeylerinin aşırı yeme davranışı olmayan obez bireylere göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı, aşırı yeme davranışına sahip obezlerin benlik saygısı düzeylerinin aşırı yeme davranışı olmayan obezlere göre daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir.

Yeme bozukluğuna sahip olup olmamanın yeme tutumları testinin kesme noktasına göre düşük ve yüksek düzeyde yeme bozukluğu semptom grubu olarak belirlendiği bir çalışmada bu iki grubun depresyon, kaygı ve benlik saygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda yüksek semptom grubunun düşük semptom grubuna göre daha yüksek seviyede kaygılı ve depresif, daha düşük seviyede ise benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir (Fairchild & Cooper, 2010: 240-244). Bu çalışmaya benzer bir çalışmada da aktif olarak yeme bozukluğu tanısı konan bir grup, yeme bozukluğu kısmen tedavi edilmiş bir grup, yeme bozukluğu tamamıyla tedavi edilmiş bir grup ve kontrol grubu olmak üzere 4 farklı grubun benlik saygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde yeme bozukluğu tamamıyla tedavi edilmiş grubun benlik saygısı düzeylerinin kısmen tedavi edilmiş ve aktif olarak yeme bozukluğu tanısı olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu ile yeme bozukluğu tamamıyla tedavi edilmiş grup arasında ise benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Bardone-Cone, ve Ark., 2010: 827-839).

Yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürdürülmesinde benlik saygısı ve kontrol odağının rolü üzerinde durulan bir çalışmada Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol (2000: 147-152) üniversite öğrencileriyle çalışmışlardır. Bu çalışmada yeme tutumları ile benlik saygısı arasında pozitif bir ilişki belirlenmiş, yeme tutumuna ait bozukluklar arttıkça kişilerin benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Bunun yanında benlik saygısı düzeyinin yeme bozukluğunun belirti şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlıklı ya da bozuk yeme tutumuna sahip olup olmamanın benlik saygısı ve kaygı gibi psikolojik süreçlerle olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla üniversite öğrencileriyle bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada sahip olunan kilo kontrol değişkeni olarak kullanılarak katılımcıların yeme tutumlarında psikolojik süreçlerin rolü incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda bozuk yeme tutumuna sahip katılımcıların sağlıklı yeme

tutumuna sahip katılımcılardan daha düşük düzeyde benlik saygısına sahip oldukları belirlenmiştir (Baş ve ark., 2004: 595-597).

Obezite tanısı alan bireylerin kendilerine yönelik olumsuz benlik algısına sahip olacağı varsayımından yola çıkan bir çalışmada obezitesi olan ve olmayan bireyler benlik algısı açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda benlik algısının alt ölçeklerinden biri olan 'kendinden nefret etme' alt boyutunun obezite tanısı olan bireylerde obezite tanısı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Araştırmacılar yaptıkları çalışmanın sonucunda elde ettikleri bulgulardan obeziteye sahip bireylerin, özellikle de obezitesi olan kadınların negatif benlik algısına sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Aruguete, Edman, & Yates, 2009: 143-145).

Obezite tanısı alan hastalarda benlik saygısının değerlendirildiği farklı bir çalışmada obezite hastalarının obezitesi olmalarına yönelik damgalamalarıyla baş etme biçimleri değerlendirilmiş ve bu baş etme biçimlerinin beden imajı ve benlik saygısı ile olan ilişkisi ele alınmıştır. Obezite hastalarından 'kaçınma veya durumdan ayrılma' baş etme yolunu kullanan kişilerin negatif beden imajına sahip oldukları ve negatif benlik saygısına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Uyumlu baş etme biçimini kullanan obezite hastalarının ise 'kaçınma ve durumdan ayrılma' baş etme biçimini kullanan obezite hastalarına göre benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Myers & Rosen, 1999: 224-228).

Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğunu destekleyen çalışmaların yanı sıra, herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalar da bulunmaktadır. Obezitesi olan ve olmayan bireylerin depresyon, beden imajı ve benlik saygılarında bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, iki grup arasında benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Obezitesi olan ve olmayan bireyler karşılaştırıldığında ise kesme noktasına göre obezitesi olan grubun %58.6'sının, obezitesi olmayan grubun ise %45.6'sının benlik saygısının düşük olduğu belirlenmiştir (Pınar, 2002: 30-41). Obezite tanısı olan yetişkinlerle yapılan farklı bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş, obezite tanısı almış 52 yetişkin ve normal kiloya sahip obezitesi olmayan 43 yetişkin benlik saygısı düzeyleri açısından değerlendirildiğinde bu iki grubun

benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Beden kitle indeksi ile benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde ise negatif bir ilişki belirlenmiş, sahip olunan beden kitle indeksi arttıkça benlik saygısı düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Değirmenci, 2006: 15-45).

Deveci ve arkadaşları (2005: 84-91) tarafından yürütülen bir çalışmada obezite tedavisi gören hastalar beden kitle indeksine göre 30-34.9 beden kitle indeksine sahip kişiler I. tip obezite (hafif derecede obezite), 35-39.9 beden kitle indeksine sahip kişiler II. tip obezite (orta derecede obezite), 40 ve üzeri beden kitle indeksine sahip kişiler ise III. tip obezite (ileri derecede obezite- morbid obezite) olarak sınıflandırılmış ve I., II. ve III. tip obezite sınıfındaki hastaların benlik saygısı açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bu üç grup kıyaslanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ise konu ile ilgili yapılmış olan çalışma sonuçlarından farklı olarak obezitesi olan hasta gruplarında benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu sonuçlar obezite tanısına sahip bireylerle bu tanıya sahip olmayan bireylerin benlik saygısı düzeyleri arasında bir farklılık bulunurken, sahip olunan obezite sınıflandırılmasında benlik düzeyi açısından bir farklılığın bulunmadığını göstermektedir.

2.6 OBEZİTE VE İNTİHAR

İntihar; bireyin öz benliğine yönelttiği bir saldırganlık ve yok etme girişimi olup, birey bu davranışıyla yaşamına istemli olarak son verir (Yavuz, Yürümez, Küçüker, Demirel, & Küçük, 2006: 181). İntiharın psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel pek çok faktörle ilişkisi vardır. Bu nedenle, toplum içindeki normal bireylerden, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere kadar çok geniş bir örneklem grubu içinde görülebilmektedir (Okman, 1997: 43). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, intiharın nedenlerinden birinin de kişinin sahip olduğu sağlık düzeyi ve sağlık düzeyine yönelik algısı olduğu görülmektedir. Kişilerin sağlık düzeyleriyle intihar davranışı arasındaki ilişkinin ele alındığı bir çalışmada sağlık düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık düzeyi yüksek olan bireylere göre daha yüksek olasılıkla intihar davranışı ya da düşüncesine sahip oldukları sonucu elde edilmiştir (Brown & Vinokur, 2003: 140). 1988-1994 yılları arasında 7589 kişiyle gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da bu bulgu desteklenmiş, herhangi bir sağlık

problemine sahip olmanın intihar davranışı ya da düşüncesini 1.3 kat arttırdığı saptanmış, iki veya daha fazla sağlık problemi belirten bireylerin %35'inin yaşam boyu intihar düşüncesine sahip oldukları belirtilmiştir (Druss & Pincus, 2000: 1524).

Obezite hem fiziksel hem de psikolojik boyutları olan bir sağlık problemidir. Bu nedenle obezitenin intihar ile ilişkisi obezitenin hem fiziksel hem de psikolojik sağlık boyutundan etkilenmektedir. Obezitenin intihar ile olan bu önemli ilişkisi ciddi ve kronik bir sağlık sorunu olan obezite ve obez hastalarda intihar davranışı ve düşüncesine yönelik var olan çalışmaların sayısını da artırmaktadır. Var olan bu çalışmaların bir kısmı obezite ile intihar arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu vurgularken bir kısmı obezite ile intihar arasında herhangi bir ilişkinin var olmadığı üzerinde durmaktadır. 15 yaş üstündeki bireylerde obezitenin psikiyatrik bozukluklarla ve intiharla olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, obezitenin intihar ile pozitif bir ilişkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmada obez olmanın hem yaşam boyu gözlenen intihar girişimini hem de intihar düşüncesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. İncelenen bu çalışmada obezitenin geçmiş yıllardaki intihar davranışı ve düşüncesiyle de ilişkili olduğu erkek obezlerde intihar düşüncesini, kadın obezlerde ise intihar girişimini artırdığı bulgusu elde edilmiştir (Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009: 277-285). Yapılan farklı bir çalışmada da obezite ve artan beden kitle indeksi ile birlikte intihar girişimi riskinin de arttığı sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmada intihar girişiminin beden kitle indeksinin bağımsız bir yordayıcısı olduğu, beden kitle indeksi arttıkça intihar girişiminin de anlamlı bir şekilde arttığı, obez ve ileri derecede obez bireylerin intihar girişimlerinin obez olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Dong, Li, Li, & Price, 2006: 388-390).

Obezite ile intihar davranışı ve düşüncesine yönelik pozitif ilişkinin yanında, obez veya aşırı kilolu olduğuna yönelik sahip olunan beden algısının da intihar düşünce ve davranışıyla anlamlı bir ilişkisinin olduğu vurgulanmaktadır. Sahip olunan beden algısı ile intihar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kilolu olduğuna yönelik beden algısına sahip kişilerin gerçek obez ve aşırı kilolu olan kişilerden 2-6 kat daha fazla intihar ettikleri sonucu elde edilmiştir (Dave & Rashad, 2009: 1687-1689). Hem algılanan kilo hem de beden kitle indeksinin değerlendirilerek intihar girişiminde bulunma riski ile olan ilişkisinin incelendiği farklı bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş, hem kendini

kilolu olarak algılayan hem de beden kitle indeksi aşırı kilolu olan bireylerde intihar girişiminde bulunma riskinin arttığı sonucu elde edilmiştir (Swahn, Reynolds, Tice, Miranda-Pierangeli, Jones, & Jones, 2009: 292-295).

Obezite ile intihar arasındaki pozitif ilişkinin yanında obezitenin intihar girişimi ve düşüncesiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalarda yer almaktadır. 2516 ergen ve genç yetişkinle yeme bozukluğu, beden memnuniyetsizliği ve obezitenin intihar davranışıyla ilişkisinin incelendiği boylamsal bir çalışma yürütülmüştür. Hem uygulamanın yapıldığı tarihte hem de 5 yıl sonrasında değerlendirilen bulgularda beden kitle indeksinin intihar düşüncesi ve girişimiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir (Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2008: 889-891). Obezite ile intihar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülen farklı bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, obezite ile intihar davranışı ve düşüncesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Elovainio, ve ark., 2009: 220).

Obezite ile intihar davranışı ve düşüncesine yönelik bir diğer bulgu da obez olma ve artan kiloyla birlikte intihar davranışı ve düşüncesinin azalmasına yöneliktir. 74.332 yetişkinle yürütülen ileriye dönük bir çalışmada depresyon, kaygı ve intihar ile boy ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki incelenmiştir. İleriye dönük bu çalışmanın sonucunda beden kitle indeksi ile intihar riski arasında negatif bir ilişki belirlenmiş, beden kitle indeksi arttıkça gelecekte görülen intihar riskinin azaldığı sonucu elde edilmiştir (Bjerkeset, ve ark., 2007: 195-200). 1988-1994 yılları arasındaki beden kitle indeksi ile intihar girişimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise cinsiyetler arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Artan beden kitle indeksi erkeklerde intihar davranışı için koruyucu bir etkiye sahip olurken, kadınlarda erkeklerden farklı olarak intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur (Zhang, 2006: 401).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OBEZİTESİ OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SIKINTILARIN ŞEMALAR VE BAŞ ETME YOLLARI İLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

3.1 YÖNTEM

3.1.1 Örneklem

Araştırmada obezite tanı grubunun yer aldığı örnekleme ait verilerin klinik örnekleme Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi psikiyatri ve dahiliye kliniklerine başvuran ve obezite tanısı alan kişilerden elde edilmiştir. Araştırmanın karşılaştırma grubunu oluşturan ve obez ve normal kilolu kişilerden oluşan grupla ilgili veriler ise Ankara ve Bursa'da yaşayan ve araştırmanın klinik örneklemeyle benzer demografik özelliklere sahip olan ve basit rastgele ve kartopu örnekleme tekniğiyle ulaşılmış kişilerden elde edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini 98 aşırı kilolu, 91 obezitesi olan ve 160 normal kilolu 349 kişi oluşturmaktadır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan katılımcılar birleştirilerek oluşturulan normalden fazla kilosu olan grupla ilgili verilerin 28 (%14.8)'i psikiyatri kliniğine başvuran, 19 (%10.1)'i dahiliye kliniğine başvuran, 142 (%75.1)'i ise genel örneklemden elde edilmiştir. Obezite grubunun 125 (%66.1)'i kadın, 64 (%33.9)'u erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 18-65 yaş arasında değişmektedir (Ort.=39.97; S.S.=11.13).

Normal kilolu kişilerden oluşan karşılaştırma grubunda 160 kişi yer almaktadır. Katılımcıların 121 (%75.6)'sı kadın, 39 (%24.4)'ü erkek ve yaşları ise 18-65 (Ort.=29.15; S.S.=9.01) arasında değişmektedir.

Araştırmada yer alan rneklemele ilgili tanımlayıcı bilgiler aşırı kilo ve obezite grubu ile karşılaştırma grubu için Tablo 1’de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 1. Aşırı Kilo ve Obezite Grubu ile Karşılaştırma Grubu- Örneklemle İlgili Tanımlayıcı Bilgiler

Değişkenler	Aşırı Kilo ve Obezite Grubu			Karşılaştırma Grubu				
	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj
Medeni durum								
Bekar	34 (17.9)				73 (45.7)			
Evli	155 (82)				85 (53.1)			
Eğitim Düzeyi								
Okuma yazma bilmiyor	5 (2.6)				0 (0)			
Okur-yazar	1 (0.5)				0 (0)			
İlkokul	78 (41.3)				23 (14.4)			
Ortaokul	30 (15.9)				12 (7.5)			
Lise	49 (25.9)				63 (39.4)			
Üniversite	24 (12.7)				58 (36.3)			
Üniversite üzeri	1 (0.5)				4 (2.5)			
İş Durumu								
Çalışıyor	73 (38.6)				82 (51.3)			
Çalışmıyor	116 (61.4)				77 (48.1)			
Çocuk Sahibi Olup Olmadığı								
Evet	159 (84.1)				78 (48.8)			

Değişkenler	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj
Hayır	30 (15.9)				82 (51.3)			
Yaşanılan yer								
Büyük şehir	57 (30.2)				45 (28.1)			
Şehir	54 (28.6)				76 (47.5)			
Kasaba	55 (29.1)				30 (18.8)			
Köy	23 (12.2)				9 (5.6)			
Gelir düzeyi								
500 'den az	19 (10.1)				10 (6.3)			
500-999	83 (43.9)				54 (33.8)			
1000-2000	59 (31.2)				55 (34.4)			
2000 üzeri	19 (10.1)				25 (15.6)			
Fiziksel Hastalığın Varlığı								
Evet	38 (20.1)				3 (1.9)			
Hayır	151 (79.9)				157 (98.1)			
Bu Nedenle ilaç kullanıp kullanmama								
Evet	31 (83.1)				2 (1.3)			
Hayır	157 (16.4)				158 (98.8)			
Psikiyatrik tanının varlığı								
Evet	35 (18.5)				11 (6.9)			

Değişkenler	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj
Hayır	154 (81.5)				149 (93.1)			
Psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama								
Evet	32 (16.9)				4 (2.5)			
Hayır	157 (83.1)				156 (97.5)			
Madde Kullanımı								
Evet	54 (28.5)				42 (26.2)			
Hayır	135 (71.4)				118 (73.8)			
Kendini Öldürme Düşüncesi		4.67	.73	2-5		4.77	.53	2-5
İntihar girişiminde bulunup bulunmama								
Evet	13 (6.9)				3 (1.9)			
Hayır	176 (93.1)				157 (98.1)			
Kendine Zarar Verme Öyküsü								
Evet	10 (5.3)				4 (2.5)			
Hayır	179 (94.7)				156 (97.5)			
Sahip Olunan Kilo		84.72	13.89	58- 133		59.69	7.49	46- 90

Değişkenler	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj	Yüzde/ Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj
Beden Kitle İndeksi		31.10	5.27	25-59		21.79	1.75	18-24
Sahip Olunan Kilodan Memnuniyet		3.62	1.20	1-5		2.36	1.11	1-5
Memnun Değilse								
Kilo Almak İsteme	1 (0.5)				31 (19.4)			
Kilo Vermek İsteme	154 (81.5)				49 (30.6)			
Diyet Yapma								
Evet	32 (16.9)				9 (5.6)			
Hayır	157 (83.1)				151 (94.4)			
Beden Algısı		2.10	.65	1-3		3.06	.52	1-5
Kilo Almaya Neden Olan Sağlık Durumu								
Evet	34 (18.0)				2 (1.3)			
Hayır	155 (82.0)				158 (98.8)			
İstenecek beden durumu		3.12	.41	1-5		3.15	.38	2-4

3.1.2 Veri Toplama Araçları

3.1.2.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan kişileri tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 24 maddeden oluşmaktadır. Sorular katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, iş durumu, çocuk sahibi olup olmadıkları ve varsa sahip oldukları çocuk sayısı, yaşadıkları yer, gelir düzeyleri, fiziksel ve psikiyatrik sağlık durumları, madde kullanım öyküleri, intihar düşüncesi ve davranışları ve kendilerine zarar verme girişimleri, boy, kilo, kilolarına yönelik memnuniyetleri, diyet yapıp yapmadıkları, beden algıları, sahip olmak istedikleri beden ve kilo almalarına neden olabilecek sorunun varlığını değerlendirmeye yöneliktir. Kişisel bilgi formunda yer alan tüm maddeler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır.

3.1.2.2 Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (Young Schema Inventory- Short Form 3)

Young Şema Ölçeği Young ve Brown (1990) tarafından bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla oluşturulan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçeğin ilk formu 205 madde ve 16 şemadan oluşmaktadır. Ölçeğin 205 maddeden oluşan bu uzun formu Young (1994) tarafından kısaltılarak 75 madde ve 15 şemadan oluşan bir forma dönüştürülmüştür. 2004 yılında ise yine Young tarafından onay arayıcılık, cezalandırıcılık ve karamsarlık olan 3 şemanın eklenmesiyle 90 maddelik formu oluşturulmuştur. Ölçek 6'lı derecelendirme ile 1 (benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (beni mükemmel şekilde tanımlıyor) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması uyumsuz şemaların düzeyinin arttığını göstermektedir.

Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik kısaltılmış formunun Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009: 75-84) tarafından yapılmıştır. Türk üniversite örneklemiyle yapılan çalışmada ölçeğin yorumlanabilir 14 faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında üst sıra faktör analizi incelemelerinde ölçekte zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, diğerleri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar olmak üzere 5 şema alanı belirlenmiştir.

Ölçeğin birleşen geçerlilik incelemelerinde ise şema alanları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş, ölçeğin kaygı, depresyon ve kişiler arası duyarlılık ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayırteci geçerliliğini belirlemek amacıyla da normal, klinik olmayan örneklem ile özel bir psikoterapi merkezine başvuran klinik örneklem karşılaştırılmış, duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, kusurluluk ve tehditler karşısında dayanıksızlık alt faktörlerinin klinik ve normal örneklem açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Klinik örneklemin tüm alt faktörlerden normal örnekleme göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Şema alanlarından ise zedelenmiş otonomi ve kopukluk şemalarının klinik örnekleme normal örneklemden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik analizlerine göre tüm faktörlerin .66 ile .82, şema alanlarının ise .66 ile .82 arasında değerler aldıkları bulgusu elde edilmiştir. Güvenirlik analizi için yapılan iç tutarlılık analizinde ise faktörlerin cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları .63 ile .80, şema alanlarının değerleri ise .53 ile .81 arasında belirlenmiştir (Soygüt, Karaosmanoğlu, & Çakır, 2009: 75-84).

Young Şema Ölçeğinin 90 maddelik kısaltılmış özgün formu 5 şema alanı ve 18 erken dönem uyumsuz şemadan oluşmaktadır. Bu şema alanları ayrılma ve dışlanma/reddedilme, zedelenmiş özerklik/performans, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik ve aşırı tetikte olma baskılamadır. Erken dönem uyumsuz şemalar ise terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, iç içelik/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hak görme/büyükleme, yetersiz özdenetim/öz disiplin, boyun eğcilik, kendini feda, onay arayıcılık, olumsuzluk/karamsarlık, duygusal baskılama, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılıktır (Young, Klosko, & Weishaar, 2009: 117).

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan bu çalışmada Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009:75-84) tarafından yapılan Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasından elde edilen 5 şema alanı ve 14 faktörden oluşan faktör analiz sonuçları kullanılmıştır. Ölçeğin duygusal yoksunluk alt boyutu için 19, 37, 55 ve

73. Maddeler ($\alpha = .78$); başarısızlık alt boyutu için 6, 24, 33, 42, 60 ve 78. maddeler ($\alpha = .80$); karamsarlık alt boyutu için 8, 17, 26, 35 ve 80. maddeler ($\alpha = .79$); sosyal izolasyon/güvensizlik alt boyutu için 3, 4, 40, 57, 58, 75 ve 76. maddeler ($\alpha = .78$); duyguları bastırma alt boyutu için 12, 30, 48, 66 ve 84. maddeler ($\alpha = .72$); onay arayıcılık alt boyutu için 16, 34, 52, 56, 70 ve 88. maddeler ($\alpha = .74$); iç içe geçme/bağımlılık alt boyutu için 7, 9, 10, 25, 63, 64, 79, 81 ve 82 maddeler ($\alpha = .80$); ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alt boyutu için 15, 22, 32, 50, 51, 68 ve 69. maddeler ($\alpha = .72$); kendini feda alt boyutu için 11, 29, 47, 65 ve 83. maddeler ($\alpha = .74$); terk edilme alt boyutu için 2, 20, 28, 38 ve 74. maddeler ($\alpha = .73$); cezalandırılma alt boyutu için 18, 49, 53, 54, 72 ve 89. maddeler ($\alpha = .71$); kusurluluk alt boyutu için 23, 41, 43, 59, 77 ve 90. maddeler ($\alpha = .68$); tehditler karşısında dayanıksızlık alt boyutu için 21, 39, 44, 62 ve 71. maddeler ($\alpha = .63$); yüksek standartlar alt boyutu için 13, 14 ve 31. maddeler ($\alpha = .70$) toplanmıştır. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3'te 5 şema alanı bulunmaktadır. Bunlardan biri olan zedelenmiş otonomi şema alanı iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarından oluşmaktadır ($\alpha = .81$). Kopukluk şema alanı duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik ve kusurluluk şemalarından oluşmaktadır ($\alpha = .76$). Yüksek standartlar şema alanı yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarından oluşmaktadır ($\alpha = .53$). Diğerleri yönelimlilik şema alanı kendini feda ve cezalandırılma şemalarından oluşmaktadır ($\alpha = .60$). Zedelenmiş sınırlar şema alanı ise ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemasından oluşmaktadır (Soygüt, Karaosmanoğlu & Çakır, 2009: 75-84).

3.1.2.3 Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (Young-Rygh Avoidance Inventory)

Ölçek Young şema kuramına göre şemaların sürmesine neden olan baş etme yollarından biri olan kaçınma davranışlarını değerlendirmek amacıyla Young ve Rygh (1994) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 40 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçekte çeşitli kaçınma davranışlarının değerlendirildiği toplam 14 alt boyut yer almaktadır. Bu alt boyutlar anıların inkar edilmesi, üzüntü veren olaylar hakkında kasıtlı olarak düşünmeme, insanlardan uzaklaşma, madde kullanımı, mutsuzluğun inkar edilmesi, aşırı mantıksallaştırma ve kontrol, uyuyarak kaçınma/ enerji kaybı, psikosomatik

semptomlar, öfkenin bastırılması, olumsuz duyguların pasif engellenmesi, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma, kendini yatıştırma (yemek yeme, alışveriş yapma...), pasif zihinden uzaklaştırma (fantezi kurma) ve üzüntü veren durumlardan kaçınmadır. Ölçek 1 (Benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) ifadeleri arasında değişen 6'lı derecelendirme ile cevaplanmaktadır. Ölçekte alınan puanlar yükseldikçe kaçınma davranışları artmaktadır.

Young Rygh Kaçınma Ölçeği'nin bulimia nevroza hastalarındaki psikometrik özelliklerini değerlendirmek ve bu hastalıkta şemadan kaçınma alanlarının rolünü incelemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda bulimia nevroza olan hastaların sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde kaçınma davranışı gösterdikleri görülmüştür. Ölçeğin ayırteci geçerlilik analizinde iki grubu ayırt etmede bilişsel/duygusal ve davranışsal/somatik olmak üzere iki alt boyut elde edilmiştir. Ölçeğin tüm maddelerine yapılan iç tutarlılık güvenirlik analizinde güvenirlik katsayısı $\alpha=.79$, bilişsel/duygusal alt boyutunun güvenirlik katsayısı $\alpha=.78$, davranışsal somatik alt boyutunun güvenirlik katsayısı ise $\alpha=.65$ olarak belirlenmiştir. Tüm bu değerler ölçeğin kabul edilebilir güvenirlik değerlerine sahip olduğunu göstermektedir (Spranger, Waller, & Bryant-Waugh, 2001: 302-306).

Ölçeğin Türk örnekleme için güvenirlik ve geçerlik çalışması ilk olarak Soygüt ve arkadaşları (2007) tarafından üniversite örnekleminde elde edilen bulgular ele alınarak değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin Türk örnekleme için 26 maddesinin uygun olduğu sonucuna varılmış ve 26 maddenin 6 faktörde yüklendiği belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda elde edilen bu 6 faktör sıkıntıyı yok saymak, psikosomatizm, duygu kontrolü, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma, içe çekilme ve hissizlik/duyguları bastırmadır. Ölçekten elde edilen toplam puanlar için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı $\alpha=.77$ olarak belirlenmiş, tüm alt boyutların güvenirlik değerlerinin ise $\alpha=.45$ ile $\alpha=.76$ arasında olduğu belirlenmiştir.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yürütülen bu çalışmada Young-Rygh Kaçınma Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasında elde edilen 6 faktörden oluşan faktör analizi sonuçları kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının ilki 10, 11, 12, 14, 15, 22 ve 38. maddelerden oluşan "Psikosomatizm"; ikinci alt boyut 1, 27, 31 ve 32.

maddelerden oluşan “Sıkıntıyı Yok Saymak”; üçüncü alt boyut 6.17.18 ve 24. maddelerden oluşan “Duygu Kontrolü”; dördüncü alt boyut 13.20 ve 30. maddelerden oluşan “Sosyal Çekilme”; beşinci alt boyut 26.28 ve 36. maddelerden oluşan “Aktiviteyle Zihinden Uzaklaştırma”; altıncı alt boyut ise 33,35 ve 7. maddelerden oluşan “Hissizlik/Duyguları Bastırma”dır (Soygüt, Karaosmanoğlu & Çakır, 2007).

3.1.2.4 Young Telafi Ölçeği (*Young Compensation Inventory*)

Young Telafi Ölçeği Young Şema Kuramına göre şemaların sürmesine neden olan baş etme yollarından biri olan telafi etmeyi değerlendirmek amacıyla Young (1995) tarafından geliştirilmiştir. Öz bildirime dayalı olan ve 48 maddeden oluşan ölçek telafi etmeyi içeren toplam 8 alt boyutu değerlendirmektedir. Bu alt boyutlar aşırı iddiacılık, baskınlık, öfke/ düşmanlık, manipülasyon, istismar etme, tanınma ya da statüye aşırı düşkünlük, aşırı buyurganlık ve pasif agresif tutumu değerlendiren ölçek maddelerinden oluşmaktadır (Ball & Young, 2000: 270-281). Ölçek 1 (Benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) ifadelerinden oluşan 6’lı derecelendirme ile cevaplanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar şemaları sürdürücü rolü olan daha fazla telafi davranışının gösterildiğine işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması klinik örnekleme Karaosmanoğlu, Soygüt ve Kabul (2011: 1-9) tarafından yapılmıştır. Terapi için psikoterapi merkezine başvuran 743 katılımcıyla yapılan çalışmada diğer ölçek maddeleriyle düşük korelasyon gösteren 7 madde yapılan analizlere dahil edilmemiştir. Başlangıçta 9 faktörlü bir yapının elde edildiği çalışmada bir faktöre bağlanan maddeler anlamlı bir birliktelik göstermediği için, bir faktörde diğer faktörlerle düşük korelasyon göstererek güvenirlik değerlerini düşürdüğü için analizlere dahil edilmemiş, sonuç olarak 35 madde üzerinde 7 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Statü düşkünlüğü, kontrol, asilik, aşırı bağımsızlık, manipülatif olma, kendi yönelimlilik, eleştiriye tahammülsüzlük olarak belirlenen bu faktörlerin iç tutarlılık analizlerinde de cronbach alfa güvenirlik değerlerinin $\alpha=.81$ ile $\alpha=.60$ arasında değiştiği ve kabul edilebilir güvenirlik değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Ayırt edici geçerlilik analizinde ise normal ve klinik örneklem karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı farklılıklar belirlenerek ölçeğin klinik

örneklem için ayırt edici geçerliliğe sahip olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak Young Telafi Ölçeği'nin Türk klinik örnekleme için güvenilirlik ve geçerliliğinin kabul edilebilir değerlere sahip olduğu belirlenmiştir (Karaosmanoğlu, Soygüt, & Kabul, 2011: 1-9).

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan bu çalışmada Young Telafi Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasından elde edilen 7 faktörden oluşan faktör analizi sonuçları kullanılmıştır. Araştırmacıların ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik değerlerini inceledikleri çalışmada 1, 13, 32, 34, 36, 43 ve 44. maddeler ölçeğin güvenilirlik değerlerini düşürdükleri için, 35, 38 ve 39. maddelerden oluşan “mesafelilik” faktörü diğer faktörlerle düşük korelasyon gösterdiği için, 28 ve 48. Maddelerin yüklendiği faktör anlamlı bir birliktelik oluşturmadığı için, 24. Madde ise hiçbir faktöre yüklenmediği için oluşturulan boyutlara bu maddeler dahil edilmemiştir. Ölçekte 6, 7, 9, 10, 11 ve 12. maddelerinden oluşan “Statü Düşkünlüğü” alt boyutu ($\alpha=.81$); 8, 14, 15, 16, 17, 26, 40 ve 41. maddelerden oluşan “Kontrol” alt boyutu ($\alpha=.79$); 29, 30, 31, 33 ve 42. maddelerden oluşan “Asilik” alt boyutu ($\alpha=.79$); 18, 20, 21, 22 ve 23. maddelerden oluşan “Aşırı Bağımsızlık” alt boyutu ($\alpha=.72$); 3, 4, 37, 46 ve 47. maddelerden oluşan “Manipülatif Olma” alt boyutu ($\alpha=.73$); 25 ve 27. maddelerden oluşan “Kendi Yönelimlilik” alt boyutu ($\alpha=.80$); 2, 5, 19 ve 45. maddelerden oluşan “Eleştiriye Tahammülsüzlük” alt boyutu ($\alpha=.60$) bulunmaktadır (Karaosmanoğlu, Soygüt & Kabul, 2011: 1-9).

3.1.2.5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self- Esteem Scale)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Rosenberg (1963) tarafından geliştirilen öz bildirim dayalı bir ölçektir. Toplam 63 soru ve 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik bilgiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana-baba ilgisi, baba ile ilişki ve psikik izolasyondur. İlk alt alan, doğrudan benlik saygısını değerlendirmekte ve Guttman ölçekleme tekniğine göre oluşturulan 10 maddeden oluşmaktadır. Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmakta ve altı madde üzerinden değerlendirilmektedir. “Çok doğru”, “doğru”, “yanlış” ve “çok yanlış” seçeneklerinin yer aldığı 4'lü likert tipi

ölçekle derecelendirilmektedir. Toplam puan 0-6 arasında yer almakta ve 0-1 puan yüksek düzeyde benlik saygısını, 2-4 puan orta düzeyde benlik saygısını, 5-6 puan düşük düzeyde benlik saygısını ifade etmektedir.

Ölçeğin evrensel ve kültüre özgü özelliklerini değerlendirmek amacıyla Schmitt ve Allik (2005: 623-642) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek 28 dile çevrilmiş ve 16.998 katılımcıdan oluşan 53 ulusla çalışılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının uluslar açısından uyumluluk analizi yapıldığında 52 ulusta ortalama .99 uyumluluk katsayısının olduğu, yalnızca 5 ulusta bu katsayının .95'in altına düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tüm uluslar için ortalama güvenirlik katsayısının da .81 olduğu belirlenmiştir. 53 ulusta benlik saygısı nörotisizm ile negatif, dışa dönüklük ile pozitif ilişkiye sahip bulunmuştur. Yani benlik saygısı arttıkça nörotisizm düzeyinin azaldığı, dışa dönüklük seviyesinin ise arttığı belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin evrensel değerlere sahip olduğunu ve farklı kültürlere uyumlu uluslar arası bir geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

10 maddelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Çin örneğinde akut koroner sendromu olan hastalarla yürütülen bir çalışmada psikometrik özellikleri incelenmiştir. Ölçeğin 5 pozitif, 5 negatif ve toplam 10 maddesi puanlarının ayrı ayrı değerlendirilerek ele alındığı çalışmada pozitif ve toplam puanların iç tutarlılık katsayıları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlikleri incelendiğinde ise toplam ölçek puanının ilk hafta alınan ölçümde .85, altı ay sonra alınan ölçümde .76; pozitif maddelerin ilk hafta .85, altı ay sonra .71; negatif maddelerin ise ilk hafta .60 altı ay sonra ise .54 güvenirlik değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi çalışmalarında ise hem ilk hafta hem de altı ay sonra alınan ölçümlerde ikili faktör yapısıyla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Martin, Thompson, & Chan, 2006: 507-521). Singapurlu öğrenciler ile yürütülen ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında da benzer sonuçlar elde edilmiş, ölçek ikili faktör yapısı ile uyumlu bulunmuştur (Ang, Neubronner, Oh, & Leong, 2006: 120-131). Farklı ülkeler tarafından kullanılan ölçeğin o ülkeler için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da ölçeğin elde edilen faktör yapısının orijinaliyle uyumlu olduğu ve benlik saygısını değerlendirmedeki klinik

yararlılığının tespitine yöneliktir (Gana, Alaphilippe, & Bailly, 2005: 169-176; Richardson, Ratner, & Zumbo, 2009: 98-114).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Türk örnekleme için güvenilirlik ve geçerlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yürütülmüştür. 205 kişiden oluşan lise öğrencileriyle yürütülen bu çalışmada tüm alt boyutların güvenilirlik değerleri .46 ile .89 arasında bulunmuştur. Benlik saygısı alt boyutunun güvenilirlik değeri ise .75 olarak belirlenmiştir. Geçerlilik analizinde ise benlik saygısını değerlendirmek amacıyla psikiyatrik görüşmeler yapılmış ve geçerlilik katsayısı .71 olarak bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Türk yetişkin örneklemindeki güvenilirlik ve geçerlik çalışması Korkmaz (1996) tarafından incelenmiştir. Ölçeğin tüm alt boyutlarının iç tutarlılık cronbach alfa güvenilirlik değerleri .07 ile .70 arasında değişmektedir. Benlik saygısı alt boyutunun güvenilirlik değeri ise .57 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlilik analizi için kriter ilişkili geçerlilik ve yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır. Kriter ilişkili geçerlilikte eş zamanlı geçerlilik düzeyini değerlendirmek amacıyla Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Yetişkin Formu kullanılmış, iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı -.54 olarak belirlenmiş, yani iki ölçek arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Olumsuzluğun nedeni ise ölçeklerin puanlama yönlerinin birbirinden farklı olması olarak açıklanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla ise faktör analizi yapılmış ve ölçek üzerinden ikili faktör yapısına ulaşılmış, bu iki faktörün toplam varyansın %34.7'sini açıkladığı sonuca ulaşılmıştır.

Aşırı kilolu ve normal kilolu katılımcılardan oluşan bu çalışmada katılımcıların benlik saygısı puanları ölçek sorularına verilen cevaplar toplanarak belirlenmiştir. Katılımcıların benlik saygısı puanlarının ortalaması 22.02 (S.S=4.34, Min.=10, Maks.=30), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.80$ olarak belirlenmiştir.

3.1.2.6 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, bedensel bir hastalığa sahip olanlar ile birincil basamak sağlık hizmetine başvuran bireylerin kaygı ve depresyon düzey ve şiddetini değerlendirmek amacıyla Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 7 kaygı düzeyini, 7 depresyon düzeyini değerlendiren toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular 4'lü derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin sonuçları 0 ile 3 arasında verilen puanlara göre değerlendirilmektedir. 10 puan ve üzeri olası kaygı ve depresyon tanısına işaret etmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe kaygı ve depresyonun şiddeti de artmaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin oluşturulma amacı klinik alanda, tanı ve tedavi amacıyla kaygı ve depresyonun şiddetini değerlendirmektir; ancak ölçek klinik örneklemin dışında da kullanılmaktadır. Andersson (1993: 197-204) ölçeğin hastane dışındaki örnekleme uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. İncelenen bu çalışmada ölçeğin hastane dışındaki örneklem için de uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan faktör analizi sonuçlarında ise ikili ve dörtlü faktör yapıları bulunmuş, bu dört faktörden yorumlanabilir 3 faktör elde edilmiştir. İyilik hali, kaygı ve rahatlama gücü olan yorumlanabilir bu üç faktörün ise yine bu çalışmadan elde edilen 2'li faktör yapısına göre daha uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çeşitli fiziksel hastalığa sahip gruplarla çalışmalar yürütülmüştür. 963 omurilik yaralanması olan yetişkin hasta ile yürütülen bir çalışmada yapılan güvenilirlik ve geçerlik analizi sonuçlarında ölçeğin bu örneklem için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçerliliğin test edilmesi amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin 2'li faktör yapısına sahip olduğu ve toplam varyansın %51.2'sini açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Her bir alt boyut için yapılan iç tutarlılık analizinde ise kaygı için Cronbach alfa katsayısı .85, depresyon alt boyutu için .79 olarak belirlenmiştir (Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006: 80-90). Farklı bedensel hastalığa sahip gruplarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kabul edilebilir

güvenirlilik ve geçerlik değerlerine sahip bulunmuştur (Martin & Thompson, 2000: 193-201; Roberts, Bonnici, Mackinnon, & Worcester, 2001: 373-383; Spindler, Kruse, Zwisler, & Pedersen, 2009: 98-107). Bu bulguların yanında farklı gruplarla yapılan geçerlilik çalışmalarında ölçeğin 3'lü faktör yapısının 2'li faktör yapısına göre daha açıklayıcı olabileceği sonucunun elde edildiği çalışmalar da yer almaktadır. Bu faktör yapıları ise kaygı, depresyon ve negatif duygulanım başlığı altında yer almaktadır (Hunt-Shanks, Blanchard, Reid, Fortier, & Cappelli, 2010: 97-114; Martin, 2004: 327-336; Mccue, Martin, Buchanan, Rodgers, & Scholey, 2003: 425-439).

Ölçeğin Türk örnekleme için güvenirlik ve geçerlik çalışması Aydemir (1997) tarafından yapılmıştır. Çalışma 3 aşamada yürütülmüş, birinci aşamada ölçeğin Türkçeye çevrilmesi, ikinci aşamada 213 üniversite öğrencisiyle, üçüncü aşamada ise 136 dahiliye kliniğinde yatan hastayla güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Öğrenci örnekleminde ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı depresyon alt boyutu için .70, kaygı alt boyutu için ise .74 olarak belirlenmiştir. Hasta örnekleminde depresyon alt boyutu için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .78, kaygı alt boyutu için ise .85 olarak belirlenmiştir. Ölçek için yapılan geçerlilik analizlerinde eş zamanlı geçerlilik analizi yapılmış, kaygı alt boyutu ile sürekli kaygı ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı .75, depresyon alt boyutu ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı .72 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği analizi için de faktör analizi yapılmış ve ölçeğin orijinali ile uyumlu, ikili faktör yapısı belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun kesme noktaları depresyon alt boyutu için 7, kaygı alt boyutu için 10 olarak belirlenmiştir (Aydemir, 1997).

Aşırı kilolu ve normal kilolu katılımcılardan oluşan bu çalışmada kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği kaygı ve depresyon olmak üzere iki alanı ölçen iki alt boyuta sahiptir. Ölçekte yer alan 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler a=0, b=1, c= 2, d=3 olarak; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler ise a=3, b=2, c=1, d=0 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeleri sahip olunan kaygı düzeyini ölçmektedir. Bu alt boyutun ortalaması 8.10 (S.S= 4.45, Min.= 0, Maks.= 20), güvenirlik katsayısı ise $\alpha=.82$ 'dir. Ölçeğin 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddeleri depresyon düzeyini ölçmektedir. Bu alt boyutun ortalaması 6.41 (S.S= 3.76, Min.= 0, Maks.= 20), güvenirlik katsayısı ise $\alpha=-$

.69'dur. Ölçekten elde edilen toplam puanın ortalaması ise 14.51 (S.S= 7.36, Min.= 0, Maks.= 38), güvenirlik katsayısı $\alpha = .85$ 'dir.

3.1.2.7 Yeme Tutumu Testi-40 (The Eating Attitude Test-40)

Yeme Tutum Testi, hem anoreksiya nevrozası olan hem de normal bireylerde gözlenebilecek yeme davranışlarındaki bozuklukları değerlendirmek amacıyla Garner ve Garfinkel (1979: 273-279) tarafından oluşturulan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçek yeme davranışı ile ilgili olabilecek bozuklukları değerlendirmek amacıyla oluşturulan 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek soruları 6'lı derecelendirme ile (1= Daima, 2= Çok sık, 3= Sık sık, 4= Bazen, 5= Nadiren ve 6= Hiçbir zaman) cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin puanlaması uç yanıtlara sırasıyla 3, 2 ve 1 puanlarının verilip hesaplanmasıyla yapılmakta ve 30 puanın üzerindeki değerler anoreksiya nevroza veya yeme bozukluğunun varlığına işaret etmektedir.

Yeme Tutumu Testinin ayırt edici geçerliliğini değerlendirmek amacıyla DSM-IV tanı kriterine göre yeme bozukluğu tanısı alan kişiler ile yeme bozukluğu tanısı almayan kişiler karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin tanı alan ve almayan grubu ayırt edici geçerliliği %91 olarak belirlenmiştir (Mintz & O'Halloran, 2000: 489-503).

Ölçeğin Türk örneklemini için güvenirlik ve geçerlik çalışması Savaşır ve Erol (1989: 19-25) tarafından yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin cronbach alfa güvenirlik değerinin .70 olduğu belirlenmiştir. Savaşır ve Erol (1998) daha sonra ölçeğin ikinci kez Türkçe'ye çevirisini yaparak Doğan tarafından yapılan ilk çeviri ile karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada iki çeviri arasında farklılık olduğu düşünülen maddeler gözden geçirilerek ölçek özgün forma uygun bir şekilde 40 maddelik bir forma dönüştürülmüştür.

Yeme Tutumu Testinin 1, 18, 19, 23, 27 ve 39. Maddeleri (Bazen=1, Nadiren=2, Hiçbir=3 ve diğer seçeneklere 0) puan verilerek hesaplanmıştır. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 ve 40. maddeleri ise (Daima=3, Çok sık=2, Sık sık=1 ve diğer seçeneklere 0 puan) verilerek hesaplanmıştır. Bu çalışmanın analizlerinde bu şekilde elde edilen toplam puan

kullanılmıştır. Ölçeğin ortalaması 18.70 (S.S=10.98, Min.=3, Maks.=66), Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.78$ olarak belirlenmiştir.

3.1.3 İşlem

Araştırmanın verileri 19.06.2011-12.01.2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Obezite grubunun oluşturduğu verilerin bir kısmı Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi psikiyatri ve dahiliye kliniklerinde alanlarında uzman doktorların değerlendirmesi sonucu obezite sınıfında yer aldığı belirlenen bireylerden toplanmıştır. Hastaneden elde edilen bu veriler için hastane idaresi ve poliklinik doktorları çalışma hakkında bilgilendirilerek gerekli izinler alınmıştır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerden oluşan fazla kilolu gruptan elde edilen verilerin diğer kısmı ise basit rastlantısal örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemi ile elde edilen verilerden beden kitle indeksi 30'un üzerinde olan bireylerin toplanması ile elde edilmiştir. Örneklemin karşılaştırma grubunu oluşturan normal kilodaki kişilerle ilgili veriler ise basit rastlantısal örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Tüm veriler katılımcılara gerekli bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmesi sonucu uygulanmış, okuma yazma bilemeyen ya da yaşı nedeniyle testleri cevaplamakta zorlanan katılımcılara ise sorular araştırmacının yardımıyla uygulanmıştır. Ölçeklerin batarya içerisindeki sırası, sıra ve ardışıklık etkisini önlemek amacıyla farklı sıralarda düzenlenerek uygulanmıştır. Katılımcılar eğitim seviyeleri ve yaşlarına göre değişmekle birlikte anketleri ortalama bir saatte doldurmuşlardır.

3.1.4 İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS v15.0 istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlere başlamadan önce veri temizliği aşamasında 386 kişiden toplanan veriler incelenmiş ve 22 katılımcının cevaplarında çoklu uç değerler olması nedeniyle bu kişiler veri setinden çıkartılmıştır. Bunun yanında beden kitle indeksi 18.5'in altında olan 14 kişi ve kilosunu belirtmeyen 1 katılımcı da veri setinden çıkartılarak analizler 349 kişi üzerinden yapılmıştır. Ardından tüm ölçeklerin Cronbach α güvenilirlik

değerleri incelenmiştir. Obezite grubu ile normal kilolu bireylerden oluşan kontrol grubu arasında sahip olunan uyumsuz şemalar, kaçınma ve telafi baş etme yolları ve bunların alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli varyans analizleri (MANOVA); kaygı, depresyon, benlik saygısı, yeme tutumu ve intihar düşüncesi açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla t-testi analizleri; intihar girişimi açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ise ki-kare analizi uygulanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizinin ardından ise kaygı, depresyon, benlik saygısı, yeme tutumu ve intihar düşüncesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır.

3.2 BULGULAR

3.2.1 Örneklemle İlgili Tanımlayıcı Bilgiler

Örneklemle ilgili değişkenler incelendiğinde çalışmaya katılan tüm katılımcıların 91 (%26.1)'inin beden kitle indeksinin 30'un üzerinde olduğu ve obezite sınıfında yer aldığı, 98 (%28.1)'inin ise beden kitle indeksinin 25-29.9 arasında olduğu ve aşırı kilolu sınıfında yer aldığı, 160 (%45.8)'inin ise beden kitle indeksinin 18.5-24.9 arasında olduğu ve normal kilolu sınıfında yer aldığı belirlenmiştir. Aşırı kilolu olan 98 kişi ve obezite sınıfında yer alan 91 kişi bir araya getirilerek 189 kişiden oluşan aşırı kilolu ve obezitesi olan grubu, normal kiloya sahip 160 kişi ise karşılaştırma grubunu oluşturmaktadır. Katılımcıların sahip oldukları kiloya ilişkin memnuniyetleri incelendiğinde aşırı kilolu ve obezitesi olan gruptan 37 (%19.6) kişinin kilolarından memnun oldukları, 32 (%16.9) kişinin kilolarını olduğu gibi kabul ettikleri, 120 (%63.5) kişinin ise kilolarından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Normal kiloya sahip karşılaştırma grubunun kilolarına yönelik memnuniyetleri incelendiğinde ise 102 (%63.8) kişinin kilolarından memnun oldukları, 31 (%19.4) kişinin kilolarını olduğu gibi kabul ettikleri, 27 (%16.9) kişinin ise kilolarından memnun olmadıkları belirlenmiştir. İki grubun yeme tutumları değerlendirildiğinde, aşırı kilo ve obezitesi olan gruptan 42 (%22.22) kişinin, karşılaştırma grubundan ise 10 (%6.25) kişinin yeme tutumu testinden 30 ve üzeri puan alarak bozulmuş yeme tutumuna sahip

olduđu belirlenmiřtir. Her iki grubun sahip oldukları intihar dűřünceleri incelendiđinde ařırı kilolu ve obezite grubundaki demografik bilgi formunda yer alan “Kendinizi öldürmeyi hiç dűřündünüz mü?” sorusunda 1, 2 ya da 3 iřaretleyen 21 (%11.11) kiřinin ve normal kiloya sahip karřılařtırma grubundaki 8 (%5.0) kiřinin intihar dűřüncesine sahip olduđu belirlenmiřtir. Bunun yanında ařırı kilolu ve obezite grubundan 13 (%6.9) kiřinin ve karřılařtırma grubundan 3 (%1.9) kiřinin daha önce intihar giriřiminde bulunduđu belirlenmiřtir.

3.2.2 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile İlgili Ölçeklerin Yürütölen Çalışmadan Elde Edilen Sonuçları

3.2.2.1 Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3

Young Şema Ölçeği Kısa Form-3’e verilen cevaplar toplanarak ölçeğin toplam puanı belirlenmiştir. Toplam puan ortalaması 217.67 (S.S=65.09, Min.=90, Maks.=403) ve güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.96$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin “Duygusal Yoksunluk” alt boyutunun ortalaması 10.36 (S.S=5.25, Min.=5, Maks.=28), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.75$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Başarısızlık” alt boyutun ortalaması 12.19 (S.S=5.61, Min.=2, Maks.=33), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.78$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Karamsarlık” alt boyutu boyutun ortalaması 12.38 (S.S=6.0, Min.=4, Maks.=30), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.79$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Sosyal İzolasyon/Güvensizlik” alt boyutun ortalaması 15.60 (S.S=6.27, min.=6, maks.=42), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.71$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Duyguları Bastırma” alt boyutun ortalaması 11.51 (S.S=4.94, Min.=3, Maks.=27), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.63$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Onay Arayıcılık” alt boyutunun ortalaması 19.75 (S.S=6.36, Min.=5, Maks.=36), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.72$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “İç İçe Geçme/Bağımlılık” alt boyutun ortalaması 17.54 (S.S=7.44, Min.=8, Maks.=43), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.76$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim” alt boyutun ortalaması 22.18 (S.S=7.08, Min.=7, Maks.=38), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.68$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Kendini Feda” alt boyutun ortalaması 16.92 (S.S=5.90, Min.=4, Maks.=30), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.73$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Terk Edilme” alt boyutun ortalaması 9.55 (S.S=4.50, Min.=5, Maks.=25),

güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.70$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Cezalandırılma” alt boyutun ortalaması 21.34 (S.S=6.60, Min.=6, Maks.=36), güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.75$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Kusurluluk” alt boyutun ortalaması 10.62 (S.S=5.10, Min.=5, Maks.=28), güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.73$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Tehditler Karşısında Dayanıksızlık” alt boyutun ortalaması 11.72 (S.S=5.45, Min.=4, Maks.=30), güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.73$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Yüksek Standartlar” alt boyutun ortalaması 9.20 (S.S=4.18, Min.=3, Maks.=18), güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.71$ olarak belirlenmiştir.

Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3’ün 14 şema boyutu 5 şema alanı tarafından gruplanmaktadır. Ölçeğin 5 şema alanından biri zedelenmiş otonomi şema alanıdır. Zedelenmiş otonomi şema alanının bu çalışmadan elde edilen ortalamasının 63.14 (S.S=23.70, Min.=30, Maks.=141), güvenirlilik katsayısının ise $\alpha=.87$ olduğu belirlenmiştir. Kopukluk şema alanının ortalamasının 48.05 (S.S= 17.45, Min.=22, Maks.=101), güvenirlilik katsayısının ise $\alpha=.83$ olduğu belirlenmiştir. Yüksek standartlar şema alanının ortalamasının 28.67 (S.S=9.16, Min.=8, Maks.=54), güvenirlilik katsayısının ise $\alpha=.62$ olduğu belirlenmiştir. Bir diğer şema alanı olan zedelenmiş sınırlar şema alanının ortalamasının 22.18 (S.S=7.08, Min.=7, Maks.=38), güvenirlilik katsayısının ise $\alpha=.68$ olduğu belirlenmiştir. Diğerleri yönelimlilik şema alanının ortalamasının ise 37.75 (S.S=11.10, Min.=11, Maks.=64), güvenirlilik katsayısının ise $\alpha=.74$ olduğu belirlenmiştir.

3.2.2.1 Young-Rygh Kaçınma Ölçeği

Bireylerin kaçınma baş etme yolu puanları Young- Rygh Kaçınma Ölçeğinin maddelerine verilen cevapların toplanması ile elde edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğe verilen cevapların toplanması ile elde edilen toplam puanın ortalaması 130.47 (S.S=24.03, Min.=40, Maks.=196), güvenirlilik katsayısı ise $\alpha=.85$ ’tir.

3.2.2.2 Young Telafi Ölçeği

Bireylerin telafi baş etme yolu puanları Young Telafi Ölçeğinin maddelerine verilen cevapların toplanması ile elde edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğe verilen cevapların

toplanması ile elde edilen toplam puanın ortalaması 154.90 (S.S=33.65, Min.=48, Maks.=241), güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=.92$ olarak belirlenmiştir.

3.2.3 Beden Kitle İndeksi ile Gelir Düzeyi

Düşük gelir düzeyine sahip bireyler ile yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin beden kitle indeksleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre düşük gelir düzeyine sahip bireyler (Ort.=27.78, S.S=6.59) ile yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin (Ort.=25.89, S.S=4.94) beden kitle indeksleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur [$t(322)=2.93$, $p<.01$]. Başka bir ifadeyle düşük gelir düzeyine sahip bireylerin beden kitle indekslerinin yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

3.2.4 Aşırı Kilo ve Obezite ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Normal kilolu bireyler ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=213.11, S.S=59.76) ve aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=233.06, S.S=63.03) şema toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t(347)=-3.02$, $p<.01$]. Başka bir ifadeyle aşırı kilolu ve obezite grubunun karşılaştırma grubuna göre erken dönem uyumsuz şema puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubu ile normal kilolu grubun erken dönem uyumsuz şemalarının hangilerinde fark olduğu, başka bir ifade ile Young Şema Ölçeğinin alt boyutlarından hangilerinde 2 grup arasında farklılık olduğunu belirlemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. MANOVA sonuçları incelendiğinde tüm modelin anlamlı olduğu (Wilk's Lambda= .93, $F(5,343)=5.01$, $p<.001$) bulunmuştur. Young Şema Ölçeğinin alt alanlarından zedelenmiş otonomi, kopukluk ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarının aşırı kilo ve obezite grubu ile normal kilolu kişiler arasında farklılaştığı, aşırı kilolu ve obezite grubunun normal kilolu karşılaştırma grubuna göre her

üç alandan da daha yüksek değerler aldıkları ve bu şema alanlarının daha uyumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2’de aşırı kilolu ve obezitesi olan grup ile normal kiloya sahip karşılaştırma grubunun şema alanı puanları verilmiştir.

Tablo 2. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ile Aşırı Kilo ve Obezite Arasındaki İlişki

	Aşırı Kilo ve Obezite Grubu		Karşılaştırma Grubu		Toplam	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Young Şema Ölçeği Şema Alanları						
Zedelenmiş Otonomi	66.25	24.45	59.48	22.29	63.14	23.69
Kopukluk	51.02	18.04	44.53	16.09	48.05	17.45
Yüksek Standartlar	29.35	9.12	27.87	9.17	28.67	9.16
Zedelenmiş Sınırlar	21.84	7.13	22.12	7.0	21.97	7.06
Diğerleri Yönelimlilik	39.51	11.19	35.68	10.65	37.75	11.10

İki grubun şema alanlarının karşılaştırıldığı analizlerin ardından bu şema alanlarını içeren 14 şemadan hangileri açısından gruplar arasında farklılık olduğunu daha ayrıntılı bir şekilde incelemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. MANOVA sonuçları incelendiğinde tüm modelin anlamlı olduğu (Wilk's Lambda= .90, F (14,334)=2.63, $p<.001$) bulunmuştur. Ölçeğin duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar şemalarının iki grup açısından farklılaştığı, aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun tüm bu şemalarının normal kilolu karşılaştırma grubuna göre daha uyumsuz ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu iki grubun başarısızlık, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemalarında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 3'te aşırı kilolu ve obezitesi olan grup ile normal kilolu karşılaştırma grubunun 14 şema boyutunun puanları verilmiştir.

Tablo 3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Aşırı Kilo ve Obezite Arasındaki İlişki

Young Şema Ölçeği Şema Boyutları	Aşırı Kilo ve Obezite Grubu		Karşılaştırma Grubu		Toplam	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Duygusal Yoksunluk	11.41	5.70	9.08	4.20	10.34	5.19
Başarısızlık	12.48	5.98	11.62	5.04	12.09	5.58
Karamsarlık	13.11	6.15	11.31	5.59	12.28	5.96
Sosyal izolasyon/güvensizlik	16.30	6.10	14.76	6.20	15.59	6.19
Duyguları Bastırma	12.02	5.20	10.76	4.54	11.44	4.94
Onay Arayıcılık	19.83	6.19	19.28	6.61	19.58	6.38
İç İççe Geçme/Bağımlılık	18.47	7.63	16.74	7.19	17.67	7.47
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	21.84	7.13	22.12	7.0	21.97	7.06
Kendini Feda	17.51	6.22	15.54	5.31	16.61	5.90
Terk edilme	9.98	4.73	8.95	4.14	9.51	4.49
Cezalandırılma	22.0	6.33	20.13	6.71	21.14	6.56
Kusurluluk	11.29	5.32	9.93	4.70	10.67	5.08
Tehditler Karşısında Dayanaksızlık	12.21	5.83	10.86	4.71	11.59	5.38
Yüksek Standartlar	9.52	4.28	8.59	3.99	9.09	4.17
Toplam YŞÖ	233.06	63.03	213.11	59.76		

3.2.5 Aşırı Kilo ve Obezite ile Baş Etme Yolları

3.2.5.1 Aşırı kilo ve obezite ile kaçınma baş etme yolu

Kişilerin uyumsuz şemalarla baş etmek amacıyla kullandıkları kaçınma baş etme yolunun aşırı kilo ve obezite grubu ile normal kilolu karşılaştırma grubunda farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=125.38, S.S=20.79) ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=133.48, S.S=24.40) kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t(347)=-3.35, p<.001$]. Başka bir ifade ile aşırı kilolu ve obezite grubunun karşılaştırma grubuna göre kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İki grubun Young-Rygh Kaçınma Ölçeği toplam puanlarında farklılık olduğunun belirlenmesinin ardından bu farklılığın kaçınma ölçeğinin hangi alt boyutlarında olduğunu belirlemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. MANOVA sonuçları incelendiğinde tüm modelin anlamlı olduğu (Wilk's Lambda= .92, $F(6,342)=4.73, p<.001$) bulunmuştur. Ölçeğin psikosomatizm ve hissizlik/duyguları bastırma alt boyutlarının iki grup açısından farklılaştığı, iki alt boyutla ilişkili kaçınma davranışının aşırı kilolu ve obezite grubunda normal kilolu karşılaştırma grubuna göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sıkıntıyı yok saymak, duygu kontrolü, sosyal çekilme ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma boyutlarında ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Young-Rygh Kaçınma Ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde psikosomatizm alt boyutunun aşırı kilolu ve obezite grubu için ortalaması 19.97 (S.S=7.85), normal kilolu karşılaştırma grubu için ortalaması 16.46 (S.S=6.51) olarak belirlenmiş [$F(1,347)=20.23, p<.001$]; hissizlik/duyguları bastırma alt boyutunun ise aşırı kilolu ve obezite grubu için ortalaması 8.01 (S.S=2.64), normal kilolu karşılaştırma grubu için ortalaması 7.09 (S.S=2.22) olarak belirlenmiştir [$F(1,347)=12.22, p<.001$].

3.2.5.2 Aşırı kilo ve obezite ile telafi baş etme yolu

Kişilerin erken dönem uyumsuz şemalar ile baş etme yollarından biri olan telafi baş etme yolunun aşırı kilolu ve obezite grubu ile normal kilolu karşılaştırma grubu açısından

anlamli bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=151.73, S.S=33.90) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=155.11, S.S=31.95) telafi baş etme yolunu kullanma düzeyleri açısından farklılık göstermediği bulunmuştur [t (347)=-.95, p=.34].

3.2.6 Aşırı Kilo ve Obezite ile Psikolojik Sıkıntılar

3.2.6.1 Aşırı kilo ve obezite ile benlik saygısı

Normal kilolu ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=21.94, S.S=4.56) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=21.68, S.S=4.26) benlik saygısı düzeyleri arasında fark olmadığı bulunmuştur [t (347)=-.55, p=.58].

3.2.6.2 Aşırı kilo ve obezite ile kaygı

Normal kilolu ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin kaygı düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=7.54, S.S=4.24) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=8.58, S.S=4.58) kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [t (347)=-2.20, p<.05]. Başka bir ifade ile aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaygı düzeylerinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

3.2.6.3 Aşırı kilo ve obezite ile depresyon

Normal kilolu ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin depresyon düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre normal kilolu (Ort.=5.66, S.S=3.70) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=7.04, S.S=3.70) depresyon düzeyleri arasında fark olduğu bulunmuştur [t (347)=-3.47, p<.001]. Başka bir ifade ile aşırı kilolu ve obezitesi

olan kişilerin depresyon düzeylerinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

3.2.6.4 Aşırı kilo ve obezite ile yeme tutumu

Aşırı kilolu ve obezite grubu ile normal kilolu karşılaştırma grubunun yeme tutumları açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda normal kilolu (Ort.=15.28, S.S=9.08) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=20.42, S.S=11.60) yeme tutumlarında farklılık olduğu bulunmuştur [$t(347)=-4.64, p<.001$]. Diğer bir deyişle aşırı kilolu ve obezite grubunun patolojik yeme tutumlarının karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3.2.6.5 Aşırı kilo ve obezite ile intihar

Aşırı kilo ve obezite grubu ile normal kilolulardan oluşan karşılaştırma grubunun intihar düşünce ve davranışları açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. İntihar düşüncesinin iki grup açısından karşılaştırılmasını amaçlayan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda normal kilolu (Ort.=4.77, S.S=.53) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (Ort.=4.67, S.S=.73) sahip oldukları intihar düşünceleri arasında farklılık olmadığı bulunmuştur [$t(347)=1.42, p=.16$].

İntihar girişimi sosyodemografik bilgi forumunda yer alan bir soru tarafından değerlendirilmiştir (Hiç intihar teşebbüsünüz oldu mu?). Soruya “evet” ve “hayır” şeklinde kategorik bir seçim sunulduğu için iki grubun intihar girişiminde bulunma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla parametrik olmayan testlerden biri olan ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda normal kilolu (%7.3) ile aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin (%8.7) intihar girişiminde bulunmaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur [$\chi^2 =4.96, p<.05$]. Yani aşırı kilo ve obezite grubunun intihar girişimi oranı normal kilolu bireylerden oluşan karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3.2.7 Tüm Katılımcılarda Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar

Tüm katılımcıların (obezitesi olan ve karşılaştırma grubu) yeme tutumlarının yordayıcılarını belirlemeden önce yeme tutumu ile demografik değişkenler, erken dönem uyumsuz şemalar ve kaçınma baş etme yollarının ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda yeme tutumunun demografik değişkenlerden yaş ($r=.21$), çocuk sahibi olma ($r=.17$), sahip olunan çocuk sayısı ($r=.22$), yaşanılan yer ($r=.18$), fiziksel bir hastalığa sahip olma ($r=.18$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.19$), psikiyatrik bir tanıya sahip olma ($r=.17$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.21$), sahip olunan kilo ($r=.24$), obez olup olmama ($r=.24$), beden kitle indeksi ($r=.34$), kilo memnuniyeti ($r=.30$), diyet yapıp yapmama ($r=.19$), kiloya neden olan sağlık sorunu ($r=.15$), sahip olunmak istenen kilo ($r=.14$) ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ($r=.20$), Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=.17$), başarısızlık ($r=.17$), karamsarlık ($r=.28$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=.20$), duyguları bastırma ($r=.13$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=.17$), terkedilme ($r=.20$), kusurluluk ($r=.25$), tekditler karşısında dayanıksızlık ($r=.23$) şemaları ile pozitif; demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=-.22$), cinsiyet ($r=-.13$), eğitim düzeyi ($r=-.27$), bir işe sahip olup olmama ($r=-.20$), madde kullanımı ($r=-.16$) ve sahip olunan beden algısı ($r=-.29$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tüm katılımcıların (obezitesi olan ve karşılaştırma grubu) sahip oldukları beden kitle indeksinin yordayıcılarını belirlemeden önce beden kitle indeksi ile demografik değişkenler, erken dönem uyumsuz şemalar ve kaçınma baş etme yollarının ilişkisini değerlendirmek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda beden kitle indeksinin demografik değişkenlerden yaş ($r=.48$), medeni durum ($r=.23$), çocuk sahibi olma ($r=.36$), sahip olunan çocuk sayısı ($r=.39$), yaşanılan yer ($r=.23$), fiziksel bir hastalığa sahip olma ($r=.39$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.40$), psikiyatrik bir tanıya sahip olma ($r=.28$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.38$), intihar girişiminde bulunma ($r=.11$), sahip olunan kilo ($r=.87$), obez olup olmama ($r=.75$), kilo memnuniyeti ($r=.48$), diyet yapıp yapmama ($r=.13$), kiloya neden olan sağlık sorunu ($r=.27$) ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ($r=.24$), Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=.30$), başarısızlık ($r=.14$), karamsarlık ($r=.21$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=.19$), duyguları bastırma

($r=.18$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=.17$), kendini feda ($r=.19$), terkedilme ($r=.19$), cezalandırılma ($r=.11$), kusurluluk ($r=.19$), tehditler karşısında dayanıksızlık ($r=.17$), yüksek standartlar ($r=.11$) şemaları ile pozitif; demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=-.60$), eğitim düzeyi ($r=-.45$), bir işe sahip olup olmama ($r=-.15$), gelir düzeyi ($r=-.17$), sahip olunan beden algısı ($r=-.73$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tüm katılımcıların toplam erken dönem uyumsuz şemalarının yordayıcılarını belirlemeden önce erken dönem uyumsuz şemalar ile demografik değişkenler, erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yollarının ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda erken dönem uyumsuz şemaların demografik değişkenlerden yaş ($r=.11$), çocuk sahibi olma ($r=.13$), sahip olunan çocuk sayısı ($r=.16$), yaşanılan yer ($r=.17$), fiziksel bir hastalığa sahip olma ($r=.14$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.19$), psikiyatrik bir tanıya sahip olma ($r=.14$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.19$), sahip olunan kilo ($r=.17$), obez olup olmama ($r=.16$), kilo memnuniyeti ($r=.24$) ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ($r=.52$), Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=.67$), başarısızlık ($r=.71$), karamsarlık ($r=.74$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=.77$), duyguları bastırma ($r=.65$), onay arayıcılık ($r=.59$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=.78$), ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim ($r=.58$), kendini feda ($r=.66$), terkedilme ($r=.75$), cezalandırılma ($r=.64$), kusurluluk ($r=.69$), tehditler karşısında dayanıksızlık ($r=.78$), yüksek standartlar ($r=.59$) şemaları ile pozitif; demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=-.22$), eğitim düzeyi ($r=-.28$), bir işe sahip olup olmama ($r=-.21$), gelir düzeyi ($r=-.23$), beden algısı ($r=-.20$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.'te tüm grupta yeme tutumu, beden kitle indeksi ve erken dönem uyumsuz şemalar ile incelenen tüm değişkenlerin ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4. Tüm Grup- Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Yeme Tutumu	.34**	.22**	-.22**	-.13*	.21**	.10	-.27**	-.20**	.17**	.22**	.18**	-.11	.18**
2 Beden Kitle İndeksi		.22**	-.60**	.01	.48**	.23**	-.45**	-.15**	.36**	.39**	.23**	-.17**	.39**
3 Toplam YŞÖ			-.22**	-.05	.11*	.08	-.28**	-.21**	.13*	.16*	.17**	-.23**	.14**
4 Klinik				.07	-.26**	-.15**	.24**	.15**	-.17**	-.13*	-.30**	.10	-.43**
5 Cinsiyet					.17**	.04	.09	.44**	.07	.03	-.03	.16**	-.00
6 Yaş						.44**	-.49**	-.09	.56**	.54**	.25**	-.06	.36**
7 Medeni Durum							-.31**	-.02	.59**	.02	.22**	.01	.26**
8 Eğitim düzeyi								.35**	-.45**	-.42**	-.27**	.33**	-.15**
9 İş durumu									-.11*	-.22**	-.06	.26**	-.09
10 Çocuk sahibi olma											.24**	.01	.18**
11 Çocuk sayısı											.03	-.12	.21**
12 Yaşanılan yer												-.12*	.14*
13 Gelir düzeyi													-.04

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 4. Devamı

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1 Yeme Tutumu	.19**	.17**	.21**	-.16**	.03	.24**	.24**	.30**	.19**	-.29**	.15**	.14**	.20**	.17**
2 Beden Kitle İndeksi	.40**	.28**	.38**	-.03	.11	.87**	.75**	.48**	.13*	-.73**	.27**	-.06	.24**	.30**
3 Toplam YŞÖ	.19**	.14**	.19**	.01	.09	.17**	.16**	.24**	.04	-.20**	.09	.08	.52**	.67**
4 Klinik	-.52**	-.33**	-.54**	-.09	-.20**	-.52**	-.52**	-.33**	-.31**	-.12*	-.29**	.01	-.20**	-.29**
5 Cinsiyet	-.04	-.12*	-.16**	.27**	-.02	.32**	.10	-.17**	.02	.13*	-.12*	-.20**	-.10	-.01
6 Yaş	.31**	.12*	.13*	-.00	-.05	.42**	.47**	.13*	.17**	-.27**	.11*	-.18**	.16**	.16**
7 Medeni Durum	.22**	.19**	.12*	.01	-.01	.21**	.25**	.11*	.07	-.14**	.09	-.07	.08	.15**
8 Eğitim düzeyi	-.19**	-.13*	-.18**	.17**	-.02	-.34**	-.41**	-.21**	-.04	.22**	-.14**	.05	-.24**	-.24**
9 İş durumu	-.15**	-.13*	-.21**	.19**	-.09	.00	-.13*	-.17**	.01	.13*	-.13*	-.11*	-.21**	-.13*
10 Çocuk sahibi olma	.16**	.20**	.17**	.03	.03	.32**	.38**	.16**	.04	-.19**	.11*	-.04	.13*	.20**
11 Çocuk sayısı	.21**	.05	.08	-.20**	-.00	.29**	.25**	.03	.07	-.16*	.03	-.15*	.13	.13
12 Yaşanılan yer	.14**	.11*	.14**	.08	.04	.20**	.11*	.10*	.15**	-.14**	.10	-.02	.15**	.14*
13 Gelir düzeyi	.07	.02	-.03	.17**	.01	-.12*	-.14*	-.17**	-.04	.17**	-.07	-.03	-.07	-.17**
14 Fiziksel hastalık	.86**	.31**	.40**	.01	.09	.34**	.28**	.14*	.23**	-.25**	.26**	-.03	.11*	.17**
15 Fiziksel ilaç kullanımı		.34**	.47**	.04	.07	.34**	.26**	.17**	.25**	-.28**	.28**	.01	.12*	.24**
16 Psikiyatrik tanı			.73**	.11*	.12*	.21**	.17**	.15**	.07	-.20**	.17**	.04	.19**	.17**
17 Psikiyatrik ilaç kullanımı				.10	.11*	.30**	.24**	.25**	.11*	-.31**	.23**	.01	.22**	.16**
18 Madde kullanımı					.22**	.11*	.02	-.01	-.07	.05	.02	.05	-.00	.02

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
19 İntihar Girişimi						.09	.12*	.19**	-.04	-.14*	.06	.07	.04	.13*
20 Sahip olunan kilo							.74**	.39**	.14*	-.65**	.23**	-.13*	.16**	.27**
21 Obez olup olmama								.48**	.18**	-.63**	.27**	-.04	.18**	.22**
22 Kilo memnuniyeti									.20**	-.59**	.30**	.23**	.18**	.27**
23 Diyet yapma										-.20**	.14**	.01	.06	.04
24 Beden algısı											-.36**	-.03	-.16**	-.27**
25 Kiloya neden olan sağlık sorunu												.05	.09	.12*
26 İstenen kilo													.02	.06
27 Kaçınma Baş Etme Yolu														.28**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 4. Devamı

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
1 Yeme Tutumu	.17**	.28**	.20**	.13*	.09	.17**	-.02	.09	.20**	.07	.25**	.23**	.08
2 Beden Kitle İndeksi	.14*	.21**	.19**	.18**	.05	.17**	-.00	.19**	.19**	.11*	.19**	.17**	.11*
3 Toplam YŞÖ	.71**	.74**	.77**	.65**	.59**	.78**	.58**	.66**	.75**	.64**	.69**	.78**	.59**
4 Klinik	-.15**	-.25**	-.20**	-.14**	-.03	-.18**	-.04	-.14**	-.22**	-.07	-.26**	-.18**	-.11*
5 Cinsiyet	-.12*	-.15**	-.06	.06	-.02	-.11*	.06	-.05	-.04	.03	-.02	-.07	.11*
6 Yaş	.02	.06	.02	.09	.10	.04	.00	.16**	.06	.16**	.00	.13*	.14**
7 Medeni Durum	.08	.10	.08	.07	.04	.07	-.08	.07	.03	.05	.04	.03	-.03
8 Eğitim düzeyi	-.22**	-.21**	-.20**	-.16**	-.21**	-.21**	-.04	-.22**	-.28**	-.24**	-.16**	-.20**	-.15**
9 İş durumu	-.22**	-.22**	-.11	-.15**	-.13*	-.23**	-.05	-.14**	-.19**	-.16**	-.19**	-.16**	-.01
10 Çocuk sahibi olma	.11*	.15**	.11*	.10	.06	.09	-.06	.13*	.05	.07	.07	.10	.06
11 Çocuk sayısı	.11	.10	.10	.18**	.09	.08	.07	.17*	.14*	.16*	.09	.14*	.11
12 Yaşanılan yer	.18**	.18**	.10	.08	.08	.17**	.07	.18**	.11*	.13*	.16**	.05**	.07
13 Gelir düzeyi	-.21**	-.16**	-.12*	-.18**	-.14*	-.24**	-.08	-.13*	-.21**	-.12*	-.22**	-.13**	.08
14 Fiziksel hastalık	.13*	.09	.14*	.09	.04	.12*	.04	.09	.11*	.08	.13*	.14*	.05
15 Fiziksel ilaç kullanımı	.16**	.11*	.15**	.10	.06	.15**	.06	.10	.13*	.08	.17**	.10**	.11
16 Psikiyatrik tanı	.10	.19**	.11*	.09	.07	.10	-.02	.12*	.09	.14*	.08	.12	.08
17 Psikiyatrik ilaç kullanımı	.12*	.24**	.15**	.04	.06	.13*	.02	.16**	.17**	.18**	.13*	-.07**	.08
18 Madde kullanımı	-.04	.08	.04	-.06	-.03	-.05	.01	.05	-.06	-.00	-.01	.06	.10
19 İntihar Girişimi	.07	.18**	.21**	.09	.03	.05	.02	.05	.04	.03	.12*	.00	-.05
20 Sahip olunan kilo	.05	.15**	.12*	.14**	.01	.12*	.01	.15**	.15**	.10	.18**	.13*	.13*
21 Obez olup olmama	.08	.15**	.13*	.13*	.04	.12*	-.02	.17**	.12*	.14**	.13*	.13*	.11*
22 Kilo memnuniyeti	.22**	.27**	.21**	.15**	.07	.17**	.04	.16**	.15**	.17**	.17**	.20**	.11*
23 Diyet yapma	.02	.00	.04	.00	.08	.00	-.02	.05	.02	.10	-.03	.02	.03
24 Beden algısı	-.11*	-.21**	-.15**	-.14*	-.05	-.13*	-.03	-.14**	-.18**	-.09	-.17**	-.17**	-.13*
25 Kiloya neden olan sağlık sorunu	.07	.15**	.10	-.00	-.04	.02	.07	.06	.09	.05	.07	.04	.08

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
26 İstenen kilo	.16**	.16**	.09	.05	.05	.04	-.01	-.03	.02	-.05	.11*	.06	.05
27 Kaçınma Baş Etme Yolu	.29**	.39**	.37**	.33**	.46**	.29**	.37**	.43**	.29**	.49**	.26**	.40**	.38**
28 Duygusal Yoksunluk	.53**	.46**	.63**	.46**	.28**	.54**	.31**	.36**	.50**	.31**	.55**	.45**	.33**
29 Başarısızlık		.51**	.55**	.45**	.37**	.66**	.24**	.32**	.57**	.27**	.63**	.52**	.27**
30 Karamsarlık			.60**	.42**	.41**	.55**	.26**	.43**	.57**	.45**	.51**	.66**	.42**
31 Sosyal izolasyon/güvensizlik				.53**	.41**	.59**	.32**	.43**	.61**	.40**	.60**	.58**	.37**
32 Duyguları bastırma					.31**	.57**	.30**	.36**	.46**	.30**	.53**	.44**	.29**
33 Onay Arayıcılık						.39**	.52**	.52**	.42**	.63**	.25**	.47**	.49**
34 İç İç Geçme/Bağımlılık							.26**	.45**	.65**	.31**	.68**	.57**	.37**
35 Ayrıcalıklılık/Yetersiz Öz Denetim								.41**	.32**	.48**	.21**	.37**	.48**
36 Kendini Feda									.38**	.59**	.27**	.48**	.40**
37 Terk Edilme										.37**	.66**	.63**	.36**
38 Cezalandırılma											.16**	.51**	.38**
39 Kusurluluk												.51**	.30**
40 Tehditler Karşısında Dayanıksızlık													.43**
41 Yüksek Standartlar													

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.8 Katılımcıların Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Yordayıcıları

Tüm grupta yeme tutumu, beden kitle indeksi ve erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcılarını belirlemek amacıyla 3 ayrı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk regresyon analizi tüm grupta yeme tutumunu yordayıcı değişkenleri belirlemek amacıyla, ikinci regresyon analizi ise tüm grupta beden kitle indeksini yordayıcı değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. İlk analizde bağımlı değişken olarak yeme tutumu (Yeme Tutum Testinin toplam puanı), ikinci analizde ise bağımlı değişken olarak katılımcıların sahip oldukları beden kitle indeksi girilmiştir. Her iki analizde de bağımsız değişken olarak ilk aşamada demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet ve gelir düzeyi; ikinci aşamada ise erken dönem uyumsuz şemalar (Young Şema Ölçeği 14 şema boyutu) ve kaçınma baş etme yolu (Young-Rygh Kaçınma Ölçeği toplam puanı) girilmiştir. Tüm grupla yapılan son regresyon analizi erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcılarını belirlemek için yapılmıştır. Analizde bağımlı değişken olarak erken dönem uyumsuz şemalar (Young Şema Ölçeği toplam puanı) girilmiştir. Regresyon analizinin ise ilk aşamasında yaş, cinsiyet, gelir düzeyi ve yeme tutumu (Yeme Tutum Testi toplam puanı); ikinci aşamasında ise obezite olup olmaması girilmiştir.

3.2.8.1 Tüm grupta yeme tutumunu yordayan değişkenler

Regresyon analizi sonuçlarına göre birinci basamak varyansın %8'ini [F(3,318)=9.61, $p<.001$] açıklamıştır. Bu basamakta yaş ve cinsiyet yordayıcı değişken olarak bulunmuştur. İkinci basamak varyansın %10'unu [F(18,303)=3.73, $p<.001$] açıklamıştır. Bu aşamada yaş, cinsiyet ve kaçınma baş etme yolu yeme tutumunun yordayıcı değişkenleri olarak bulunmuştur. Toplamda tüm değişkenler yeme tutumunun varyansının %18'ini [F(15,303)=2.43, $p<.01$] açıklamıştır.

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde yaş ($\beta=.22$) ve kaçınma baş etme yolu ($\beta=.14$) yeme tutumu ile pozitif yönde ilişkisi olduğu, cinsiyetin (Kadın= 1, Erkek= 2) ($\beta=-.13$) ise yeme tutumu ile negatif yönde ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Başka

bir ifade ile kadın olmak, yaşın ilerlemesi ve kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyi arttıkça bozuk yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de arttığı bulunmuştur.

3.2.8.2 Tüm grupta beden kitle indeksini yordayan değişkenler

Regresyon analizi sonuçlarına göre birinci basamak varyansın %24'n açıklamıştır [F(3,318)= 34.26, $p<.001$]. Bu basamakta yaş ve gelir düzeyi yordayıcı değişken olarak bulunmuştur. İkinci basamak varyansın %11'ini [F(18,303)= 9.12, $p<.001$] açıklamıştır. Bu aşamada yaş, gelir düzeyi, duygusal yoksunluk ve kaçınma baş etme yolu beden kitle indeksinin yordayıcı değişkenleri olarak bulunmuştur. Toplamda tüm değişkenler beden kitle indeksinin varyansının %35'ini [F(15,303)= 3.34, $p<.001$] açıklamıştır.

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde yaş ($\beta=.42$) ve duygusal yoksunluk ($\beta=.16$) şemasının ve kaçınma baş etme yolunun ($\beta=.21$) beden kitle indeksi ile pozitif yönde ilişkisi olduğu, gelir düzeyinin ($\beta=-.10$) ise yeme tutumu ile negatif yönde ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile yaş ilerledikçe, duygusal yoksunluk şemasına sahip olma düzeyi ve kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyi arttıkça beden kitle indeksinin de arttığı, sahip olunan gelir düzeyi düştüğünde ise beden kitle indeksinin arttığı görülmektedir.

3.2.8.3 Tüm grupta erken dönem uyumsuz şemaları yordayan değişkenler

Regresyon analizi sonuçlarına göre birinci basamak varyansın %9'unu açıklamıştır [F(4,317)=8.47, $p<.001$]. Bu basamakta gelir düzeyi ve yeme tutumu erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcı değişkenleri olarak bulunmuştur. İkinci basamak varyansın %1'ini [F(5,316)=7.29, $p<.001$] açıklamıştır. Bu aşamada gelir düzeyi ve yeme tutumu erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcı değişkenleri olarak bulunmuştur. Toplamda tüm değişkenler erken dönem uyumsuz şemaların varyansının %10'unu [F(1,316)=2.42, $p=.12$] açıklamıştır.

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde erken dönem uyumsuz Şemaların yeme tutumu ($\beta=.16$) ile pozitif yönde ilişkisi olduğu, gelir düzeyinin ($\beta=-.20$) ise erken dönem uyumsuz Şemalar ile negatif yönde ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile bozuk yeme tutumuna sahip olma düzeyi arttıkça uyumsuz erken dönem Şemaların da arttđđı, sahip olunan gelir düzeyi arttđđında ise erken dönem uyumsuz Şemaların düzeyinin azaldđđı belirlenmiştir.

Tablo 5. Tüm Grupta Yeme Tutumu, Beden Kitle İndeksi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Yordayıcıları

Yordanan (Bağımlı) Değişkenler	Aşamalar	Değişkenler	β	t	R ²	df	F change
Yeme Tutumu	1	Yaş	.24	4.33***			
		Cinsiyet	-.17	-3.13**	.08	3,318	9.61***
	2	Yaş	.22	3.97***			
		Cinsiyet	-.13	-2.18*			
		Kaçınma Baş Etme Yolu	.14	2.07*	.10	18,303	3.73***
Beden Kitle İndeksi	1	Yaş	.47	9.52***			
		Gelir Düzeyi	-.13	-2.63**	.24	3,318	34.26***
	2	Yaş	.42	8.37***			
		Gelir Düzeyi	-.10	2.13*			
		Duygusal Yoksunluk	.16	2.34*			
		Kaçınma Baş Etme Yolu	.21	3.56***	.11	18,303	9.12***
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	1	Gelir Düzeyi	-.20	-3.74***			
		Yeme Tutumu	.16	2.86**	.10	4,317	8.47***
	2	Gelir Düzeyi	-.19	-3.55***			
		Yeme Tutumu	.15	2.60**	.01	5,316	7.29***

* p< .05, ** p<.01, ***p<.001

3.2.9 Aşırı Kilolu ve Obezite Grubunda Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar

Araştırmanın aşırı kilolu ve obezite grubunda kaygı, depresyon, benlik saygısı, yeme tutumu ve intihar düşüncesinden oluşan bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi sonuçları incelenmiştir. Kaygının demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=.15$), cinsiyet ($r=.31$), bir işe sahip olup olmama ($r=.18$), sahip olunan beden algısı ($r=.24$) ile pozitif; demografik değişkenlerden sahip olunan çocuk sayısı ($r=-.17$), psikiyatrik bir tanıya sahip olma ($r=-.20$) ve bu nedenle psikiyatrik ilaç kullanma ($r=-.17$), intihar girişiminde bulunma ($r=-.15$), beden kitle indeksi ($r=-.17$), kilo memnuniyeti ($r=-.25$), sahip olunmak istenen kilo ($r=-.19$) ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ($r=-.29$), Young Telafi Ölçeği ($r=-.30$), Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=-.26$), başarısızlık ($r=-.17$), karamsarlık ($r=-.51$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=-.37$), duyguları bastırma ($r=-.17$), onay arayıcılık ($r=-.24$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=-.21$), kendini feda ($r=-.19$), terkedilme ($r=-.23$), cezalandırılma ($r=-.19$), kusurluluk ($r=-.25$), tehditler karşısında dayanıksızlık ($r=-.28$), yüksek standartlar ($r=-.18$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubunda depresyonun demografik değişkenlerden fiziksel bir hastalığa sahip olma ($r=.18$) ile pozitif; Young Şema Ölçeğinin karamsarlık ($r=-.20$) ve kendini feda ($r=-.15$) şemaları ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubunda benlik saygısının demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=.15$), bir işe sahip olup olmama ($r=.16$) ile pozitif; demografik değişkenlerden çocuk sahibi olma ($r=-.19$), intihar girişiminde bulunma ($r=-.15$), beden kitle indeksi ($r=-.19$) ile Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=-.41$), başarısızlık ($r=-.37$), karamsarlık ($r=-.32$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=-.36$), duyguları bastırma ($r=-.29$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=-.39$), terkedilme ($r=-.23$), kusurluluk ($r=-.29$), tehditler karşısında dayanıksızlık ($r=-.25$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubunda yeme tutumunun demografik değişkenlerden yaş ($r=.15$), çocuk sayısı ($r=.21$), yaşanılan yer ($r=.19$), fiziksel bir hastalığa sahip olma ($r=.16$) ve bu nedenle ilaç kullanma ($r=.18$), psikiyatrik tanıya sahip olma ($r=.17$) ve buna bağlı

psikiyatrik ilaç kullanma ($r=.19$), beden kitle indeksi ($r=.31$), beden memnuniyeti ($r=.27$), diyet yapma ($r=.16$) ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ($r=.21$), karamsarlık ($r=.24$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=.19$), terkedilme ($r=.18$), kusurluluk ($r=.21$), tehditler karşısında dayanıksızlık ($r=.18$) ile pozitif; demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=-.20$), cinsiyet ($r=-.26$), eğitim düzeyi ($r=-.23$), bir işe sahip olup olmama ($r=-.21$), madde kullanımı ($r=-.27$), sahip olunan bedene yönelik algı ($r=-.31$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubunda intihar düşüncesinin demografik değişkenlerden tedavi için başvuru alan klinik ($r=.24$), sahip olunan bedene yönelik algı ($r=.17$) ile pozitif; demografik değişkenlerden psikiyatrik ilaç kullanma ($r=-.15$), madde kullanımı ($r=-.16$), intihar girişiminde bulunma ($r=-.51$), kendine zarar verme ($r=-.38$), sahip olunan kiloya yönelik memnuniyet ($r=-.23$), kiloya neden olan sağlık sorunu ($r=-.15$) ile Young Şema Ölçeğinin duygusal yoksunluk ($r=-.22$), karamsarlık ($r=-.39$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=-.27$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezite grubunda tüm bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 6.'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Aşırı Kilolu ve Obezite Grubu- Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Kaygı	.16*	.24**	-.22**	.32**	.15*	.31**	.00	.13	.18*	-.03	-.17*	-.02	-.01
2 Depresyon		-.00	-.09	.10	.01	.01	.07	.01	-.04	-.01	.03	.08	.18*
3 Benlik saygısı			-.06	.08	.15*	.11	-.02	.04	.16*	-.19*	-.00	-.11	-.04
4 Yeme tutumu				-.16*	-.20**	-.26**	.15*	-.23**	-.21**	.09	.21*	.19**	.16*
5 İntihar düşüncesi					.24**	.07	.12	-.08	.01	.07	-.01	-.01	-.08
6 Klinik						.14*	-.16*	.17*	.15*	-.06	-.10	-.36**	-.40**
7 Cinsiyet							.08	.24**	.56**	-.03	-.04	-.10	-.05
8 Yaş								-.45**	-.15*	.45**	.52**	.22**	.32**
9 Eğitim düzeyi									.35**	-.30**	-.39**	-.23**	-.02
10 İş durumu										-.10	-.19**	-.10	-.10
11 Çocuk sahibi olma												.14	.11
12 Çocuk sayısı												-.00	.17*
13 Yaşanılan Yer													.12

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 6. Devamı

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1 Kaygı	-.10	-.20**	-.17*	-.05	-.15*	-.12	-.17*	-.25**	-.07	.24	-.12	-.19**	-.30**
2 Depresyon	.11	.04	.06	-.12	.01	.09	-.03	-.08	-.07	.05	-.09	-.07	-.13
3 Benlik saygısı	-.05	-.09	-.14	-.11	-.15*	-.03	-.19**	-.12	.10	.10	.04	-.13	-.12
4 Yeme tutumu	.18*	.17*	.19**	-.27**	-.03	.09	.31**	.27**	.16*	-.31**	.11	.14	.21**
5 İntihar düşüncesi	-.12	-.13	-.15*	-.16*	-.51**	-.38**	-.10	-.23**	.04	.17*	-.15*	-.09	-.05
6 Klinik	-.50**	-.36**	-.55**	-.10	-.20**	.03	-.60**	-.25**	-.08	.45**	-.24**	-.01	-.22**
7 Cinsiyet	-.08	-.14	-.23**	.23**	-.06	.08	-.17*	-.32**	-.03	.31**	-.19**	-.23**	-.10
8 Yaş	.30**	.02	.01	-.10	-.16*	-.23**	.22**	-.09	.03	.03	-.01	-.18*	.06
9 Eğitim düzeyi	-.12	-.07	-.10	.22**	.08	.11	-.31**	.03	.11	.03	-.06	.00	-.21**
10 İş durumu	-.18*	-.18*	-.24**	.09	-.09	.10	-.12	-.20**	.02	.19*	-.15*	-.17*	-.22**
11 Çocuk sahibi olma	.12	.10	.08	-.04	-.11	-.16*	.09	-.00	-.04	.06	.02	.02	.05
12 Çocuk sayısı	.18*	.09	.07	-.23**	-.03	-.12	.34**	-.13	-.04	-.03	-.03	-.16*	.12
13 Yaşanılan Yer	.15*	.11	.13	.05	-.00	-.10	.27**	.07	.12	-.18*	.11	.01	.15*
14 Fiziksel hastalık	.85**	.34**	.41**	.03	.07	.06	.30**	-.01	.20**	-.12	.21**	-.05	.09
15 Fiziksel ilaç kullanımı		.38**	.49**	.06	.05	.02	.34**	.06	.26**	-.20**	.25**	-.02	.11
16 Psikiyatrik tanı			.77**	.08	.14	.19**	.26**	.12	.08	-.20**	.17*	.06	.17*
17 Psikiyatrik ilaç kullanımı				.08	.10	.08	.35**	.24**	.10	-.31**	.19**	.01	.21**
18 Madde kullanımı					.28**	.11	-.10	-.01	-.04	.08	.03	.10	-.07
19 İntihar Girişimi						.31**	.01	.14	-.07	-.07	.04	.03	-.02
20 Kendine Zarar Verme							-.07	.07	-.04	-.04	.01	.11	.07
21 Beden Kitle İndeksi								.28**	-.04	-.56**	.11	-.08	.24**
22 Kilo memnuniyeti									.15*	-.67**	.25**	.17*	.12
23 Diyet yapma										-.11	.12	-.03	.07
24 Beden algısı											-.28**	-.04	-.15*
25 Kiloya neden olan sağlık sorunu												.07	.05
26 İstenen kilo													.02

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 6. Devamı

	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
1 Kaygı	-.30**	-.26**	-.17*	-.51**	-.37**	-.17*	-.24**	-.21**	-.19**	-.23**	-.19**	-.25**	-.28**	-.18*
2 Depresyon	-.07	-.07	-.00	-.20**	.05	-.03	-.09	-.02	-.15*	-.13	-.02	-.10	-.07	-.05
3 Benlik saygısı	.03	-.41**	-.37**	-.32**	-.36**	-.29**	-.07	-.39**	-.12	-.23**	-.08	-.29**	-.25**	.01
4 Yeme tutumu	.10	.12	.14	.24**	.19*	.11	.11	.09	.09	.19*	.05	.21**	.18*	.03
5 İntihar düşüncesi	-.14	-.22**	.01	-.39**	-.27**	.01	-.03	.01	-.13	-.06	-.11	-.14	-.06	-.04
6 Klinik	-.11	-.30**	-.18*	-.30**	-.25**	-.15*	-.05	-.22**	-.14	-.26**	-.05	-.31**	-.20**	-.11
7 Cinsiyet	.02	-.13	-.17*	-.28**	-.13	-.03	-.07	-.19**	-.15*	-.10	-.05	-.11	-.13*	.10
8 Yaş	.05	.10	.06	-.03	-.03	.03	.15*	.05	.12	.10	.11	-.00	.11	.14
9 Eğitim düzeyi	-.03	-.12	-.13	-.08	-.09	-.09	-.22**	-.11	-.15*	-.24**	-.13	-.05	-.05	-.11
10 İş durumu	-.06	-.18*	-.12	-.22**	-.09	-.13	-.16*	-.15*	-.17*	-.14	-.14*	-.13	-.11	-.04
11 Çocuk sahibi olma	-.05	.07	.08	.06	.03	.07	.03	.06	.09	.03	-.03	.02	.05	.04
12 Çocuk sayısı	.10	.17*	.12	.09	.09	.19*	.12	.08	.16	.12	.16*	.09	.10	.11
13 Yaşanılan Yer	-.04	.16*	.26**	.24**	.13	.12	.13	.26**	.25**	.24**	.15*	.26**	.23**	.07
14 Fiziksel hastalık	.07	.16*	.16*	.08	.15*	.05	.09	.13	.05	.14	.03	.16*	.16*	.07
15 Fiziksel ilaç kullanımı	.09	.24**	.20**	.11	.17*	.08	.11	.16*	.08	.16*	.07	.20**	.22**	.13
16 Psikiyatrik tanı	.13	.14	.07	.14	.07	.10	.06	.07	.09	.14	.11	.11	.03	.04
17 Psikiyatrik ilaç kullanımı	.15*	.12	.09	.24**	.15*	.04	.08	.15*	.19*	.22**	.19**	.15*	.19**	.09
18 Madde kullanımı	-.01	-.01	-.01	.12	.02	-.03	-.07	-.01	.03	-.02	-.03	-.00	.11	.04
19 İntihar Girişimi	.01	.13	-.03	.20**	.18*	.03	-.03	.01	.03	.01	-.03	.12	-.07	-.12
20 Kendine Zarar Verme	.09	-.01	-.04	.15*	.12	.01	.01	-.01	-.13	-.02	.00	.05	.05	.08
21 Beden Kitle İndeksi	.11	.25**	.17*	.20**	.21**	.17*	.06	.19**	.13	.24**	.02	.21**	.18*	.05
22 Kilo memnuniyeti	.08	.22**	.17*	.24**	.13	.11	.06	.09	.10	.12	.15*	.10	.18*	.05
23 Diyet yapma	.05	.01	.03	-.07	.01	-.01	.07	-.00	.01	-.03	.09	-.06	-.02	.02
24 Beden algısı	-.09	-.27**	-.17**	-.27**	-.17*	-.15*	-.09	-.16*	-.17*	-.20**	-.10	-.16*	-.21**	-.12

		28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
25	Kiloya neden olan sağlık sorunu	.04	.04	.04	.15*	.06	-.06	-.08	-.04	.02	.08	.03	.02	.02	.03
26	İstenen kilo	.08	.07	.21**	.27**	.13	.08	.08	.04	-.01	.08	.00	.16*	.12	.07
27	Kaçınma Baş Etme Yolu	.54**	.30**	.27**	.37**	.33**	.30**	.45**	.28**	.40**	.29**	.48**	.25**	.39**	.41**
28	Telafi Baş Etme Yolu		.23**	.13	.32**	.38**	.19**	.51**	.13	.28**	.33**	.43**	.20**	.38**	.47**
29	Duygusal Yoksunluk			.55**	.43**	.62**	.47**	.34**	.58**	.37**	.53**	.35**	.52**	.47**	.30**
30	Başarısızlık				.48**	.51**	.45**	.34**	.64**	.33**	.56**	.24**	.60**	.53**	.26**
31	Karamsarlık					.55**	.36**	.40**	.49**	.42**	.53**	.38**	.53**	.62**	.39**
32	Sosyal izolasyon/güvensizlik						.50**	.40**	.60**	.41**	.60**	.32**	.57**	.55**	.35**
33	Duyguları bastırma							.27**	.54**	.31**	.41**	.25**	.53**	.36**	.26**
34	Onay Arayıcılık								.39**	.51**	.42**	.59**	.27**	.47**	.50**
35	İç İç Geçme/Bağımlılık									.45**	.62**	.28**	.65**	.57**	.34**
36	Kendini Feda										.34**	.59**	.26**	.44**	.40**
37	Terk Edilme											.32**	.64**	.57**	.37**
38	Cezalandırılma												.14	.48**	.47**
39	Kusurluluk													.49**	.29**
40	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık														.42**
41	Yüksek Standartlar														

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.10 Aşırı Kilolu ve Obezite Grubunun Psikolojik Sıkıntıları

Aşırı kilolu ve obezite grubunun psikolojik sıkıntılarını belirlemek için yapılan analizlerde kaygı (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Kaygı), depresyon (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Depresyon), benlik saygısı (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı), yeme tutumu (Yeme Tutum Testi-40 toplam puanı) ve intihar düşüncesi bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Obezite grubuyla yapılan 5 regresyon analizinde de aynı bağımsız değişkenler kullanılmıştır. Tüm değişkenlerin tek aşamada girildiği analizlerde erken dönem uyumsuz şemalar (Young Şema Ölçeği 14 şema boyutu) ve kaçınma baş etme yolu (Young-Rygh Kaçınma Ölçeği toplam puanı) bağımsız değişkenler olarak regresyon eşitliğine girilmiştir. Sosyodemografik değişkenler aşırı kilolu ve obezite grubundaki kişi sayısının azlığı nedeniyle regresyon eşitliğine girilmemiştir.

3.2.10.1 Kaygıyı yordayan değişkenler

Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin kaygı düzeylerinin erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yolu ile olan ilişkileri tek aşamalı doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler kaygının varyansının %41'ini [$F(15,173)=7.94, p<.001$] açıklamıştır. Başarısızlık, karamsarlık ve kaçınma baş etme yolu kaygıyı yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir. Başarısızlık ($\beta=-.19$) kaygı ile negatif yönde ilişkili; karamsarlık ($\beta=.60$) ve kaçınma baş etme yolu ($\beta=-.16$) ise kaygı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifade ile kişinin kaygı düzeyi azaldıkça başarısızlık şema düzeyinin arttığı, kaygı düzeyi arttığında ise karamsarlık şema düzeyinin ve kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyinin de arttığı görülmektedir.

3.2.10.2 Depresyonu yordayan değişkenler

Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin depresyon düzeylerinin erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yolu ile olan ilişkileri tek aşamalı doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler depresyonun varyansının %26'sını [F(15,173)=4.13, $p<.001$] açıklamıştır. Yapılan analizde karamsarlık, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, terk edilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları depresyonu yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir. Karamsarlık ($\beta=.39$) şemasının depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim ($\beta=-.21$), terk edilme ($\beta=-.22$) ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının ($\beta=-.28$) ise depresyon ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile karamsarlık şema düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, terk edilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının düzeyi arttığında ise depresyon düzeyinin azaldığı bulunmuştur.

3.2.10.3 Benlik saygısını yordayan değişkenler

Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yolu ile olan ilişkileri tek aşamalı doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler varyansın %32'sini [F(15,173)=5.31, $p<.001$] açıklamıştır. Yapılan analizde duygusal yoksunluk, başarısızlık karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemaları benlik saygısını yordayıcı değişkenleri olarak bulunmuştur. Ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim şemasının ($\beta=.17$) benlik saygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu; duygusal yoksunluk ($\beta=-.26$), başarısızlık ($\beta=-.18$), karamsarlık($\beta=-.19$), iç içe geçme/bağımlılık ($\beta=-.22$) şemalarının ise benlik saygısı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka bir ifade ile ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim şemasına sahip olma düzeyi arttıkça benlik saygısının da arttığı, duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık

şemalarına sahip olma düzeyinin artmasıyla ise benlik saygısı düzeyinin düştüğü görülmektedir.

3.2.10.4 Yeme tutumunu yordayan değişkenler

Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin yeme tutumlarının erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yolu ile olan ilişkileri tek aşamalı doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler yeme tutumunun varyansının %12'sini [$F(15,173)=1.57, p=.09$] açıklamıştır. Yapılan analizde kaçınma baş etme yolu yeme tutumunu yordayıcı değişken olarak bulunmuştur. Kaçınma ile baş etmenin ($\beta=.20$) yeme tutumu ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyi arttıkça bozulmuş yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de arttığı görülmektedir.

3.2.10.5 İntihar düşüncesini yordayan değişkenler

Aşırı kilolu ve obezitesi olan bireylerin intihar düşüncelerinin erken dönem uyumsuz şema boyutları ve kaçınma baş etme yolu ile olan ilişkisi tek aşamalı doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler intihar düşüncesinin varyansının %36'sını [$F(15,170)=6.25, p<.001$] açıklamıştır. Yapılan analizde duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları intihar düşüncesini yordayıcı değişkenleri olarak belirlenmiştir. Başarısızlık ($\beta=.20$), duyguları bastırma ($\beta=.16$), iç içe geçme/bağımlılık ($\beta=.22$), tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının ($\beta=.21$) intihar düşüncesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu; duygusal yoksunluk ($\beta=-.23$), karamsarlık ($\beta=-.55$), sosyal izolasyon/güvensizlik şemaları ($\beta=-.31$) ile intihar düşüncesi arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Başka bir ifade ile başarısızlık, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının

düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin arttığı; duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik şemalarının düzeyleri arttığında ise intihar düşüncesinin azaldığı bulunmuştur.

Tablo 7. Aşırı Kilolu ve Obezite Grubunda Psikolojik Sıkıntılar, İntihar Düşüncesi ve Yeme Tutumlarının Yordayıcıları

Yordanan (Bağımlı) Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	df	F change
Kaygı	Başarısızlık	-.19	-2.20*			
	Karamsarlık	.60	7.13***			
	Kaçınma Baş Etme Yolu	.16	2.27*	.41	15,173	7.94***
Depresyon	Karamsarlık	.39	4.18***			
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Öz Denetim	-.21	-2.35*			
	Terk Edilme	-.22	-2.16*			
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	-.28	-2.87**	.26	15,173	4.13***
Benlik Saygısı	Duygusal Yoksunluk	-.26	-2.87**			
	Başarısızlık	-.18	-1.95*			
	Karamsarlık	-.19	-2.05*			
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	-.22	-2.10*			
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	.17	1.96*	.32	15,173	5.31***
Yeme Tutumu	Kaçınma Baş Etme Yolu	.20	2.32*	.12	15,173	1.57
İntihar Düşüncesi	Duygusal Yoksunluk	-.23	-2.61**			
	Başarısızlık	.20	2.15*			
	Karamsarlık	-.55	-6.24***			
	Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	-.31	-3.25***			
	Duyguları Bastırma	.16	1.98*			
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	.22	2.11*			
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	.21	2.29*	.36	15,170	6.25***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Bu çalışmanın temel amacı obezite ile ilişkili psikolojik faktörleri Young'ın Şema Kuramı çerçevesinde incelemektir. Bu amaçla aşırı kilolu olma ve obeziteyle ilişkili erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi, bu şemaları sürdürücü rol oynayan ve aşırı yeme ile birlikte obezitenin devam etmesine neden olan baş etme yollarının değerlendirilmesi ve tüm bunların kaygı, depresyon, benlik saygısı, yeme tutumu ve intihar düşüncesi üzerindeki etkilerinin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kilolu kişiler kıyaslanarak ele alınması hedeflenmiştir. Bu bölümde bu amaç doğrultusunda gerçekleştirilen analizlerin sonuçları değerlendirilecektir. Öncelikle çalışmanın yapıldığı grubun özellikleri değerlendirilecektir. Ardından çalışmada incelenen bağımlı (kaygı, depresyon, benlik saygısı, yeme tutumu, intihar düşüncesi) ve bağımsız değişkenler (erken dönem uyumsuz şemalar, kaçınma ve telafi baş etme yolu) ile obezite arasındaki ilişki ele alınacak ve psikolojik sıkıntıların yordayıcıları değerlendirilecektir. Çalışmada öne sürülen hipotezlerin sonuçlarının yorumlanmasının ardından ise araştırmanın sınırlılıkları, klinik göstergeler ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunularak bu bölüm sonlandırılacaktır.

4.1 ÖRNEKLEM ÖZELLİKLERİ

Aşırı kilolu ve obezitesi olan katılımcılardan oluşan grubun büyük bir çoğunluğu kadın (%66.1) katılımcılardan oluşmaktadır. Bu çalışmadaki kadınlarda obezitenin yaygınlığına dair yüksek oran obezite konulu farklı çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Pek çok çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda obezite olduğu belirlenmiştir (Al-Kandari, 2006: 150; Fagan ve Ark., 2002: 805-806; Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010: 149-151). Literatürdeki ile tutarlı olan bu bulgunun nedeni toplumda kadın ve erkeğin sahip olduğu rol ve sorumluluklarla ilişkili olabilir. Özellikle toplumumuzda erkeklere kıyasla kadınlara daha kısıtlayıcı bir hareket alanı sağlanmaktadır. Her ortam ve koşula girmesi ya da çalışması erkeklere oranla daha güç olan kadınların hareket alanlarının kısıtlayıcı olması onların daha çok zamanlarını evde ya da yalnızca yakın çevrelerinde yaşayan komşularıyla zaman geçirdikleri dar bir alanda sınırlamalarına neden olmaktadır. Kadınların hareket alanlarının kısıtlı olması, daha çok yemek ve ikram temelli ve evde gerçekleşen misafirlik olgusunun gelişmiş olması ve buralarda yapılan ikramların daha çok yüksek kalorili yiyeceklerden oluşması kadınlarda

obezitenin erkeklere oranla daha yaygın olmasına bir sebep olabilir. Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun yine büyük bir çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmıyor olması (% 61.4) da kadınların daha çok evde vakit geçirdikleri, hareket alanlarının daha dar olduğuna dair bu görüşü desteklemektedir. Özarmağan ve Bozboru (2002: 1-15) ise kadınların gebelik, sahip oldukları çocuk sayısı ve menapoz dönemleri aşırı kilolu ve obez olmalarında etkili faktörler olabileceğini belirtmektedirler. Bu çalışmadaki aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun büyük bir çoğunluğunun çocuk sahibi olması da (% 84.1) aşırı kilo ve obezite oranlarının yüksek olmasında etkili olmuş olabilir. Çünkü hamilelik süresince kişi kilo almakta, doğumdan sonra ise bu kiloları vermek güç olmaktadır. Bu kiloların hamilelik süresince oluşmasında bebeğin beslenmesi gerektiğine dair inancın yanlış yorumlanarak dengesiz ve aşırı yemek tüketiminin, sonrasında alınan kilonun verilmesinde yaşanan güçlüklerin ise çocuğun emzirilme süresinde yine aynı düşüncenin hakim olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun yaş ortalamasının 39.97 (S.S.= 11.13; Min.=18; Maks.=65) olduğu belirlenmiştir. Bu oran normal kilolu kişilerden oluşan karşılaştırma grubuna (Ort.=29.15; S.S.=9.01; Min.=18; Maks.=65) göre daha yüksektir. 18-44, 45-64 ve 65 yaş üzeri kişilerde obezitenin yaygınlığının kıyaslandığı bir çalışmada en fazla 45-64 yaş grubunda obezitenin görüldüğü (%34.4) belirlenmiştir (Fagan ve Ark., 2002: 805-806). Obezitenin görülme sıklığının yaşın ilerlemesiyle birlikte arttığına dair sonuçlara farklı çalışmalarda da rastlanmaktadır (Al-Kandari, 2006: 150; Keskin, Engin & Dulgerler, 2010: 149-151; Raina & Jamwal, 2009: 21). Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun yaşlarının normal kilolu kişilerden daha fazla olmasının nedeni yaş ilerledikçe daha düzenli bir hayatın yaşanması, evlilik, çocuk sahibi olma ve sahip olunan çocuk sayısının artması gibi koşullara sahip olunması olarak düşünülebilir. Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilere dair elde edilen oranlarda bu düşüncüyü desteklemekte, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler evli (% 82), çocuk sahibi olanlar (%84.1) ve sahip olunan çocuk sayısı ortalamalarının (Ort.=2.37; S.S.=1.19; Min.=1; Maks.=9) normal kilolu kişilerde evli (%53.1), çocuk sahibi olan (%48.8) ve sahip olunan çocuk sayısı ortalamalarına (Ort.=1.76; S.S.=.91; Min.=1; Maks.=5) göre daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda da düzenli bir hayata sahip olmak, artan çocuk sayısı ya da evlilik gibi

koşullar kişinin kilo almasına sebep olarak gösterilmektedir (Özarmağan & Bozbora, 2002: 1-15).

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezite grubunun büyük bir çoğunluğunun orta gelir düzeyine sahip oldukları (%75.1) görülmektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan farklı çalışmalarda da obezitenin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip kişilerde daha fazla görüldüğü, yoksul kesimlerde ise obeziteye pek rastlanmadığı belirlenmiştir (Tüzün, 1995: 1-20). Bu sonuçlar bu çalışmada orta gelir düzeyine sahip kişilerde obezitenin yaygın olduğuna dair sonuçlarla tutarlılık göstermektedir. Yüksek gelire sahip kişilerin kiloları ile ilgili bilgilerden ise farklı sonuçlar elde edilmiş, bu çalışmada yüksek gelir düzeyine sahip kişilerde aşırı kilo ve obeziteye göre (%10.1) normal kilolu olma (%15.6) oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada aşırı kilolu ve obeziteye sahip olma oranlarının düşük gelire sahip kişilerde düşük olmasının nedeninin bu kişilerin kısıtlı imkanlara sahip olmasıyla, yüksek gelire sahip kişilerde düşük olmasının nedeninin ise yüksek gelire sahip kişilerin yeme ve sağlıklı yaşam ile ilgili bilinçlilik düzeylerine sahip olmaları ve sağlıklı koşullara ulaşmalarını sağlayacak daha fazla imkana sahip olmalarıyla açıklanabilir.

Yapılan bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin %11.11'inin intihar düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu oran normal kiloya sahip kişilerle de kıyaslandığında normal kiloya sahip kişilere (%5) göre aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde intihar düşüncesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun yanında aşırı kilo ve obezitesi olan grubun (%6.9) intihar girişiminde bulunma oranlarının da normal kiloya sahip kişilere (%1.9) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Dong ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kişilerin sahip oldukları kilo arttıkça intihar girişiminde bulunma risklerinin de arttığını belirlemişlerdir. Bunun yanında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kiloya sahip kişilere göre daha fazla intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir. Bunun gibi literatürde bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla da tutarlı olarak aşırı kilolu ve obez olmanın intihar girişiminde bulunma düzeyini arttırdığına dair sonuçların yer aldığı çalışmaların yanında (Mather ve Ark., 2009: 277-285; Swahn ve Ark., 2009: 292-295), aşırı kilolu ve obez kişilerde intihar girişiminde bulunma oranının normal kiloya sahip kişilere göre daha düşük olduğuna dair sonuçlar da yer almaktadır (Bjerkset

ve Ark., 2007: 195-200). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde araştırmalar arasındaki bu farklılığın nedeninin çalışmaların yapıldığı yerlerin kültürel özelliklerinden, yani o kültürün kilolu olmaya, ideal kadın ve erkek vücuduna yönelik tutumundaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmalardaki katılımcıların sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklarında bu sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir. Bunun yanında bu çalışmadan elde edilen sonuçlar araştırmanın da temelini oluşturan Şema Kuramına destek oluşturmaktadır. Aşırı kilolu ve obez olmak sıkıntılardan kurtulmak amacıyla yapılan bir davranış olan aşırı yemenin bir sonucu olarak oluşmaktadır. Bu durum ise psikolojik sıkıntı sonucu aşırı yemek tüketerek aşırı kiloya sahip olan bu kişilerin sorunlarla baş etmede yetersiz kalıp normal kilolu kişilere göre daha fazla intihar düşüncesine ve intihar girişimine sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışmada iki grubun yeme tutumları değerlendirildiğinde aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun yeme tutumlarının (%22.22) normal kilolu kişilere göre (6.25) daha sağlıksız olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde Şema Kuramıyla da tutarlı olarak erken dönem uyumsuz şemalar ile baş etmede etkili yöntemleri kullanamayan kişilerin bu olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etmede kaçınma baş etme yoluna baş vurarak aşırı derecede yemek yediği, yani bu sonuçların da gösterdiği gibi aşırı yeme gibi bozuk yeme tutumuna sahip oldukları ve bu nedenle de aşırı kilolu ve obeziteye sahip oldukları düşünülmektedir. Bu sonuçlarla tutarlılık gösteren benzer bir çalışma da üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Desai ve arkadaşlarının (2008: 110) üniversite öğrencilerinin yeme tutumu ve davranışlarını inceledikleri çalışmalarında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolulara göre yeme tutumlarının daha sağlıksız olduğunu belirlemişlerdir. Bu kişilerin aşırı yeme ve yemeyi durduramamaktan daha çok korktukları, yemekle ilgili düşüncelerinin daha fazla olduğu, hayatlarını yemek yeme ve yiyeceğin kontrol ettiğine daha fazla inandıkları, daha hareketsiz bir yaşama sahip oldukları ve zayıflama ile ilgili daha fazla düşünceye sahip oldukları bulunmuştur.

4.2 ÇALIŞMADA İNCELENEN DEĞİŞKENLER İLE AŞIRI KİLO VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİLER

4.2.1 Beden Kitle İndeksi ile Gelir Düzeyi

Yapılan analizler sonucunda düşük gelir düzeyine sahip kişiler ile yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin bedene kitle indeksleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Düşük gelir düzeyine sahip kişilerin yüksek gelir düzeyine sahip kişilere göre beden kitle indekslerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlar düşük gelir düzeyine sahip kişilerde yüksek beden kitle indeksi ile de ilişkili olan aşırı kilo ve obezitenin yüksek gelir düzeyine sahip kişilerden daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Bunun yanında düşük ve yüksek gelirli bireyler arasında aşırı kilolu ve obezitenin yaygınlığının araştırıldığı çalışmalarda bu sonuçlardan farklı bilgiler elde edilmiştir. Bu çalışmalarda düşük gelirli bireyler arasında aşırı kilolu ve obez olmanın ciddi bir risk olmadığı, aşırı kilo ve obezitenin yüksek gelir düzeyine sahip kişilerde daha sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir (Atamtürk, 2009: 11; Türkkahraman ve Ark., 2005: 271-272). Gelir düzeyi ile obezitenin görülme sıklığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise tüm bu sonuçlardan farklı olarak düşük bir gelire sahip bireyler ile yüksek bir gelire sahip bireyler arasında obezitenin görülme sıklığı açısından herhangi bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlarda obezitenin her gelir düzeyine sahip kişiler arasında görülebileceği vurgulanmaktadır (Sweeting, West, & Young, 2008: 4).

Bu çalışmada düşük gelir düzeyine sahip kişilerin beden kitle indekslerinin yüksek gelir düzeyine sahip kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunda düşük gelir düzeyine sahip kişilerin dengeli ve sağlıklı beslenmelerinde gerekli olabilecek gıdalara ulaşamamaları etkili olmuş olabilir. Bu gıdalara ulaşamamalarında maddi güçlüklerin yanında eğitim ve bilinçlilik düzeyleriyle de ilişkili olarak bu konudaki bilgi eksiklikleri de etkili olmuş olabilir. Yüksek gelirli bireylerin beden kitle indekslerinin düşük gelirli bireylere göre daha düşük olmasında ise maddi imkanlarında sağladığı kilo almalarını önleyici aktivitelere ulaşabilmeleri etkili olmuş olabilir. Yüksek gelirli bireylerin yaşam standartlarının da verdiği koşullar sayesinde diyetisyene gitme, yüzme, tenis gibi kalori yakmalarını sağlayan ve kilo almalarına engel olan spor aktiviteleri, düzenli gidilen fitness salonları düşük gelire sahip kişilere göre daha sağlıklı ve daha düşük kiloya sahip

olmalarında etkili olmuş olabilir. Bunun yanında yine maddi kısıtlılıktan dolayı tek tip beslenme, tüm besin öğelerinin yeterinde ve dengeli tüketiminin olmaması da fazla kiloya sahip olmalarında etkili olmuş olabilir. Düşük gelirli bireyler arasında ekmek gibi yüksek kalorili ve karbonhidrat ağırlıklı beslenme tipinin de kilo almalarında ve yüksek gelirli bireylere göre daha fazla kiloya sahip olmalarında etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Tüm bu çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmiş olması her çalışmayı oluşturan örneklemin farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında aşırı kilo ve obezite grubundaki hastane örneklemini oluşturan veriler yalnızca Orhangazi Devlet Hastanesine başvuran kişilerden elde edilmiştir. Yalnızca tek bir hastane ile sınırlı kalınması elde edilen sonuçlara o hastanenin bulunduğu ilçenin sosyoekonomik ve kültürel düzeyinin etki etmesiyle sonuçlanmış olabilir.

4.2.2 Aşırı Kilo ve Obezite ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Yapılan analizler sonucunda aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kiloluların erken dönem uyumsuz şemaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Erken dönem uyumsuz şemaların zedelenmiş otonomi, kopukluk ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarının aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta normal kilolulara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta yüksek olan şema boyutları ise duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda, terkedilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar olduğu belirlenmiştir.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının normal kilolulara göre daha yüksek olduğunun belirlendiği analizlerde aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler için ortalama 233.06 (S.S.=63.03), normal kilolular için ortalama 213.11 (S.S.=59.76) olarak belirlenmiştir. Obezite için tedavi arayanlarla normal kilodaki kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının değerlendirildiği çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, obezite için tedavi arayanların normal kilolulara göre daha yüksek düzeyde uyumsuz şemalara sahip oldukları bulunmuştur. Bunun yanında bu iki grubun şema

boyutlarından hangileri açısından farklılaştıkları incelendiğinde ise yapılan bu çalışmadan elde edilen şemalarla benzer şekilde duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, kusurluluk/utanç, boyun eğicilik ve başarısızlık şemalarının obezitesi olan kişilerde normal kilolulara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vlierberghe & Braet, 2007: 345-349). Yine benzer bir şekilde Anderson, Rieger ve Caterson (2006: 249)'un yaptıkları çalışmada da obezitesi olan kişiler ile normal kiloluların erken dönem uyumsuz şemalarının farklılaştığı, obezitesi olan kişilerin sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç ve başarısızlık şemalarının normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen bulgularda aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolulara göre daha yüksek düzeyde erken dönem uyumsuz şemalara sahip oldukları görülmektedir. Bunun sebebi Şema Kuramını da destekler nitelikte aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarla uyumsuz bir şekilde baş etmelerinin bir sonucu olarak bu şemalardan bir kaçınma davranışı olan aşırı yeme davranışı göstermeleri ve bunun da fazla kiloya sahip olmalarına neden olması olabilir. Normal kilolulara göre daha yüksek ve daha uyumsuz olan şemaları incelendiğinde de temelde olumsuz duygulanımlarının, duygusal ihtiyaçlarının karşılanamamasının, sorunlar karşısında dayanıksız ve sorun çözmede yetersizlik içeren şemalarının öne çıktığı görülmektedir. Tüm bunlar da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarla baş etmede zayıf ve aşırı yemeyi bir baş etme yolu olarak kullandıklarına dair bilgileri desteklemektedir. Hurley (2010: 163) tarafından araştırılan ve yeme bozuklukları ile ilişkili olan erken dönem uyumsuz şemalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar da belirtilen bu bilgileri desteklemektedir. Kompulsif aşırı yemenin bir sonucu olarak oluşan obezitenin özellikle kusurluluk/utanç, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, başarısızlık, onay arayıcılık şemalarıyla ilişkili duygu ve düşünceleri öne çıkardığı belirlenmiştir.

4.2.3 Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaçınma Baş Etme Yolu

Bu çalışmada kaçınma baş etme yolu ile aşırı kilolu ve obez olup olmama arasındaki ilişki incelendiğinde, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kiloluların

kullandıkları kaçınma baş etme yolu düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun normal kilolulara göre kaçınma baş etme yoluna daha sıklıkla başvurdukları belirlenmiştir. Kaçınma baş etme yollarının alt boyutlarının hangilerinde farklılık olduğu değerlendirildiğinde ise psikosomatizm ve hissizlik/duyguları bastırma alt boyutlarının aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde normal kilolulara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada kaçınma baş etme yolunun aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler için ortalaması 133.48 (S.S.=24.40), normal kilolular için ortalaması 125.38 (S.S.=20.79)'dur. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu kişilere göre daha fazla kaçınma baş etme yoluna başvurmaları onların sorunlarla ve erken dönem uyumsuz şemalarla baş etmede sorun yaşadıklarına ve bir kaçınma davranışı olarak aşırı yeme ve bozuk yeme tutumu göstermelerine de kanıt oluşturmaktadır. Elde edilen bu sonuçlar şema kuramını desteklemektedir. Yapılan benzer çalışmalarda ise bu çalışmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir. Baş etme becerileri ile obezite arasındaki ilişki incelendiğinde kaçınma baş etme yolunun sağlıksız yeme ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Martyn-Nemeth ve ark., 2009: 102). Yeme bozukluğu olan ve olmayan kişilerin kaçınma baş etme düzeylerinin incelendiği farklı bir çalışmada da bozuk yeme tutumuna sahip kişilerin kaçınma baş etme yoluna daha sıklıkla başvurduklarını göstermekte, bu sonuçlar aşırı kilolu ve obez olmanın ve bunun sürmesinin erken dönem uyumsuz şemalardan kaçınmanın bir sonucu olduğuna destek oluşturmaktadır (Luck ve ark., 2005: 717-729). Bunların yanında aşırı kilolu ve obez olma ile kaçınma baş etme yolu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur. Literatürdeki aşırı kilolu ve obezite ile kaçınma baş etme yolu arasındaki ilişkinin yanında buna dair bir ilişkinin olmadığını savunan bu çalışmanın yer almasında iki çalışma arasındaki demografik özelliklerin farklılığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

4.2.4 Aşırı Kilo ve Obezite ile Telafi Baş Etme Yolu

Yapılan analizler sonucunda telafi baş etme yolunun aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolular arasında farklılık göstermediği belirlenmiştir. Telafi baş etme

yolu kişilerin sahip oldukları şemaların tam karşıtı olan düşünceye inanmaları ve bu yönde şemayla savaşmaları ile ilişkilidir. Bu baş etme yolunu kullanan kişiler sahip oldukları şemalar ortaya çıktığında bu şemaların tam tersi yönde hareket ederek bu şemayla savaşır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaçınma baş etme yoluna sıklıkla başvurdukları ve bunun sahip oldukları olumsuz duygu ve düşünceleri yadsıyarak, yok sayarak bir nevi bundan kaçınan davranışlarda buldukları düşünülmektedir. Sağlıklı bir baş etme biçimi olarak da düşünülebilen ve telafi baş etme biçimini kullanan kişilerin ise genellikle kendine güvenen, kendinden emin bir insan olarak görüldüğü düşünülmektedir. Bu kişilerin bir nevi sorunu yok sayması ve yadsınması kaçınma baş etme yoluna sıklıkla başvuran aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle daha sağlıklı şemalar ve baş etme yoluna sahip normal kilolu kişilerin telafi baş etme yolunu kullanmaları açısından bir farklılık gözlenmemesine neden olabilmektedir. Bunun yanında bundan önceki çalışmalarda obezitenin Young'ın Şema Kuramında yer alan telafi baş etme yolu ile olan ilişkisine dair herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bilgiler literatür için yeni bir katkı sağlamasına ve gelecek çalışmalar için bir rehber olmasına karşın daha önceden yapılan benzer bir çalışma bulunmaması nedeniyle elde edilen bulguların kıyaslanmasına olanak bulunamamıştır.

4.2.5 Aşırı Kilo ve Obezite ile Kaygı

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obeziteye sahip olup olmama ile kaygı arasındaki ilişki incelenmiş; aşırı kilolu ve obeziteye sahip olma ile normal kiloluların kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre obezitesi olan kişilerin kaygı düzeyinin normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçları destekler nitelikte sonuçların elde edildiği, yani kaygının aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolu kişiler arasında farklılaştığının belirlendiği farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan pek çok çalışma obezitesi olan kişilerin psikiyatrik bir bozukluk olarak kaygı bozukluğuna da sahip olduğunu göstermekte ve bunu kanıtlayan bir çalışma obezitesi olan kişilerin %28'inin kaygı bozukluğu olduğunu göstermektedir (Deveci ve Ark., 2005: 87). Obezitenin kaygı bozukluklarıyla ilişkisinin incelendiği farklı bir çalışmada da bu sonuçları destekleyen bilgiler elde edilmiş, kişilerin

kilosu ve obezite düzeyleri arttıkça panik bozukluk, sosyal fobi ve panik bozukluğu olmadan görülen agorafobi belirti düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Mather ve Ark., 2009: 281-283). Obezitesi olan kişilerle normal kiloluların kaygı düzeyleri incelendiğinde de iki grubun kaygı düzeylerinin birbirlerinden anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiş, obezite grubunun kaygı düzeyinin normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Değirmenci, 2006: 32-40).

Kaygı düzeyinin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolular arasında farklılaştığını belirleyen çalışmaların yanında, bu sonuçlardan farklı bulguların elde edildiği çalışmalar da yer almaktadır. Bjerkeset ve arkadaşları (2007: 193-202) tarafından yapılan bu çalışmalardan birinde beden kitle indeksinin kaygı, depresyon ve intihar düzeyi ile olan ilişkisi incelenmiş ve kaygı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Obezite ile kaygı arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş kaygının obezitesi olan kişilerle obezitesi olmayan kişiler arasında farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Gadalla, 2009: 29-36).

Psikoloji alanında yapılan çalışmalardaki bu tutarsızlıklar çalışmaların yapıldığı örneklemelerin demografik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolu kişilerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmasının bir sebebi sorunlarla baş etmede kaçınma baş etme yolu olarak aşırı yemeyi kullanan aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun sorunlarla ve kaygı gibi olumsuz duygularla baş etme yollarından biri olan aşırı yeme davranışlarının bir sonucu olarak aşırı kilolu ve obezite sınıfında yer almaları olabilir. Yani bir şekilde kaygı, olumsuz duygu ve düşüncelerin neden olduğu aşırı yeme ve bu nedenle oluşan fazla kilolara neden olmakta, bu da kaygılı insanların aşırı yeme davranışı sonucunda oluşan fazla kilolara sahip olmasıyla normal kilolulardan farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu durumda bu kişilerin aşırı kilolarının en önemli nedenlerinden birinin kaygıları ile baş etmede geliştirdikleri aşırı yeme davranışı olabilmektedir. Duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği farklı çalışmalar da bu düşünceye bir kanıt oluşturabilecek niteliktedir. Duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile kaygı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada aşırı yemeyi kontrol edememenin kaygı gibi negatif duygularla yeterli düzeyde baş edememenin

bir sonucu olarak gelişebileceği, kaygı düzeyi arttıkça duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe davranışının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Goosens ve Ark., 2009: 72-74). Bozuk yeme tutumuna sahip kişilerle sağlıklı yeme tutumuna sahip kişilerin kaygı düzeylerinin kıyaslandığı farklı bir çalışmada da bozuk yeme tutumuna sahip kişilerin sağlıklı yeme tutumuna sahip kişilere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Baş ve Ark., 2004: 595-597). Yine 18-77 yaş arasındaki aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan bir çalışmada da aşırı yeme davranışı gösterenlerin aşırı yeme davranışı olmayanlara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Wright, 2010: 1-122). Tüm bu çalışmalar da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde kilolarına neden olan aşırı ve sağlıksız yeme tutumlarını kaygı gibi olumsuz duyguları düzenlemede bir baş etme yolu olarak kullandıklarını düşündürmektedir.

4.2.6 Aşırı Kilo ve Obezite ile Depresyon

Yapılan analizlerde aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kilolu kişiler arasındaki depresyon düzeyleri incelenmiş; iki grubun depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar konu ile ilgili daha önceden yapılmış farklı çalışma bulguları tarafından da desteklenmektedir. Bir çalışmada depresyonun yaygınlığının obezitesi olan kişilerde normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında kişilerin sahip oldukları kilo arttıkça depresyon görülme riskinde arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Chen, Jiang, & Mao, 2009: 1687-1689). Aşırı kilolu ve obezitesi olan yetişkinlerde depresyonun görülme sıklığının incelendiği bir çalışmada da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin %37'sinin depresyon tanısına sahip olduğu belirlenmiştir (Wright, 2010: 1-122). Obezitesi olan ve obezitesi olmayan kişiler arasında depresyon düzeyleri açısından bir farklılık olup olmadığının incelendiği bir çalışmada ise depresyon belirtileri gösteren kişiler arasında obezitesi olanların obezitesi olmayanlara göre beş kat daha fazla kilo almasına neden olan aşırı yeme davranışı gösterdikleri belirlenmiştir (Murphy ve Ark., 2009: 335-341). Bu sonuçlarda aşırı yeme davranışının olumsuz bir duygulanıma sahip olan kişilerde daha fazla arttığını, bunun da aşırı yeme davranışının bu sorunla baş etmek amacıyla kullanılan bir baş etme yolu olarak kullanıldığını göstermektedir. Yapılan bu çalışmada da aşırı kilolu ve obezitesi olan

kişilerin (Ort.=133.48, S.S.=24.40) normal kilolu kişilere (Ort.=125.38, S.S.=20.79) göre kaçınma baş etme yoluna daha fazla başvurmaları, kaygı gibi depresyon belirtilerini de kaçınma baş etme yolu kullanarak yoksayarak bununla aşırı yeme gibi daha farklı bir davranışla baş etmeye çalıştıklarını göstermektedir. Bu bilgiyi destekleyen farklı çalışmalar da yer almakta aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu kişilere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Needham ve Ark., 2010: 1040-1044; Roberts ve Ark., 2003: 373-383; Zhao ve Ark., 2009: 257-266).

Depresyon düzeyinin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolular arasında farklılaştığının belirlendiği çalışmaların yanında, iki grup arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunduğu çalışmalarda yer almaktadır. Beden kitle indeksi, aşırı kilolu ve obez olma ve algılanan kilonun depresyon üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada, aşırı kilolu ve obez olma, sahip olunan beden kitle indeksinin artması ya da kişinin kendisini kilolu olarak algılamasının depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir (Özmen ve Ark., 2007: 1-7). Buna benzer farklı bir çalışmada da obezitesi olanlar ile obezitesi olmayanların depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Murphy ve Ark., 2009: 335-341).

Bu çalışmada yapılan analizlerde aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kiloluların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Ancak konu ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda bu bilgiyi destekleyen sonuçların yanında iki grup arasında bir farklılığın olmadığı belirlendiği çalışmalarda yer almaktadır (Murphy, ve ark., 2009: 335-341; Özmen, ve ark., 2007: 1-7). Depresyon düzeyinin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında normal kilolulardan daha yüksek olduğunun belirlendiği bu sonuçlar fazla kiloya neden olan aşırı yeme davranışının sorunlarla bir baş etme yolu olarak kullanıldığına da kanıt oluşturmaktadır. Patolojik yeme tutumu da normal kilolulara göre daha yüksek olan aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin aşırı yeme davranışına olumsuz, depresif duyguları nedeniyle yöneldiklerini bunun da kilo almalarına neden olduğunu göstermektedir. Normal kiloya sahip olan kişilerde patolojik yeme tutumu ve depresyon düzeyinin düşük olması da bu kişilerin aşırı yeme davranışına neden olabilecek ve olumsuz duyguları ile baş etmelerine sebep olacak olumsuz duygulara sahip

olmadıklarını ve bu nedenle fazla kilolu olmadıklarını göstermektedir. Bu iki farklı durum da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolu kişilerin farklılaşmasına neden olmaktadır.

4.2.7 Aşırı Kilo ve Obezite ile Benlik Saygısı

Yapılan analizler sonucunda aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kiloluların sahip oldukları benlik saygısı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlarla da tutarlı olarak obezitesi olan ve olmayan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin kıyaslandığı bir araştırmada da iki grup arasında benlik saygısı düzeyleri açısından herhangi bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Pınar, 2002: 30-41). Yapılan farklı çalışmalarda da obezitesi olan kişiler ile normal kiloya sahip kişiler arasında benlik saygısı düzeylerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir (Değirmenci, 2006: 15-45; Devenci ve Ark., 2005: 84-91). Bunların yanında yapılan bazı çalışmalarda obezite ile benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmektedir. Obezitesi olan kişilerin kendilerine yönelik olumsuz benlik algısına sahip olacakları düşüncesinden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada obezitesi olan kişilerde obezitesi olmayan kişilere göre negatif benlik algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Myers & Rosen, 1999: 224-228).

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolular arasında benlik saygısı açısından bir farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmadaki analizlerden elde edilen bu sonucun bir nedeni aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sahip oldukları bazı sosyodemografik özelliklerden kaynaklanabilir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sosyodemografik bilgileri incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun evli olması (%82) ve dolayısıyla yakın ilişkiye sahip olup sosyal destek aldıklarının düşünülmesi, yarısından fazlasının en az ortaokul mezunu olması (%55), büyük bir çoğunluğunun orta (%75.1) ve yüksek (%10.1) gelire sahip olması güçlü yanları olarak düşünülebilmekte ve olumlu bir benlik algısına sahip olmalarına neden oluşturabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında elde edilen bu sonuç ölçüm aracının niteliğinden de kaynaklanıyor olabilir. Yani benlik saygısını değerlendirmede kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin öz bildirim

dayalı bir ölçek olmasının ve kişilerin kendilerini iyi gösterme çabasında olma ihtimallerinin de sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

4.2.8 Aşırı Kilo ve Obezite ile Yeme Tutumu

Yapılan analizler sonucunda aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin yeme tutumlarının normal kilolu kişilere göre farklılaştığı, aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun normal kilolulara göre patolojik yeme tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun yeme tutumu ortalamaları 20.42 (S.S.=11.60), normal kilolu grubun yeme tutumu ortalamaları ise 15.28 (S.S.=9.08)'dir. Obezitesi olan ve olmayan kişilerin aşırı yeme davranışlarının incelendiği bir çalışmada obezitesi olan kişilerin obezitesi olmayan kişilere göre beş kat daha fazla kilo almalarına neden olan aşırı yeme davranışı gösterdikleri belirlenmiştir (Murphy ve ark., 2009: 335-341).

Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun normal kilolu gruba göre patolojik yeme tutumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar kişilerin sahip oldukları fazla kilolarının nedeninin genetik, sağlık ya da fiziksel nedenlerden daha çok psikolojik nedenlerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Şema Kurmanının da belirttiği gibi patolojik yeme tutumuna sahip kişiler bu davranışlarını olumsuz erken dönem şemalarla baş etmek için bir yöntem olarak kullanmaktadır. Sorunlarıyla aşırı yeme davranışı ile baş etmeye çalışan bu kişiler de bu davranışlarının bir sonucu olarak fazla kilolara sahip olmakta bu da aşırı kilolu ve obezite sınıfında yer almalarına neden olabilmektedir. Tüm bunlar aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu kişilere göre aşırı yeme, yemeyi kontrol edememe, sürekli aklın yemekte olması, kişinin hayatını yiyeceğin kontrol ettiğine dair inanç geliştirme gibi belirtileri olan bozulmuş bir yeme tutumuna dair belirti düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun yanında kişilerin sahip olmaları gereken normal kilolarının üzerinde bir kiloya sahip olmaları da doğal olarak bu kişilerin yemeleri gereken miktardan daha fazla yemek yediklerini, gün içerisinde ihtiyaçlarından fazlasını yediklerini, sağlıklı yiyeceklerden çok yüksek kalorili yiyecekler tercih ettiklerini, fastfood tarzı kolay hazırlanan ve çabuk tüketilen yiyeceklere daha sık başvurduklarını göstermektedir. Tüm bunlarda kişinin sağlıksız bir yeme tutumuna sahip olduğuna işaret

etmekte ve aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu kişilere göre patolojik yeme tutumlarının daha yüksek olmasına yol açmaktadır.

4.2.9 Aşırı Kilo ve Obezite ile İntihar

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kilolu kişiler arasında intihar düşüncesine sahip olma düzeyi açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda iki grubun intihar düşüncesine sahip olma düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ergen ve genç yetişkinlerde obezite ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği boylamsal bir çalışmada hem uygulama yapıldığı tarihte hem de beş yıl sonra yapılan analizlerde intihar düşüncesinin obeziteye sahip olup olmama ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Elovainio ve Ark., 2009: 220). Bunun yanında aşırı kilolu ve obeziteye sahip olmanın yaşam boyu gözlenen intihar düşüncesini artırdığına dair sonuçların elde edildiği çalışmalar da yer almaktadır (Dong ve Ark., 2006: 388-390; Mather ve Ark., 2009: 277-285; Swahn ve Ark.,2009: 292-295). Obezite ve aşırı kiloya sahip olmakla birlikte intihar düşüncesinin arttığına dair sonuçların elde edildiği çalışmaların yanı sıra, aşırı kilolu ve obeziteye sahip olmanın intihar düşüncesine sahip olma düzeyini azalttığına dair çalışmalar da yer almaktadır. Bjerkeset ve arkadaşları (2007: 195-200) kişilerin sahip oldukları kilo arttıkça intihar düşüncelerinin azaldığını, daha düşük kiloya sahip kişilerin kilolulara göre daha fazla intihar düşüncesine sahip olduklarını belirlemişlerdir.

Aşırı kilolu ve obeziteye sahip olma ya da normal kilolu olma ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkiye dair birbirinden farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardaki sonuçlarla ilgili farklılıkların yaş gibi örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ise normal kilolu kişiler ile aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin intihar düşünceleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bunun nedeni bu örneklemdaki kişilerin demografik özelliklerinin kişileri olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaştıracak nitelikte olmasından kaynaklanabileceği gibi, aşırı yeme ve patolojik yeme tutumuna sahip bu kişilerin bunu olumsuz duygu ve düşüncelerinden kaçınma davranışı olarak göstermeleri ve bu davranışından dolayısıyla

intihar gibi kişileri olumsuz düşüncelerden uzaklaştırmakta işe yaramasından da kaynaklanıyor olabilir. Kısaca aşırı yeme ve sağlıksız yeme örüntülerinin yüksek olduğu aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler bu davranışlarıyla olumsuz duygu ve düşüncelerinden kaçınmış olabilirler. Bunun yanında Türkiye'nin din, kültür, sosyoekonomik ve kültürel düzeyinin de sonuçlara etki edebileceği ve iki grubun intihar düşüncesi açısından farklılık gözlenmemesine sebep olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de yaygın olan dini inanç müslümanlıktır. Müslümanlıkta kişinin kendi hayatına son vermesinin yasaklandığına ve bunu yapanların cennete girememekle cezalandırılacağına inanılmaktadır. Bu inanç her iki grupta da intihar oranlarının düşük olmasını ve iki grupta bir farklılığın bulunamamasını etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan grup ile normal kilolu grubun sahip oldukları intihar düşünceleri açısından anlamlı bir farklılık belirlenmezken, intihar girişimleri açısından bu iki grubun farklılaştığına dair sonuçlar elde edilmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun %8.7'si normal kilolu grubun ise %7.3'ü intihar girişiminde bulunmuş ve aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun normal kilolulara göre intihar girişimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Obezitesi olan kişilerle obezitesi olmayan kişilerin intihar girişiminde bulunma düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada da bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş, obezite ve ileri derecede (morbid) obezite sınıfında yer alan kişilerin intihar girişimlerinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında kişilerin kiloları arttıkça da intihar girişiminde bulunma risklerinin de arttığı sonucu elde edilmiştir (Dong ve Ark., 2006: 388-390). Beden kitle indeksi ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada da hem kendini kilolu olarak algılayan hem de beden kitle indeksine göre aşırı kilolu sınıfta yer alan kişilerin normal kilolu kişilere göre intihar girişiminde bulunma riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Swahn ve Ark., 2009: 292-295). İntihar düşüncesinden farklı olarak intihar girişiminde bulunmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolular arasında farklılık olmasının nedeni intiharın davranışsal ve düşünsel boyutundaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. İntihar davranışı öncesinde gerçekleşen düşünceden çok bir anda kişide oluşan dürtüsel bir istektir. Düşünce daha uzun bir süreç ve bunu telafi edecek ya da bununla baş edecek yeterli fırsatı kişiye tanırken, bir şeyi eyleme dönüştürmeye karar vermek daha anlık ve o an için telafisi, kaçınması daha

zor bir harekettir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin temel bir dürtü olan yemeye karşı da kendilerini durduramama, kendilerini, aşırı yeme davranışlarını kontrol edememe gibi bir takım davranışlara sahip oldukları düşünülürse, aşırı yemek yemek gibi kontrol edemedikleri bu davranışın yanında yine intiharın davranışsal boyutunu içeren intihar girişiminde de bir kontrol sağlayamamaları ve normal kilolu kişilere göre daha dürtüsel davranarak daha fazla intihar girişiminde bulunmaları iki grup arasındaki farklılığı açıklamada yardımcı olabilir.

4.3 TÜM GRUPTA YEME TUTUMU, BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN YORDAYICILARI

4.3.1 Yeme Tutumu

Tüm grupta yeme tutumunun yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında yaş, cinsiyet (1= Kadın, 2= Erkek) ve kaçınma baş etme yolu tüm katılımcılar üzerinde yeme tutumunu yordayan değişkenler olarak belirlenmiştir.

Demografik değişkenlerden biri olan yaşın yeme tutumu ile pozitif yönde ilişkili olduğu, yani yaş arttıkça patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Bundan önceki çalışmalarda aşırı kilolu ve obezitenin yaş ile ilişkili olduğuna, yaş ilerledikçe aşırı kilo ve obezitenin görülme sıklığının arttığına dair bilgiler elde edilmiştir (Al-Kandari, 2006: 150; Fagan ve Ark., 2002: 805-806; Keskin, Engin & Dulgerler, 2010: 149-151). Aşırı kilolu olma ve obezitenin nedenlerinin başında aşırı yemek yeme ve bozuk yeme tutumuna sahip olmanın olması da elde edilen bu sonuçların çalışmamız tarafından desteklenmesini sağlamaktadır.

Yeme tutumu ile ilişkili bir diğer demografik değişken cinsiyettir. Tüm grupta kadın olmanın patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyini arttırdığı, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda erkeklere göre obezite yaygınlığının daha yüksek olduğunun belirlendiği farklı çalışmalar tarafından da bu sonuçlar desteklenmektedir (Al-Kandari, 2006: 150; Fagan ve Ark., 2002: 805-806; Keskin, Engin & Dulgerler, 2010: 149-151; Raina & Jamwal, 2009: 21). Kadınların erkeklere göre daha patolojik bir yeme

tutumuna sahip olmalarının nedenlerinden biri kadınların erkeklere göre hareket alanlarının daha kısıtlı olması ve daha hareketsiz bir hayata sahip olmaları olabilir. Toplumumuzda kadınlar daha çok evde oturmakta, dışarı çıkmaları, istediklerini yapmaları çok da hoş karşılanmamaktadır. Bunun yanında bu çalışmada çalışmayan kadın sayısı (%69.5) çalışmayan erkek sayısından (%21.4) daha fazladır. Tüm bunlar kadınların eve bağımlı daha hareketsiz bir yaşam sürmeleri ve aşırı kalorili beslenmelerine, bu nedenle erkeklere göre daha kilolu olmalarına neden olmaktadır.

Tüm grupta yeme tutumunu yordayan son değişken kaçınma baş etme yoludur. Kişilerin kaçınma baş etme yoluna baş vurma düzeyleri arttıkça patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeylerinin de artacağı belirlenmiştir. Erken dönem uyumsuz şemaları ile baş etmede sorun yaşayan ve şemaları ile sağlıklı bir şekilde baş etme becerilerinden yoksun olan kişilerin başvurdukları yollardan biri bu şemalarından kaçınmaları ile ilişkili olan aşırı yemek tüketimidir. Obezite, sağlıksız yeme tutumu ve kaçınma baş etme yolu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da bunu destekleyen sonuçlar elde edilmiş, kaçınma baş etme yolu ile sağlıksız yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Martyn-Nemeth ve Ark., 2009: 102). Negatif duygu durum düzeyi yüksek kişiler daha olumlu duygu durumuna sahip kişilere göre daha uyumsuz ve daha sağlıksız baş etme yollarına baş vurmaktadır (Solomon, 2001: 563-572). Problem çözmede ve şemaları ile baş etmede yetersiz olan kişilerin ise patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010: 900-904; Luck ve Ark., 2005: 717-729). Birbiriyle ilişkili ve birbirini destekleyen sonuçların elde edildiği tüm bu çalışmalar negatif duygu ve düşüncelere sahip kişilerin zayıf baş etme becerilerine sahip olduğunu, bunlarla baş etmede bir kaçınma davranışı olarak aşırı yemek tüketimine başvurdukları için ise aşırı kilolu ve obezite sınıfında yer aldıklarını göstermektedir. Bunların yanında konu ile ilgili benzer çalışma sonuçları incelendiğinde yapılan bir çalışmada elde edilen bu sonuçlardan farklı bilgilerin elde edildiği belirlenmiştir. Kaçınma baş etme yolunun aşırı yemek yeme ile ilişkili patolojik yeme tutumu ve obezite ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı belirlendiği bu çalışmada farklı sonuçların bulunması örneklem özelliklerindeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir (Maskell, 2007: 45).

4.3.2 Beden Kitle İndeksi

Tüm grupta beden kitle indeksinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında yaş, gelir düzeyi, duygusal yoksunluk ve kaçınma baş etme yolu beden kitle indeksi ile ilişkili değişkenler olarak belirlenmiştir.

Demografik değişkenlerden biri olan yaş tüm grupta beden kitle indeksi ile ilişkili değişkenlerden biri olarak belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda yaş ile beden kitle indeksi arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş, yaş arttıkça sahip olunan beden kitle indeksinin yani kilonun arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar yapılan benzer çalışmalardaki sonuçlarla da desteklenmektedir (Al-Kandari, 2006: 150; Keskin, Engin & Dulgerler, 2010: 149-151; Raina & Jamwal, 2009: 21). Bunun yanında literatürde bu bulgunun aksini iddia eden bir sonuçla karşılaşılmamıştır. Bunun bir nedeni fiziksel olarak da yaş ilerledikçe metabolizmanın yavaşlaması, kilo vermenin güçleşmesi, sahip olunan kilonun sabitlenmeye başlaması gibi fiziksel ve metabolik nedenler olabilir. Bunun yanında sosyal açıdan da yaş ilerledikçe kişinin hayatında düzene girmesiyle birlikte daha durağan hareketsiz bir hayat yaşamaya başlaması, özellikle kadınlar için çocuk sahibi olunması ve çocuk sayısının artması ile birlikte doğumla gelen kilolar, erkekler için yaşla birlikte sırasıyla askerlik, evlilik gibi önemli yaşam olayları yaşla birlikte sahip olunan kilonun da artmasına neden oluşturabilmektedir. Özarmağan ve Bozbora (2002: 1-15)'da kadınlarda gebelik, çocuk doğurma sayısı, menapoz gibi dönemlerde, erkeklerde ise evlilik, iş hayatında terfi, askerlik gibi önemli yaşam olaylarıyla birlikte sahip olunan kilonun arttığını belirtmektedir. Bu sonuçlarda yaşın artması ile birlikte sahip olunan kilonun artmasına bir neden olarak gösterilebilmektedir.

Beden kitle indeksi ile ilişkili demografik değişkenlerden bir diğeri gelir düzeyidir. Yapılan analizler gelir düzeyi düştükçe sahip olunan kilonun yani beden kitle indeksinin artacağına işaret etmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda ise bu sonucun aksine bilgiler yer almakta orta ve yüksek gelir düzeyine sahip toplumlarda beden kitle indeksinin ve obezitenin yaygınlığının düşük gelire sahip toplumlara göre daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Tüzün, 1995: 1-20). Düşük gelire sahip kişilerde aşırı kilolu olma ve obezite incelendiğinde bu bulguyla tutarlı sonuçlar elde edilmiş düşük gelire sahip kişilerde aşırı kilolu ya da obezite yaygınlığının önemsenmeyecek derecede düşük olduğu

(erkek=%1.49, kadın=2.29) sonucuna ulaşılmıştır (Atamtürk, 2009: 11). Varolan bu çalışmalarından farklı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar bu örneklemin demografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında bu çalışmada gelir düzeyi düştükçe beden kitle indeksinin artmasının bir nedeni düşük gelire sahip kişilerin daha sağlıksız yeme alışkanlığına sahip olması, bunun yanında imkanların kısıtlılığından dolayı tek tip beslenmenin olması ve bunun da kilo almaya neden olması bu grupta varolan sonuçlardan farklı değerlerin elde edilmiş olmasına sebep olarak gösterilebilir.

Beden kitle indeksi ile şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde duygusal yoksunluk şemasının beden kitle indeksi ile pozitif yönde ilişkili olduğu, duygusal yoksunluk şemasının düzeyi arttıkça beden kitle indeksinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu çalışmaların yanında yeme bozukluklarında beden kitle indeksi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada farklı sonuçlar elde edilmiş, beden kitle indeksi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre erken dönem uyumsuz şemaların düzeyi arttıkça beden kitle indeksinin azaldığı sonucu elde edilmiştir. Negatif yönde ilişkinin belirlendiği erken dönem şemaların ise kusurluluk, başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık, boyun eğicilik ve onay arayıcılık olduğu belirlenmiştir (Unoka, Tölgyes, & Czobor, 2007: 199-204). Bu iki çalışmanın sonuçları arasındaki farklılığın beden kitle indeksi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında negatif yönde ilişkinin belirlendiği çalışmanın anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastalarını içeren klinik örnekleme ile gerçekleştirilmesi, yapılan bu çalışmanın ise farklı kilolara sahip genel örneklemden seçilmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Bunun yanında beden kitle indeksi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada bu ilişki obezitesi olan ve normal kilolu olan iki farklı grup üzerinden ayrı ayrı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda obezite grubu için erken dönem uyumsuz şemalar ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmezken, normal kilolu kontrol grubunda erken dönem uyumsuz şemalar ile beden kitle indeksi arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş, beden kitle indeksi arttıkça erken dönem uyumsuz şemaların düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Anderson, Rieger & Caterson, 2006: 249). İki farklı grup arasında farklı sonuçların elde edildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar dolaylı yoldan da olsa yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara destek oluşturmaktadır. Çünkü obezite grubu için beden kitle indeksi yani sahip oldukları

kilolunun düzeyi erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkilidir ve obezite sınıfındaki kişiler için düşük ya da yüksek beden kitle indeksine sahip olmanın erken dönem uyumsuz şemalara bir etkisi yoktur. Şema Kuramı da göz önünde bulundurulduğunda zaten erken dönem uyumsuz şemalarla bir baş etme yolu olarak aşırı yeme davranışı gösteren ve bu nedenle fazla kiloya sahip olan obezite grubu yüksek düzeyde erken dönem uyumsuz şemalara sahiptir.

Beden kitle indeksinin yordayıcılarından bir diğeri de kaçınma baş etme yoludur. Bireylerin kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyleri arttıkça sahip oldukları beden kitle indeksinin de arttığı ya da beden kitle indeksi arttıkça kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Young'ın Şema Kuramında da kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları ile baş etmede kaçınma davranışında bulunmaları ve bunun sonuçlarından biri olarak aşırı yeme davranışında buldukları belirtilmektedir. Aşırı yeme ise kişilerin fazla kiloya sahip olmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle beden kitle indeksi arttıkça kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyinin yüksek çıkması kaçınılmaz gözükmektedir.

4.3.3 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Tüm katılımcılar arasında erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında gelir düzeyi ve yeme tutumu erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkili bulunmuştur.

Sosyodemografik değişkenlerden yalnızca gelir düzeyi tüm grupta erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkili bulunmuştur. Kişilerin sahip oldukları gelir düzeyi düştükçe erken dönem uyumsuz şema düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir. Obezite için tedavi arayan yetişkinlerle normal kiloya sahip yetişkinlerin erken dönem uyumsuz şemalarının incelendiği bir çalışmada da elde edilen bu sonucu destekler nitelikte sonuçlar belirlenmiş, gelir düzeyi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre gelir düzeyi düştükçe erken dönem uyumsuz şemaların düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir (Anderson, Rieger & Caterson, 2005: 247). Birbiriyle tutarlı bilgilerin elde edildiği bu sonuçlar kişilerin sahip oldukları gelir düzeyi düştükçe

uyumsuz erken dönem şemalarının yükseleceğini göstermektedir. Bu sonuçlar da yaşamda karşılaşılan bir çok sorunun ve bunlarla baş etmede karşılaşılan güçlüklerin maddi kaynakların azlığından da kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bir çok toplumun yaşadığı sıkıntıların başında maddi sorunların olduğu gerek medya gerekse yaşanan çevrede sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Suç oranlarının da daha çok gelir düzeyi düşük olan toplum ve yerlerde görüldüğü düşünüldüğünde bu kişilerin şemalarının da daha olumsuz ve bunlarla baş etmede daha güçsüz olmaları kaçınılmaz gibi görülmektedir.

Yeme tutumu erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkili değişkenlerden bir diğeridir. Birbirleri arasında pozitif yönde ilişkinin belirlendiği, yani patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyi arttıkça erken dönem uyumsuz şemaların düzeyinin de artacağı sonucuna ulaşılmıştır. Yeme bozukluklarıyla erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da yeme bozukluğuna sahip kişilerin erken dönem uyumsuz şema düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Sheffield ve Ark., 2009: 293-296). Şema Kuramıyla da tutarlı bir şekilde kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları ile baş etmede bir kaçınma davranışı olarak patolojik bir yeme tutumu olan aşırı yeme davranışı göstermeleri de patolojik yeme tutumu arttıkça erken dönem uyumsuz şema düzeyinin de artmasını açıklamaktadır. Bunun yanında sürekli tekrar edici bir şekilde aşırı yeme sonucu obez olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirildiğinde de bu sonuçları ve şema kuramını destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş, patolojik bir yeme tutumuna sahip olunduğunu gösteren aşırı yeme ve yemeyi kontrol edememe sonucu oluşan obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının yüksek olduğu ve bu kişilerin tedavisinde kilo kaybını sağlamak için öncelikle bu şemaların ele alınması gerektiği üzerinde durulmuştur (Hurley, 2010: 163). Bunun yanında elde edilen bu sonuçların aksine bir bulgunun elde edildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durumda kuramın ve elde edilen sonuçların güvenilirliği hakkında daha fazla kanıt sunmaktadır.

4.3.4 Aşırı Kilo ve Obezite Grubunda Psikolojik Sıkıntıların Yordayıcıları

4.3.4.1 Kaygı

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaygı düzeylerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre başarısızlık, karamsarlık ve kaçınma baş etme yolu kaygı ile ilişkili değişkenler olarak belirlenmiştir.

Erken dönem uyumsuz şemalardan biri olan karamsarlık aşırı kilolu ve obez olan kişilerde kaygı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, aşırı kilolu ve obez olan kişilerde karamsarlık şema düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin de artacağı ya da kaygı düzeyi arttıkça karamsarlık şema düzeyinin de artacağı belirlenmiştir. Psikopatolojik bozukluklar ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada psikopatolojik bozukluğa sahip kişilerin psikopatolojik bozukluğu olmayan kişilere göre erken dönem uyumsuz şemalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve kaygı düzeyi arttıkça erken dönem uyumsuz şemaların da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Muris, 2006: 409). Ancak bu çalışmadan elde edilen sonuçlar genel örneklemden elde edilen bilgiler ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu çalışmada ise aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerden elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Bunun yanında bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre karamsarlık şema düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin de artacağı görülmektedir. Bunun nedeni aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin aşırı yemeyi kaygı, depresyon gibi olumsuz duygu ve düşünceleri ile baş etmede bir araç olarak kullanmaları olabilir. Olumsuz bir şema olan karamsarlık düzeyi arttığında da olumsuz duygular aktive olacak ve kaygı düzeyinin de artmasına neden olacaktır.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta kaygının bir diğer yordayıcısının başarısızlık olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre başarısızlık şema düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin azalacağı ya da kaygı düzeyi arttıkça başarısızlık şema düzeyinin azalacağı belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda genel örneklemden elde edilen sonuçlara göre erken dönem uyumsuz şemaların düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin artacağını belirtmektedir (Muris, 2006: 409). Bu çalışmada analizlerin gerçekleştirildiği örneklemin farklı olması sonuçların da birbirinden farklı olmasına neden olmaktadır. Çünkü genel örneklemden elde edilen sonuçların da birbirinden farklı olmasına neden olacaktır. Çünkü genel örneklemden elde edilen sonuçların da birbirinden farklı olmasına neden olacaktır. Çünkü genel örneklemden elde edilen sonuçların da birbirinden farklı olmasına neden olacaktır. Çünkü genel örneklemden elde edilen sonuçların da birbirinden farklı olmasına neden olacaktır.

bu çalışmada bu örneklem erken dönem uyumsuz şemaları ile baş etmede aşırı yemek yeme olan kaçınma davranışına başvurdukları için bu davranış kaygı düzeylerinin azalmasına neden olabilmektedir. Bunun yanında erken dönem uyumsuz şema düzeylerinin yüksek olması da beklenen bir sonuçtur. Çünkü Şema Kuramına göre de yine bu kişileri bir kaçınma davranışı olan aşırı yemeye iten neden de erken dönem uyumsuz şemaları ile baş etme süreçleridir. Tüm bunlardan dolayı aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şema düzeyleri yüksek olurken aşırı yeme ile ilişkili kaçınma davranışlarından dolayı kaygı düzeyleri düşük olabilmektedir. Bunun yanında bu durumun başarısızlık şeması ile ilişkili olması yine aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin aşırı yeme davranışı ile başarısızlık duygularıyla baş etmeleri ve bunun da kaygı düzeylerinin azalmasına neden olması olabilir.

Son olarak kaçınma baş etme yolu aşırı kilolu ve obezitesi olan bu grupta erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkili bulunmuştur. Bu kişilerin kaçınma baş etme yoluna başvurmaları arttıkça erken dönem uyumsuz şemalarının arttığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç diğer sonuçlarla da bir tutarlılık göstermekte ve gerçekleştirilen çıkarımı desteklemektedir. Çünkü kaçınma baş etme yolu bu grup için sorunlarıyla baş etme ve onları rahatsız eden duygu ve düşüncelerden kurtulmak için başvurdukları bir yöntemdir. Obezitesi olan kişilerle yürütülen ve aşırı yeme davranışı olan obezite grubu ile aşırı yeme davranışı olmayan obezite grubunun psikopatolojik bozukluklara sahip olma düzeyleri incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda aşırı yeme davranışı olan obezite grubunun aşırı yeme davranışı olmayan obezite grubuna göre daha fazla psikopatolojik bozukluğa sahip olduğu belirlenmiş, aşırı yemenin bu kişilerde bir baş etme yolu olarak kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Akt., Blaine, 2009: 179). Bu çalışma da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin olumsuz duygu ve düşünceleriyle baş etmede aşırı yeme davranışı gösterdikleri görüşünü desteklemektedir. Bu nedenle de kişilerin kaygı düzeyi arttıkça kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeyleri de artacaktır. Zayıf baş etme becerilerinin obezite ve sağlıksız yeme ile ilişkili olduğunun belirtildiği bir çalışmada da bu görüşü destekleyen sonuçlar elde edilmiş, sağlıksız yeme ile kaçınma baş etme yolunun doğrudan, anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Martyn-Nemeth, 2009: 96-109). Bunun gibi farklı çalışmalar da kişilerin problem çözmeye yönelik yetersizlikleri arttıkça aşırı yeme davranışlarının arttığını, aşırı yemenin sorunlarla baş etmede sağlıksız bir baş etme biçimi olan kaçınma

davranışı olduğunu göstermektedir (Keskin, Engin & Dulgerler, 2010: 900-908; Luck ve Ark., 2005: 717-732; Solomon, 2001: 563-572).

4.3.4.2 Depresyon

Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun depresyon düzeylerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında karamsarlık, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, terk edilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları depresyon ile ilişkili değişkenler olarak bulunmuştur.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalardan biri olan karamsarlık depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Bu grupta kaygı gibi depresyon ile de karamsarlık şemasının pozitif yönde ilişkili olduğu kişilerin karamsarlık şema düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişkinin belirlendiği, erken dönem uyumsuz şemaların düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin de artacağına dair çalışmalar da (Muris, 2006: 409; Stopa & Waters, 2005. 45-55; Vlierberghe ve Ark., 2010: 318-332) elde edilen bu sonucu desteklemektedir. Bu sonuçlardan farklı bulguların elde edildiği herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bunun yanında depresyon ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin toplam erken dönem uyumsuz şema puanları üzerinden incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalardan birinde depresyon semptomları ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişki incelenmiş, tüm şema boyutlarının erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Vlierberghe ve Ark., 2010: 318-332). Bunun gibi farklı bir çalışmada da erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon belirtileri arasındaki ilişki incelendiğinde olumsuz şemaların düzeyi arttıkça depresyon ve depresif belirti düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Muris, 2006: 409). Bu iki çalışma da karamsarlık şemasında olduğu gibi erken dönem uyumsuz şema alanının düzeyi arttıkça depresyon belirti düzeyinin de arttığı sonuçları elde edilmiştir. Bunun yanında bu çalışmalarda erken dönem uyumsuz şemaların 14 alt boyutu ile ilgili ayrı bir değerlendirme yapılmadan erken dönem uyumsuz şemaların toplam puanları üzerinden analizler yapıldığı için şema

boyutlarına dair herhangi bir bilgiye ulaşamamıştır. Ancak toplam erken dönem uyumsuz şema düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinin de yükseleceğine yönelik bilgi bu analizlerde elde edilen bulguları desteklemektedir. Karamsarlık olumsuz erken dönem uyumsuz şemalardan biri olmasıyla birlikte aynı zamanda depresif bir belirtidir. Depresif belirti düzeyi yüksek kişilerin kendisi, diğerleri ve dünya hakkındaki yorumlarında genelde olumsuzdur. Geleceğe dair beklentileri de olumsuz olan ve genelde olayların kötü yönlerine dikkat edip, sonucunda kötü olacağına dair bir inanca sahip olan bu kişilerin tüm bunlardan dolayı karamsarlık şema düzeyleri arttıkça depresif belirti düzeylerinin de artıyor olması doğal görünmektedir.

Ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şeması depresyonu yordayan değişkenlerden biridir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şema düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin azalacağı belirlenmiştir. Ancak önceki yapılan çalışmalarda bu bulguyu destekleyen bir sonuca ulaşamamıştır. Ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişkinin bulunmasının sebebi, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kendilerini diğerlerinden farklı, kendi istek ve dürtülerini kontrol etmekte güçlük çeken davranışlara sahip olma ile ilişkili olan ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemasına sahip olmaları ile ilişkili olabilir. Bu şemaya sahip kişilerin kendilerine ve isteklerine öncelik vermesi beklenmektedir. Kendi isteklerine öncelik veren ve herhangi bir sınırlamaya girmeyen bu kişilerin yaptıkları bu davranış da kendilerini iyi hissetmelerine, olumsuz duygularla ilişkili depresyonun tam tersi duygular hissederek, depresif belirtilerinin azalmasına neden olacaktır.

Depresyon ile ilişkili bir diğer şemanın terk edilme olduğu belirlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin terk edilme şemaları ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiş, bu kişilerin terk edilme şema düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin azalacağı belirlenmiştir. Terk edilme şeması ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişkinin belirlendiği bu sonucu da destekleyen sonuçların elde edildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bu sonuçların tersi yönünde bilgiler elde edilmiş, depresyon düzeyi arttıkça erken dönem uyumsuz şemaların düzeyinin de artacağı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bu sonuçları

destekleyen herhangi bir çalışmanın bulunamamasının nedeni bu çalışmayı diğer çalışmalardan ayıran örneklemin demografik özellikleri olabilir.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde depresyon ile ilişkili son şema tehditler karşısında dayanıksızlık olarak belirlenmiştir. Depresyon ile tehditler karşısında dayanıksızlık şeması arasına negatif yönde bir ilişkinin olduğu, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin tehditler karşısında dayanıksızlık şema düzeyleri yükseldikçe depresyon düzeylerinin azalacağı belirlenmiştir. Bunun nedeninin tehditler karşısında dayanıksızlık şemasına sahip kişilerin sorunlarla baş etmede yetersiz ve yakın çevresine bağımlı bir yapıya sahip olabileceği düşünülmektedir. Bağımlı bir kişilik yapısına sahip olmanın kişiye ihtiyaçların başkaları tarafından karşılanması, sürekli sosyal desteğin sağlanabileceği bir yakına sahip olmak gibi bazı olumlu özellikler kazandırdığı, bu durumun da yalnızlık, mutsuzluk gibi belirtilerin de gözlemlendiği depresyonun bu kişilerde düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

4.3.4.3 Benlik saygısı

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin benlik saygılarının yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında erken dönem uyumsuz şemalardan duygusal yoksunluk, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemalarının benlik saygısı ile ilişkili değişkenler olduğu belirlenmiştir.

Duygusal yoksunluk şeması aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde benlik saygısını yordayan değişkenlerden biri olarak bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında duygusal yoksunluk şeması arttıkça benlik saygısı düzeyinin düşeceği sonucu elde edilmiştir. Elde edilen bu sonucun yanında benlik saygısı ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen geçmişe yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma benlik saygısı ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği ilk çalışma niteliğini taşımaktadır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda elde edilen bulgularla birlikte sonuçların değerlendirilme şansı olacaktır. Duygusal yoksunluk şemasına sahip kişilerin duygusal ihtiyaçlarının herhangi biri tarafından karşılanamayacağına inanırlar. Şevkat ve ilgi göremeyeceklerine, kimsenin onları anlamayacağına inanan bu kişiler

dolayısıyla kendilerini sevgi ve ilgi görmeye değer olmayan, bu duyguları haketmeyen kişiler olarak değerlendireceklerdir. Bunların bir sonucu olarak da bu kişilerin duygusal yoksunluk şema düzeyleri yükseldikçe benlik saygısı düzeyleri düşecektir.

Karamsarlık aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında benlik saygısı düzeyi ile ilişkili bir diğer erken dönem uyumsuz şema boyutudur. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında karamsarlık benlik saygısı ile negatif yönde ilişkili bulunmuş, karamsarlık şema düzeyi arttıkça benlik saygısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Karamsarlık şeması kişilerin yaşamı sürekli olumsuz yönleriyle ele alma eğiliminde olmalarına neden olmaktadır. Bu kişiler sürekli ilişkilerinin bozulacağı, işlerin ters gideceğine dair bir beklenti içindedir. Bu durum kişilerin temelde kendine olan güvensizliklerinden de kaynaklanıyor olabilir. Çünkü sürekli bir şeylerin ters gideceğine ya da bozulacağına inanan insanlar temelde bu durumu “çok şansızım, çok beceriksizim” gibi kişisel nedenlere atfetme eğilimindedir. Bundan dolayı dünyaya ve yaşayacaklarına dair olumsuz bir tutuma sahip olup, karamsarlık düzeyi yüksek olan bu kişilerin benlik saygısı düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde benlik saygısı ile ilişkili bir diğer değişkenin başarısızlık olduğu belirlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde başarısızlık duyguları arttıkça benlik saygılarının da düştüğü belirlenmiştir. Başarısızlık şeması kişide kendisini diğer insanlarla kıyaslayarak yetersiz hissetme, yaptığı işlerde başarısız olacağına inanma ve yetersizlik gibi düşüncelerle ilişkilidir. Bu düşünceler kişinin kendisine yönelik akılsız, yetersiz, beceriksiz, başarısız olduğuna yönelik değerlendirmeler yapmasına neden olmaktadır (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 40). Tüm bu değerlendirmeler aslında kişilerin öz benliğine yönelttikleri yargılardır ve olumsuz benlik algısına sahip olmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde başarısızlık şema düzeyleri yükseldikçe benlik saygısı düzeyleri de düşmekte ve kendilerini olumsuz, negatif yönde değerlendirmektedirler.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında iç içe geçme/bağımlılık şeması benlik saygısının yordayıcısı olarak belirlenmiştir. Yapılan analizlerin sonucunda iç içe geçme/bağımlılık şema düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyinin azalacağı belirlenmiştir. İç içe geçme/bağımlılık şeması bireyselleşmeye yer bırakmayacak şekilde birine karşı

hissedilen aşırı yakınlık ve duygusal ilgidir. Şemadan da anlaşılacağı gibi bu şemaya sahip aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler bireyselliklerinin öne çıkacağı bir ilişkide bulunmadıklarından dolayı benliklerine yönelik algıları da zayıf olacaktır. Bunun yanında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarla baş etmede de yetersiz ve zayıf kalmasının ve kaçınma baş etme düzeylerinin yüksek olmasının da bu kişilerin benlik saygısı düzeylerinin düşük olması ve benliklerinin gelişmemesine neden olabilecek, bağımlı ilişkiler yaşamalarıyla ilişkili olabilir.

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile benlik saygısı arasında pozitif yönde belirlenen ilişkinin aksine ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şeması ile benlik saygısı arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Yani aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şema düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeylerinin de artacağı bulunmuştur. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde kendini diğer insanlardan ayrıcalıklı ve üstün görme, isteklerini elde etmede denetimsiz ve kontrolsüz davranma gibi davranışlarla ilişkili olan bu şemanın kişilerin kendilerini diğer insanlardan üstün gördüğü ve benliklerine yönelik değerlendirmelerinin daha olumlu ve diğerlerinden daha yüksek olduğu düşünülebilir. Bu nedenle de diğer şema alanlarından farklı olarak ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemasına sahip aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kendilerine yönelik algılarının daha olumlu, diğer insanlarla kıyaslandıklarında daha üstün olduklarını düşündükleri öngörülebilir.

4.3.4.4 Yeme tutumu

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında yeme tutumunu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında kaçınma baş etme yolu yeme tutumu ile ilişkili bulunmuştur.

Yeme tutumu ile ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında yalnızca kaçınma baş etme yolunun yeme tutumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Pozitif yönde bir ilişkinin olduğunun belirlendiği analizlerde kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeyi arttıkça patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de artacağı ya da patolojik yeme tutumu

arttikça kaçınma baş etme yoluna baş vurma düzeyinin de artacağı belirlenmiştir. Young'ın Şema Kuramı (2009) da bu sonucu desteklemektedir. Kurama göre kişiler erken dönem uyumsuz şemaları ile ilişkili olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etmede bir takım baş etme stratejilerine başvururlar. Bu baş etme yollarından biri olan kaçınma davranışında kişilerde gözlenen davranışlardan biri de aşırı yemek yemedir (Young, Klosko & Weishaar, 2009: 62). Bu çalışmadan elde edilen ve aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında patolojik yeme tutumuna sahip kişilerin kaçınma baş etme yolları düzeyinin yüksek çıkması da bu kuramı destekleyen bir sonucun elde edilmesine kanıt oluşturmaktadır. Obezitesi olan kişiler arasında yapılan ve aşırı yeme davranışı olan ve aşırı yeme davranışı olmayan kişilerin sahip oldukları patolojik bozukluklar incelendiğinde aşırı yeme davranışı olan obeziteye sahip kişilerin daha fazla patolojik bozukluğa sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç da aşırı yeme davranışı olanların bu davranışı sorunlarıyla baş etmede bir araç olarak kullandıklarına kanıt oluşturmaktadır (Akt., Blaine, 2009: 179). Farklı bir çalışmada da bu sonucu destekler nitelikte bilgilere ulaşılmış, sağlıksız yemenin kaçınma baş etme yoluyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Martyn-Nemeth ve Ark., 2009: 102). Obezitesi olan kişilerin problem çözme becerileri ve stresle baş etme yollarının incelendiği bir çalışmada obezitesi olan kişilerin bozulmuş yeme tutumuna sahip olma düzeyleri arttikça problem çözmeye yönelik yetersizlik düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeyi arttikça patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de artacağına dair bilgilerin elde edildiği bu çalışmaların yanında ikisi arasında anlamlı herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalar da bulunmaktadır (Conradt, Dierk & Schlumberger, 2008: 1129-1142; Maskell, 2007: 45). Obezite ile baş etme yolları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sahip olunan kilonun kullanılan baş etme yolu ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı sonuca ulaşılmıştır (Conradt, Dierk & Schlumberger, 2008: 1129-1142). Bunun yanında bu çalışmada obezitesi olan kişilerin yeme tutumu incelenmemiştir. Bu nedenle yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçları diğer çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslamak çok da sağlıklı görünmemektedir. Çünkü Şema Kuramı'na göre de bozulmuş yeme tutumuna sahip olmanın kaçınma baş etme yolu ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarda aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında patolojik yeme tutumuna sahip olanların kaçınma baş etme yolunu kullanma düzeylerinin yüksek olduğunu

göstermektedir. Bu nedenle yalnızca obezitesi olan kişilerin ele alındığı ve bu kişiler arasındaki yeme tutumlarının incelenmediği bu çalışmayla ilgili sonuçların diğer bulgularla kıyaslanması doğru gözükmemektedir. Bunun yanında duygu odaklı baş etme, problem odaklı baş etme ve kaçınma baş etme yolunun aşırı yeme davranışı ile olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada duygu odaklı baş etme ile aşırı yeme davranışı arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş, duygu odaklı baş etme düzeyi arttıkça aşırı yeme davranışının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak kaçınma baş etme yolu için aynı sonuçlar elde edilmemiş, kaçınma baş etme yolu ile aşırı yeme davranışı arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir (Maskell, 2007. 45). Bu sonuçlar aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan farklıdır. Bu farklılığın nedeni öncelikle hiçbir ilişkinin bulunmadığı sonucunun elde edildiği çalışmanın 18-45 yaşları arasındaki genel örneklemden elde edilmiş olması olabilir. Çünkü bu çalışmanın örneklemini aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerden oluşturmaktadır. Bunun yanında iki çalışmadaki örneklemin demografik özelliklerindeki farklılıklar da sonuçların farklı olmasında bir diğer etken olabilir. Ayrıca çalışmada kaçınma baş etme yolu ile aşırı yeme davranışı arasında doğrudan bir ilişki belirlenmezken duygusal yeme ile aşırı yeme arasında pozitif yönde bir ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişkinin kişilerin negatif duygulara bir tepki olarak aşırı yeme davranışı gösterdiklerinin vurgulanması dolaylı yoldan elde edilen bulgulara destek oluşturmaktadır. Çünkü bu çalışmada kaçınma baş etme olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaşmak, bu duygu ve düşünceleri yadsımak olarak ifade edilmektedir. Bu iki kavramın farklılıkları iki çalışmada baş etme stratejilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

4.3.4.5 İntihar düşüncesi

Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin intihar düşüncesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları intihar düşüncesi ile ilişkili değişkenler olarak belirlenmiştir. Bu çalışma intihar düşüncesi ile erken dönem

uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olduğu için bu konu ile ilgili sonuçların karşılaştırılacağı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Duygusal yoksunluk aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında intihar düşüncesini yordayan değişkenlerden biri olarak belirlenmiştir. İki değişken arasında negatif yönde bir ilişkinin belirlendiği çalışmada duygusal yoksunluk şema düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında önceki çalışmalarda elde edilen bu sonuçtan farklı sonuçların çıkarılacağı çalışmalara rastlamak mümkündür. İntihar genelde bir takım sorunlara bağlı olarak gelişen ve kişiye sıkıntı veren olumsuz duygulardan kurtulmak için başvuru bir yoldur. İntiharın psikolojik, sosyolojik, ekonomik, kültürel pek çok nedeni bulunmaktadır. Joiner ve arkadaşları (2006: 211-222) tarafından geliştirilen tamamlanmış intihar ve intihar girişiminde kişilerarası psikoloji kuramında (İnterpersonal-Psychological Theory of Attempted and Completed Suicide) kişinin intihar etmesi için üç koşulun gerçekleşmesi gerektiğini; fakat bunların da intihar nedeni olarak tek başına yeterli olamayacağını belirtir. Bu koşullar: kişinin kendini öldürebilecek kapasite ve yeterliliğe sahip olması, çevresindeki diğer insanlara yük olduğunu hissetmesi ve bir sosyal grup ya da ilişki değerlerine sahip olmama duygusudur. Bu koşullardan bir sosyal grup ya da ilişki değerlerine sahip olmama duygusunun intiharla ilişkisi duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanamayacağına inanan duygusal yoksunluk şemasına sahip kişilerde intihar düşüncesinin yüksek çıkacağına dair öngörüyle de ilişkilendirilebilir. Bu teori ve çıkarılan sonuçlar ile aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar arasındaki farklılığın nedeni örneklemelerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında örneklem özelliklerinin de bu sonuçların farklı olmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Başarısızlık şeması intihar düşüncesi ile ilişkili değişkenlerden bir diğeridir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında başarısızlık şema düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin de artacağı belirlenmiştir. Başarısızlık şemasına sahip kişiler temelde yaşamın her alanında başarısız olacaklarına, diğer tüm insanlardan daha yetersiz olduklarına inanırlar. Düşük benlik saygısına sahip olmayla da ilişkili olan bu duruma sahip kişilerin yaşam memnuniyetlerinin de daha düşük olması, yaşama dair daha az amaca sahip olmaları ve bu nedenle yaşamlarını sonlandırmaya dair daha fazla istek duymalarına

neden olmuş olabilir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin aşırı yeme ve toplumun standartlarından daha fazla kiloya sahip olarak bedenlerine yönelik memnuniyet düzeylerinin düşük olması da bu örneklemin başarısızlık şemalarının yüksek çıkmasına işaret etmekte ve buna bağlı olarak intihar düşüncelerinin fazla olmasına neden olabilmektedir.

Karamsarlık şeması aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında intihar düşüncesi ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda karamsarlık şema düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin azalacağı sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlar önceki çalışmalarda elde edilen sonuçlardan farklı değerler taşımaktadır. Bu çalışmalar iyimserlik eğilimi intihar düşüncesini azaltırken, tersi yönde karamsarlık eğiliminin intihar düşüncesini artırdığını göstermektedir (Hirsch, Conner & Duberstein, 2007: 177-185; Şahin, Batıgün, & Şahin, 1998: 157-168). Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında karamsarlık düzeyi yüksek olmasına rağmen intihar düşüncesinin düşük olmasının nedeni öncelikle aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Kaçınma baş etmeyi kullanan bu kişilerin karamsarlık düzeyleri yüksek olsa da bu duygularını bastırmaları, yokmuş gibi davranmaları bundan kaynaklanan intihar düşüncelerinin açığa çıkmasına da engel olabilir. Bunun yanında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarıyla bir baş etme yolu olarak aşırı yeme davranışı göstermeleri de yine sorunlarının olumsuz etkilerini azaltmalarında yardımcı olmuş ve intihar düşünceleri geliştirmelerine engel olmuş olabilir.

Sosyal izolasyon/güvensizlik şeması da karamsarlık gibi aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında intihar düşüncesi ile negatif yönde ilişkili bulunmuş, sosyal izolasyon/güvensizlik şeması arttıkça intihar düşüncesinin azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. karamsarlık gibi sosyal izolasyon/güvensizlik şemasına yönelik de ters bir ilişki belirlenmiştir. Bunun nedeni de karamsarlık şeması ile aynı şekilde aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaçınma baş etme yolunu kullanarak sorunları hakkında düşünmemeleri, sorunlarını yok saymalarından ve sorunlarla baş etmede aşırı yeme davranışı göstererek bu davranışın etkilerini baskıladıklarından, bir şekilde duygusal boşluklarını yemek yeme ile doldurmaya çalışmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bunun sonucunda da olumsuz duygularla yemek yeme yer değiştirmiş ve kişinin kilo almasına neden olmuş olsa da kişi

için ikincil bir kazanç sağlayarak olumsuz duygu ve düşüncelerin etkilerinden uzaklaştırmış olabilir.

Aşırı kilolu ve obez olan kişiler arasında duyguları bastırma şeması intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuştur. Duyguları bastırma şema düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin de artacağı belirlenmiştir. Duygularını baskılayan kişiler öfke, haz, şevkat, cinsellik gibi temel dürtü ve ihtiyaçlarına yönelik sürekli bir tetiktelik ve baskı halindedir. Bu ihtiyaçların karşılanamaması temelde insanda mutsuzluk ve doyumculuk yaratmakta ve yaşama dair memnuniyetin azalmasına, hayattan zevk almamaya neden olmaktadır. Bu nedenle duygularını baskılayan ve ihtiyaçları karşılanmayan aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin intihar düşünceleri yüksek olacaktır. Aşırı yeme ve yemek yemeyi durduramama gibi davranışlara sahip aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin yemekle ilişkili kontrol duygularının zayıf olduğu düşünüldüğünde duygularını baskılama ve bundan kaynaklı ihtiyaçlarına dair engellenmişlik duygularının da olumsuz duygu ve düşüncelerinin açığa çıkarak intihar düşüncelerinin yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülebilir.

İç içe geçme/bağımlılık da intihar düşüncesi ile pozitif yönde ilişkili bulunan değişkenlerden biridir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin iç içe geçme/bağımlılık şemaları arttıkça intihar düşüncelerinin de artacağı görülmektedir. Yakınlık kurdukları kişilerden ayrı bir benlik geliştiremeyen ve bu nedenle düşük benlik algısına sahip olan iç içe geçme/bağımlılık şemasına sahip kişilerin başkaları yönelimli gelişen hayatının, kendileri için bir şey yapmanın hayata dair amaçlarının azalmasına ve yaşamlarını sonlandırmayla ilişkili intihar düşüncelerinin artmasına neden olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle aşırı kilolu ve obez olan kişilerde iç içe geçme/bağımlılık şemasının artması intihar düşüncelerinin de artmasına neden olmuş olabilir. Öz yeterlilik iç içe geçme/bağımlılık şemasının tam tersini ifade eden bir kavramdır. Kişilerin sorunlar karşısında ayakta kalabilme, kendi yeterlilikleri sayesinde baş edebileme becerisi ile ilişkili olan öz yeterliliğin de intihar davranışını azalttığı, öz yeterlilik düzeyi düşük olan kişilerin daha fazla intihar düşüncesine sahip oldukları belirlenmiştir (Meadows, Kaslow, Thompson ve Jurkovic, 2005: 109-121). Bu çalışma dolaylı yoldan elde edilen bu bulgulara destek oluşturmakta gelişmemiş bir benliğe sahip olmanın intihar düşüncelerini arttırdığına işaret etmektedir.

Tehditler karşısında dayanıksızlık intihar düşüncesini yordayan değişkenlerden bir diğeridir. Aşırı kilolu ve obez olan kişilerin tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları arttıkça intihar düşüncelerinin de artacağı belirlenmiştir. Hayatın getirdiği zorluklar karşısında uygun baş etme becerileri gösterememe ile ilişkili olan bu şemanın aynı zamanda zayıf baş etme becerileri de ilişkili olduğu düşünülebilir. Kaçınma baş etme yolu normal kilolulara göre daha yüksek çıkan ve sorunlarla baş etmede yetersiz ve zayıf olan aşırı kilolu ve obez olan kişilerin tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının yüksek olmasının da bunda etkili olduğu düşünülmektedir. Bunların bir sonucu olarak da aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin intihar düşüncelerinin yüksek çıkmasının nedeni yüksek düzeyde tehditler karşısında dayanıksızlık şemasına sahip olmaları olabilir.

4.4 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: Sosyodemografik değişkenlerin obezite ile ilişkili olması, özellikle gelir düzeyi düştükçe kişilerin obez olma olasılığının artması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. Obezite ile sosyodemografik değişkenlerden beden kitle indeksi, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, yaşanılan yer, fiziksel bir hastalığa sahip olma ve bu nedenle ilaç kullanma, psikiyatrik bir hastalığa sahip olma ve bu nedenle ilaç kullanma, intihar girişiminde bulunma, sahip olunan kilo, sahip olunan kiloya yönelik memnuniyet, diyet yapma, ve kilo almaya neden olan bir sağlık sorununa sahip olma aşırı kilolu ve obez olma ile pozitif yönde; tedavi için başvuru alan klinik, eğitim düzeyi, bir işte çalışıp çalışmama, gelir düzeyi ve beden algısı aşırı kilolu ve obez olma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

Özetle birçok sosyodemografik değişken obeziteye sahip olup olmama ile ilişkili bulunmuştur. Gelir düzeyine ilişkin hipotezde desteklenmiş, gelir düzeyi düştükçe obez olma olasılığının arttığı belirlenmiştir.

Hipotez 2: Obezitesi olan ve aşırı kilolu kişilerin normal kilolu katılımcılara göre erken dönem uyumsuz şemalarının, 5 şema alanı ve 14 şema boyutu puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

Bu hipotez toplam puan erken dönem uyumsuz şemalar için desteklenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şema toplam puanlarının normal kilolu katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu hipotez erken dönem uyumsuz şema alanları için de desteklenmiştir. Zedelenmiş otonomi, kopukluk ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarının aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu hipotez 14 erken dönem uyumsuz şema boyutu için de desteklenmektedir. Duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar şemalarının aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler arasında normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Özetle, aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun erken dönem uyumsuz şema düzeylerinin ve şema alanlarının normal kilolulardan oluşan karşılaştırma grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hipotez 3: Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre kaçınma baş etme yolu puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre kaçınma baş etme yolunu daha sıklıkla kullandıkları belirlenmiştir.

Hipotez 4: Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre depresif belirti düzeylerinin, kaygı düzeylerinin, bozulmuş yeme tutumlarının, intihar düşünceleri ve intihar girişimlerinin daha yüksek olması, benlik saygılarının ise daha düşük olması beklenmektedir.

Kaygı: Bu hipotez kaygı için desteklenmektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kilolu kişilerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin kaygı düzeylerinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Depresyon: Bu hipotez depresyon için desteklenmektedir. Sahip olunan depresyon düzeyinde aşırı kilolu ve obezitesi olan grup ile normal kilolulardan oluşan karşılaştırma

grubu arasında anlamlı bir fark olduğu, aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun depresyon düzeyinin normal kilolulara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yeme tutumu: Bu hipotez yeme tutumu için desteklenmektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolulara göre patolojik yeme tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İntihar düşüncesi: Bu hipotez intihar düşüncesi için desteklenmemektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan katılımcılar ile normal kilolu katılımcıların intihar düşünceleri arasında herhangi bir farklılık belirlenmemiştir.

İntihar girişimi: Bu hipotez intihar girişi için desteklenmektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan grubun normal kilolu karşılaştırma grubuna göre intihar girişiminde bulunma durumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Benlik saygısı: Bu hipotez benlik saygısı için desteklenmemektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler ile normal kilolu kişilerin benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Özetle, aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin normal kilolu katılımcılara göre kaygı ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha fazla intihar girişiminde buldukları ve patolojik yeme tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İki grubun benlik saygısı ve intihar düşüncesine sahip olma düzeyleri arasında ise herhangi bir farklılık belirlenmemiştir.

Hipotez 5: Erken dönem uyumsuz şemalar ile kaçınma ve telafi baş etme yollarının benlik saygısı, kaygı, depresyon, yeme tutumu ve intihar düşüncesini yordayıcı değişkenler olması beklenmektedir.

Kaygı: Bu hipotez kısmen desteklenmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalardan yalnızca başarısızlık ve karamsarlık şemaları ve kaçınma baş etme yolu kaygıyı yordayan değişkenler olarak belirlenmiştir. Başarısızlık şema düzeyi arttığında kaygı düzeyinin azaldığı; karamsarlık şema düzeyi ve kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyi arttığında ise kaygı düzeyinin de arttığı belirlenmiştir.

Depresyon: Bu hipotez kısmen desteklenmektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin karamsarlık, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, terk edilme ve tehditler karşısında

dayanısızlık şemalarının depresyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Karamsarlık şema düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, terk edilme ve tehditler karşısında dayanısızlık şema düzeyi arttığında ise depresyon düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kaçınma ve telafi baş etme yolları ile depresyon arasında ise anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

Benlik saygısı: Bu hipotez benlik saygısı için kısmen desteklenmektedir. Duygusal yoksunluk, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemalarının benlik saygısını yordayan değişkenler olduğu, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şeması arttıkça benlik saygısının da arttığı, duygusal yoksunluk, karamsarlık ve iç içe geçme/bağımlılık şemaları arttığında ise benlik saygısı düzeyinin düştüğü belirlenmiştir. Benlik saygısı ile kaçınma ve telafi baş etme yolu arasında ise herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

Yeme tutumu: Bu hipotez yeme tutumu için kısmen desteklenmektedir. Yalnızca kaçınma baş etme yolunun yeme tutumu ile ilişkili olduğu, kaçınma baş etme yoluna başvurma düzeyi arttıkça patolojik yeme tutumuna sahip olma düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Erken dönem uyumsuz şemalar ve telafi baş etme yolu ile yeme tutumu arasında ise herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

İntihar düşüncesi: Bu hipotez intihar düşüncesi için kısmen desteklenmektedir. Duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık ve tehditler karşısında dayanısızlık şemaları intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuş, başarısızlık, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık ve tehditler karşısında dayanısızlık şemalarının düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin de arttığı; duygusal yoksunluk, karamsarlık ve sosyal izolasyon/güvensizlik şemalarının düzeyi arttığında ise intihar düşüncesinin azaldığı belirlenmiştir. Kaçınma ve telafi baş etme yolu ile intihar düşüncesi arasında ise herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

4.5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmadan elde edilen bulgular bilimsel çalışmalar ve psikoloji alanı için bir destek sağlamasına ve konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçları

desteklemesine rağmen bazı sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerden oluşan grup ile normal kilolu kişilerden oluşan grubun sosyodemografik özellikleri birbirinden farklıdır. İki grup arasındaki farklılıklardan biri yaşıdır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerden oluşan grubun yaş ortalaması normal kilolu katılımcılardan oluşan grubun yaş ortalamasından yaklaşık 10 yıl daha fazladır. Bu durum her ne kadar obezitenin ileri yaşlarda daha fazla görünmesinden kaynaklanıyor olsa da iki grubun yaş ortalaması arasındaki bu farklılık sonuçları da etkileyecektir. Kişilerin sahip oldukları yaş hayata dair sahip oldukları bakış açısı, sorunlarla baş etme yolları, duygu durumları gibi psikolojik ve sosyolojik bir çok alana etki etmektedir. Bu nedenle iki grubun yaş ortalaması arasındaki bu farklılığın sonuçlara da etki etmiş olabileceği düşünülmektedir.

İki grup arasındaki farklılıklardan ve bu çalışma için bir sınırlılık oluşturan sosyodemografik özelliklerden bir diğeri kişilerin medeni durumlarıdır. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde evli olanların normal kilolu kişilerden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu konu ile ilişkili diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolu kişilerin telafi baş etme yolları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmamasında iki grup arasındaki bu farklılık etkili olmuş olabilir. Çünkü evliliğin aynı zamanda kişilerin sosyal destek almalarını da içeren güçlü bir özellik olması aslında duygusal ve sosyal açıdan normal kilolu kişilerden daha zayıf olması beklenen aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin diğer grupla aralarında bir farklılık bulunmamasına neden olmuş olabilir. Bunun yanında aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin medeni durumlarıyla ilgili bu özellik yine iki grup arasındaki benlik saygısı ve intihar düşünceleri düzeyleri arasında da bir farklılık bulunmamasına neden olmuş olabilir. Özetle aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta evli olanların normal kilolu gruba göre daha fazla olmasının bu grup için güçlü ve kazançlı bir özellik olduğu ve beklenilenin aksine sonuçlar elde edilerek iki grubun bazı psikolojik belirtileri açısından farklılığın gözlenmemesine neden olduğu düşünülmektedir.

Evli olma gibi çocuk sahibi olan kişi sayısının da aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta normal kilolu kişilerden oluşan gruptan daha fazla olduğu görülmektedir. Tıpkı evlilik gibi çocuk sahibi olmanın da aşırı kilolu ve obezitesi olan grup için güçlü bir özellik olarak karşımıza çıkmakta ve elde edilen sonuçların beklenenden farklı olmasına neden

olmaktadır. Yaşamı sürdürme nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olmanın kişilerin yaşamı sürdürme nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir. Bu durumun aşırı kilolu ve obezitesi olan grupta benlik saygısı, intihar düşüncesi gibi psikolojik süreçlerinin normal kilolulara göre daha düşük olması beklenirken bir farklılığın bulunmamasına etki eden nedenlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada intihar düşüncesi erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisi incelenen psikolojik sıkıntılardan biri olarak ele alınmıştır. Ancak intihar düşüncesinin değerlendirilmesinde yalnızca sosyodemografik bilgi formunda yer verilen tek soru kullanılmıştır. Duygusal yoksunluk, karamsarlık ve sosyal izolasyon/güvensizlik gibi erken dönem uyumsuz şemalar ile intihar düşüncesi arasında önceki çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilerek bu şemalara sahip olma düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgularda önceki çalışmalardan farklı sonuçların elde edilmesinde intihar düşüncesinin tek bir soruyla değerlendirilmiş olması neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada var olan bir diğer sınırlılık obezite sınıfında yer alan grubun elde edildiği örnekleme ile ilgilidir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle ilgili verilerin bir kısmı hastane örnekleminde bir kısmı ise genel örneklemden toplanmıştır. Verilerin elde edildiği bu iki örneklemin sayısal oranları birbirinden farklıdır. Hastane örnekleminde daha yetersiz sayıda verinin toplanmış olması aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde bu nedenle tedavi alanlarla almayanların birbirinden ayırt edilmesini engellemiş olabilir. Bunun yanında tedavi alanların psikolojik süreçlerinin daha farklı olduğu düşünülmekte, tedavi alanla almayanlar arasındaki sayısal farkında bu etkinin sonuçlara yansımaya engel olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Kullanılan veri toplama araçlarının tümünün öz bildirim dayalı ölçekler olması da araştırmanın bir sınırlılığıdır. Kişilerin bilgilerinin kendileri tarafından verildiği bu ölçek türlerinde sosyal beğenirlik, kendini iyi gösterme gibi eğilimlerin sonuçların güvenilirliği açısından olumsuz bir etki yaratabileceği düşünülmektedir. Bunun çalışmadaki sonuçlarının bazılarının beklenenden farklı olmasını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Örneğin benlik saygısı düzeyinin beklenenin aksine aşırı kilo ve obezite grubu ile normal kilolu karşılaştırma grubu arasında farklılaşmamasında kullanılan ölçeğin

özbildirime dayalı bir ölçek olmasının ve kişilerin kendilerini iyi gösterme eğiliminde olabileceklerinin etki etmiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada varolan son sınırlılık veri toplama yöntemi ile ilgilidir. Aşırı kilo ve obezite grubunu oluşturan hastane örnekleme ile ilgili veriler yalnızca Bursa'nın bir ilçesinde bulunan Orhangazi Devlet Hastanesi'nden elde edilmiştir. Özellikle bu çalışmada benzer diğer çalışmalardan farklı olarak düşük gelir düzeyine sahip kişilerin beden kitle indekslerinin yüksek gelirli kişilere göre daha yüksek olduğu sonucunun elde edilmesinde bu durumun etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bunun yerine birden fazla hastaneden seçkisiz örnekleme yöntemi ile veri toplanmasının elde edilen sonucun güvenilirliğini artırabileceği ve daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

4.6 KLİNİK GÖSTERGELER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının düzeyinin normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bilgi günümüzde de yaygınlığı giderek artan ve ciddi sağlık sorunlarına neden olan aşırı kilo ve obezitenin tedavisinde ele alınması gereken psikolojik süreçler hakkında bilgi vermektedir. Obezitenin psikolojik yanının da göz ardı edilmemesi ve tedavi sürecine katılması gerektiğini gösteren bu sonuçlar konu ile ilgilenen uzmanlara rehber olacaktır. Aşırı yeme ve obezitenin oluşmasında özellikle hangi erken dönem uyumsuz şemaların etkili olduğunun belirlendiği bu çalışmada uzmanların bu şemaların ele alınmasına öncelik vermeleri tedavi sürecinin de hızlanmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen ve alan için yarar sağlayan bir diğer bilgi aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarla baş etmede kullandıkları stratejilere yönelik elde edilen bilgidir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin öncelikle aşırı yemeye ilişkin davranışlarını erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkili duygu ve düşünceleri ile baş etmede bir araç olarak kullandıklarının belirlenmiş olması aşırı kilo ve obezitenin nedenleri hakkında literatüre bir katkı sağlamaktadır. Aşırı kilolu ve obezitenin nedenleri konusunda sağlanan bu bilgi tedavi sürecinde ele alınacak odak noktalar hakkında da bir rehber olacaktır.

Bunun yanında tedavi de bu bilgiden yola çıkarak aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilere sorunlarla baş etme yolları hakkında bir eğitim programının hazırlanması ve uygulanmasının aşırı kilo ve obezitenin başlangıcı, devamı ve tedavi sürecinde yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin patolojik yeme tutumlarının normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin fazla kilolarının bir sebebinin de bozuk yeme tutumlarından kaynaklandığı düşünüldüğünde yine bu konuda aşırı kilo ve obezite ile ilgilenen uzmanların dikkat etmesi ve öncelikle aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilere sağlıklı yeme tutumu hakkında bilgi vererek, tedavi sürecinde olumsuz yeme tutumlarını olumlu ve daha sağlıklı olanlarla yer değiştirerek ele almaları tedavinin gidişatı açısından faydalı olacaktır. Bunun yanında bu bilgi ışığında toplumun da sağlıklı yeme tutumları hakkında bilgilendirilmesi aşırı kilo ve obezitenin geliştirilmesi için önleyici bir çalışma niteliği sağlayacak ve obezitenin yaygınlığının azalmasına yarayacaktır.

Aşırı kilolu ve obez olan kişilerin normal kilolu kişilere göre daha fazla intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin baş etme becerileri konusunda normal kilolu kişilerden daha zayıf olmaları da sorunlarla baş etmede yetersizlik ve bulunan son çare olarak başvuru intihar girişiminin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerde daha yüksek olmasını desteklemektedir. Aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin tedavisinde bu bilginin de göz önünde bulundurulması, tedavi sürecinde yer alan uzmanların intihar riskini de göz önünde bulundurarak değerlendirmeye bunu da katmaları tanı ve tedavi süreci için faydalı olacaktır. Bunun yanında yine aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin tedavisinde sorunlarla baş etme becerilerine de yer verilmesi ve hastaların bu yönde de geliştirilmeleri tedavi sürecini ve tedavinin etkinliği ve sonucunu etkileyecektir. Bu nedenle tedaviyi yürüten kişilerin aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin sorunlarla baş etme becerilerinde eksik oldukları ve intihar girişimlerinin yüksek olduğuna dair bilgiyi de göz önünde bulundurarak bir tedavi planı uygulamaları tedavi için faydalı olacaktır.

4.7 GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerle normal kilolu kişiler karşılaştırılmıştır. Ancak bu iki grubun yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama ve sahip oldukları çocuk sahibi gibi bazı sosyodemografik özellikleri birbirinden farklıdır. İki grup arasındaki sosyodemografik değişkenlerdeki farklılıklar araştırmanın amacını oluşturan incelemelerle ilgili de bu çalışmaya benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlardan farklı bilgilere ulaşılmasına neden olmuştur. Özellikle aşırı kilolu ve obez olan kişilerin çoğunluğunun evli olmaları, çocuk sahibi olmaları ve sahip olunan çocuk sayısının daha fazla olması onların sosyal destek içeren ve olumlu psikolojik süreçler için kazanç sağlayan niteliklere sahip olmalarını sağlamaktadır. Bu da iki grubun benlik saygısı ve intihar düşünceleri arasında varolan diğer çalışmalarda bir farklılık bulunmasına rağmen bir farklılığın bulunmamasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda tüm bunlar göz önünde bulundurularak iki grubun sosyodemografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu gruplarda hipotezlerin test edilmesi önemlidir.

Bu araştırmada daha önceki çalışmalardan farklı olarak duygusal yoksunluk, karamsarlık ve sosyal izolasyon/güvensizlik şemalarının yüksek olmasının intihar düşüncesini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Önceki çalışmalardan farklı bir sonucun elde edilmesinde intihar düşüncesinin tek bir maddeyle değerlendirilmesi neden olmuş olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda bu sonuçların daha güvenilir olması için intihar düşüncesini değerlendirmede güvenilirlik ve geçerlik değerleri yüksek bir ölçeğin kullanılması daha yararlı olabilir.

Bu çalışmada hastane örnekleminde yeterli veri toplanamadığı için aşırı kilolu ve obezitesi nedeniyle tedavi arayanlarla bu sorunu olduğu halde herhangi bir tedavi talebinde bulunmayanlar arasında herhangi bir karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak aşırı kilolu ve obez olupta tedavi arayanlarla tedavi aramayanların psikolojik süreçlerinde bazı farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Tedavi arayanlar kilolarını kendilerine daha fazla sorun eden, kilolarından dolayı da kaygı, depresyon, intihar düşüncesi gibi psikolojik süreçlerinin daha yüksek, benlik saygısı ise daha düşük kişiler olabilir. Bu iki grubun sayısal olarak da birbirinden orantısız bir şekilde bir araya getirilmesi bu süreçler düşünüldüğünde sonuçları etkileyecektir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda bunların göz önünde bulundurularak aşırı

kilolu ve obezitesi olup tedaviye başvuran kişilerden de yeterli sayıda veri toplanıp, tedavi aramayan grupla kıyaslanması ve sonuçların bu bilgiler dahilinde genellenmesi daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.

Bu çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan kişiler bir araya getirilerek bir grup oluşturulmuş ve bu şekilde normal kilolu kişilerle karşılaştırılmıştır. Aşırı kilolu olmak da kilo ile ilişkili psikolojik süreçlerde etkilenen bir faktör olarak karşımıza çıksa da obeziteye sahip kişilerin psikolojik düzeylerinin aşırı kilolu olanlardan da farklı olabileceği düşünülmektedir. Bu iki grubun bir araya getirilmesi iki grup arasındaki farklılıkların yansımamasına ve obezite grubuna özgü niteliklerin tam olarak açığa çıkmamasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda aşırı kilolu ile obezitesi olan kişiler ayrı ayrı incelenerek analizlere dahil edilebilir. Bu şekilde yapılan bir çalışma obezite ile ilişkili erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik süreçler hakkında daha net sonuçların elde edilmesini ve daha doğru tespitlerde bulunulmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- AL-KANDARİ Yagoub Yousif (2006), "Prevalence of Obesity in Kuwait and Its Relation to Sociocultural Variables", **Obesity Reviews**, 7, pp. 147-154.
- ANDERSSON Egil (1993), "The Hospital Anxiety and Depression Scale Homogeneity of Subscales", **Social Behavior and Personality**, 21 (3), pp. 197-204.
- ANDERSON Kate- RIEGER Elizabeth- CATERSON Ian (2006), "A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking Obese Adults and Normal-Weight Control Subjects", **Journal of Psychosomatic Research**, 60, pp. 245-252.
- ANG Rebecca P.- NEUBRONNER Marion- OH Su Ann- LEONG Victoria (2006), "Dimensionality of Rosenberg's Self-Esteem Scale among Normal-Technical Stream Students in Singapore", **Current Psychology: Developmental Learning Personality Social**, 25 (2), pp. 120-131.
- ARUGUETE Mara S.- EDMAN Jeanne L.- YATES Alayne (2009), "Romantic Interest in Obese College Students", **Eating Behaviors**, 10, pp. 143-145.
- ATAMTÜRK Derya (2009), "Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluğun ve Obezitenin Yaygınlığı", **Gaziantep Tıp Dergisi**, 15 (2), ss. 10-14.
- AYDEMİR Aylin (2010), "Çocuk ve Ergenlerde Obezite, Depresyon ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişki: İstanbul Örneği", İstanbul.
- AYDEMİR Ömer (1997), "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", **Psikiyatri Dergisi**, 8 (4), ss. 280-287.
- BALL Samuel A.- YOUNG Jeffrey E. (2000), "Dual Focus Therapy for Personality Disorders and Substance Dependence: Case Study Results", **Cognitive and Behavioral Practice**, 2, pp. 270-281.
- BARDONE-CONE Anna M.- SCHAEFER Lauren M.- MALDONADO Christine R.- FITZSIMMONS Ellen E.- HARNEY Megan B.- LAWSON Melissa A.- ve ark. (2010), "Aspects of Self-Concept and Eating Disorder Recovery: What Does the Sense of Self Look Like when an Individual Recovers from an Eating Disorder?", **Journal of Social and Clinical Psychology**, 29 (7), pp. 821-846.
- BAŞ Murat- AŞÇI F. Hülya- KARABUDAK Efsun- KIZILTAN Gül (2004), "Eating Attitudes and Their Psychological Correlates Among Turkish Adolescents", **Adolescence**, 39, ss. 593-599.

- BAYRAKTAR Erhan (1995), "Obezitenin Psikolojik Yönleri", Ü. Bayındır- E. Bayraktar- A. Çağdaş- B. Durmaz- Z. Elar- T. Kabalak- ve ark. İçinde, **Obezite**. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 107-140
- BECK Aaron T.- EMERY Gary (2006), **Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler**, İstanbul: Litera Yayıncılık.
- BJERKESET Ottar- ROMUNDSTAD Pal- EVANS Jonathan- GUNNELL David (2007), "Association of Adult Body Mass Index and Height with Anxiety, Depression, and Suicide in the General Population", **American Journal of Epidemiology**, 167 (2), pp. 193-202.
- BLAINE Bruce E. (2009), "Obesity, Binge Eating, and Psychological Distress: The Moderating Role of Self-Concept Disturbance", **Current Psychiatry Reviews**, 5, pp. 175-181.
- BOZBORA Alp (2002), Enerji Metabolizması, F. Aral, U. Barbaros, A. Bozboru, F. Buyru, H. Coşkun, O. Çizmeçi, ve ark. içinde, **Obezite ve Tedavisi**. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 61-69
- BROWN Stephanie L.- VINOKUR Amiram D. (2003), "The Interplay Among Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide: The Role of Depression, Poor Health, and Loved Ones' Messages of Support and Criticism", **American Journal of Community Psychology**, 32 (1/2), pp. 131-141.
- BRAY George A. (1989), "Classification and Evaluation of the Obesities", **Medical Clinics of North America**, 73, pp. 161-184.
- ÇAKIR Zehra (2007), Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme, Hacettepe Üniversitesi, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- CHEN Yue- JIANG Ying- MAO Yang (2009), "Association between Obesity and Depression in Canadians", **Journal of Women's Health**, 18 (10), pp. 1687-1692.
- CONRADT Matthias- DIERK Jan Michael- SCHLUMBERGER Pia (2008), "Who Copes Well? Obesity-Related Coping and Its Associations With Shame, Guilt, and Weight Loss", **Journal of Clinical Psychology**, 64 (10), pp. 1129-1144.
- COOPER Myra J.- COWEN Phil (2009), "Negative Self-Beliefs in Relation to Eating Disorder and Depressive Symptoms: Different Themes Are Characteristic of the Two Sets of Symptoms in Those With Eating Disorders and/or Depression", **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**, 23 (2), pp. 147-159.
- COOPER Zafra- FAIRBURN Christopher G.- HAWKER Deborah M. (2007), **Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi**, İstanbul: Yerküre.

- CROW Scott- EISENBERG Marla E.- STORY Mary- NEUMARK-SZTAİNER Dianne (2008), “Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Body Mass Index Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents? A Longitudinal Study”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 76 (5), pp. 887-892.
- ÇORAKÇI Ahmet (2002), Obezitenin Etyopatogenezi, F. Aral, U. Barbaros, A. Bozbora, F. Buyru, H. Coşkun, O. Çizmeçi, ve ark. içinde, **Obezite ve Tedavisi**, İstanbul: Nobel Tıp Kıtabevleri, ss. 15-27.
- ÇUHADAROĞLU F (1986), Adolesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Ankara.
- DAVE Dhaval- RASHAD Inas (2009), “Overweight Status, Self-Perception, and Suicidal Behaviors among Adolescents”, **Social Science & Medicine**, 68, pp. 1685-1691.
- DECALUWE Veerle- BRAET Carolina- FAIRBURN Christopher G., “Binge Eating in Obese Children and Adolescents”, **Wiley InterScience**, 18 Şubat 2002, www.interscience.wiley.com, (21.11.2010).
- DEĞİRMENCİ Taner (2006), **Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete**, Pamukkale Üniversitesi, (Yüksek lisans tezi), Denizli.
- DESAI Melissa N.- MILLER William C.- STAPLES Betty- BRAVENDER Terrill (2008), “Risk Factors Associated With Overweight and Obesity in College Students”, **Journal of American College Health**, 57 (1), pp. 109-114.
- DEVECİ Artuner- DEMET Murat M.- ÖZMEN Bilgin- ÖZMEN Erol- HEKİMSOY Zeliha (2005), “Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı”, **Anatolian Journal of Psychiatry**, 6, ss. 84-91.
- DONG C.- LI W. D. - LI D.- PRICE R. (2006), “Extreme Obesity is Associated with Attempted Suicides: Results from a Family Study”, **International Journal of Obesity**, 30, pp. 388-390.
- DRUSS Benjamin- PINCUS Harold (2000), “Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses”, **Archives of Internal Medicine**, 160, pp. 1522-1526.
- ELOVAİNİÖ Marko- SHIPLEY Martin J.- FERRIE Jane E.- GIMENO David- VAHTERA Jussi- MARMOT Michael G., ve ark. (2009), “Obesity, unexplained weight loss and suicide: The original Whitehall study”, **Journal of Affective Disorders**, 116, pp. 218-221.
- EROL Atila- TOPRAK Gülser- YAZICI Fadime- EROL Sıdıka (2000), “Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması”, **Klinik Psikiyatri**, 3, ss. 147-152.

- FAGAN Robert F.- ADAMS Deborah A.- CONNOR Felicia J.- DAMMOND Lateka- HALL Patsy A.- SHARP Pearl C. (2002), "State Specific Prevalence of Obesity Among Adults with Disabilities- Eight States and the District Colombia 1998-1999", **New England Journal of Medicine**, 351 (36), pp. 805-808.
- FAIRCHILD Helen - COOPER Myra (2010), "A Multidimensional Measure of Core Beliefs Relevant to Eating Disorders: Preliminary Development and Validation", **Eating Behaviors**, 11, pp. 239-246.
- GADALLA Tahany M. (2009), "Association of Obesity with Mood and Anxiety Disorders in the Adult General Population", **Chronic Diseases in Canada**, 30 (1), pp. 29-36.
- GANNA Kamel- ALAPHILIPPE Daniel- BAILLY Nathalie (2005), "Factorial Structure of the French Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among the Elderly", **International Journal of Testing**, 5 (2), pp. 169-176.
- GARNER David M.- GARFINKEL Paul E. (1979), "The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa", **Psychological Medicine**, 9, pp. 273-279.
- GOODRICK G. Keen- PENDRETON Victor R.- KIMBALL Kay T.- PASTON Walker S. Corlos- REEVES Rebecca S.- FOREYT John P. (1999), "Binge Eating Severity, Self-Concept, Dieting Self-Efficacy, Social Support during Treatment of Binge Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 26, pp. 295-300.
- GOOSSENS Lien- BRAET Caroline- VLIERBERGHE Leen V.- MELS Saskia (2009), "Loss of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating", **European Eating Disorders Review**, 17, pp. 68-78.
- HERVA Anne- LAITINEN Jaana- MIETTUNEN Juhani- VEIJOLA Karvonen J.- LAKSY Kristian, ve ark. (2006), "Obesity and Depression: Results from the Longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study", **International Journal of Obesity**, 30, pp. 520-527.
- HIRSCH Jameson K.- CONNER Kenneth R.- DUBERSTEIN Paul R. (2007), "Optimism and Suicide Ideation Among Young Adult College Students", **Archives of Suicide Research**, 11, pp. 177-185.
- HUNT-SHANKS Tiffany- BLANCHARD Christopher- REID Robert- FORTIER Michelle- CAPPELLI Mario (2010), "A Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Cardiac Patients: Addressing Factor Structure and Gender Invariance", **British Journal of Health Psychology**, 15, pp. 97-114.
- HURLEY Susan (2010), *The Impact of Maladaptive Schema on Disordered Eating: A Collective Case Study*, University of South Florida, (Doktora tezi), Florida.
- JOINER Thomas E.- VAN ORDEN Kimberly- STELLRECHT Nadia E.- GORDON Kathryn H.- WITTE Tracy K.- WINGATE Laricka R., ve ark. (2006), "Clinical Applications

of the Interpersonal -Psychological Theory of Attempted and Completed Suicide”, **Journal of Clinical Psychology**, 62 (2), pp. 211-222.

- KARA İsmail Hamdi- DİKİCİ Bünyamin- YEL Servet- ÖZDEMİR Özcan (2010), “The Prevalence of Malnutrition and Obesity in Schoolchildren in the Southeast Anatolia Region of Turkey”, **Düzce Tıp Dergisi**, 12 (1), ss. 54-62.
- KARAOSMANOĞLU H. Alp- SOYGÜT Gonca- KABUL Asiye (2011), “Psychometric properties of the Turkish Young Compensation Inventory”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**.
- KARCZEWSKI Sabrina- SHERMAN Laura- RICH Michael (2010), “Do Medical Obesity Approaches Fail Because They Don’t Meet Adolescents Where They Are? Obese Adolescents Strategies for Coping with Their Weight”, **Journal of Adolescent Health**, pp. 17-81.
- KASEN Stephanie- COHEN Patricia- CHEN Hsinchun- MUST Aviva (2008), “Obesity and Psychopathology in Women: A Three Decade Prospective Study”, **International Journal of Obesity**, 32, pp. 558-566.
- KESKİN Gülseren- ENGİN Esra- DULGERLER Şeyda (2010), “Eating Attitude in the Obese Patients: The Evaluation in Terms of Relational Factors”, **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 17, pp. 900–908.
- KORKMAZ Mediha (1996), Yetişkin Örneklem İçin Bir Benlik Saygısı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, İzmir Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek lisans tezi), İzmir.
- LAWSON Michael- CHEN Lieping- DANIELS Stephen- DOLAN Lawrence (2005), “Prevalence of Morbid Obesity and Metabolic Syndrome in U.S. Adolescents and very Young Adults”, **AEP**, 15 (8), pp. 630–665.
- LEE Christopher W.- TAYLOR Graham- DUNN John (1999), “Factor Structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample”, **Cognitive Therapy and Research**, 23 (4), pp. 441-451.
- LUCK Amy- WALLER Glenn- MEYER Caroline- USSHER Michael- LACEY Hubert (2005), “The Role of Schema Processes in the Eating Disorders”, **Cognitive Therapy and Research**, 29 (6), pp. 717–732.
- MARTIN Colin R. (2004), “Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Individuals with Facial Disfigurement”, **Psychology, Health and Medicine**, 9 (3), pp. 327-336.
- MARTIN Colin R.- THOMPSON David R. (2000), “A Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Coronary Care Patients Following Acute Myocardial Infarction”, **Psychology, Health & Medicine**, 5 (2), pp. 193-201.

- MARTIN Colin R.- THOMPSON David R.- CHAN Dominic S. (2006), “An Examination of the Psychometric Properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) in Chinese Acute Coronary Syndrome (ACS) Patients”, **Psychology, Health & Medicine**, 11 (4), pp. 507 – 521.
- MARTYN-NEMETH Pamela- PENCKOFER Sue- GULANICK Meg- VELSOR-FRIEDRICH Barbara- BRYANT Fred B. (2009), “The Relationships Among Self-Esteem, Stress, Coping, Eating Behavior, and Depressive Mood in Adolescents”, **Research in Nursing & Health**, 32, pp. 96-109.
- MASKELL Jennifer Lynn. (2007), *Coping Strategies and Emotional Antecedents of Binge Eating Behavior among Women and Men*, University of Virginia, (Doktora tezi), Virginia.
- MATHER Amber A.- COX Brian J- ENNS Murray W.- SAREEN Jitender (2009), “Associations of Obesity with Psychiatric Disorders and Suicidal Behaviors in a Nationally Representative Sample”, **Journal of Psychosomatic Research**, 66, pp. 277-285.
- MCCUE Patricia- MARTIN Colin R.- BUCHANAN Tom- RODGERS Jacqui- SCHOLEY Andrew B. (2003), “An Investigation into the Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Individuals with Chronic Fatigue Syndrome”, **Psychology, Health & Medicine**, 8 (4), pp. 425-439.
- MEADOWS Lindi A.- KASLOW Nadine J.- THOMPSON Martie P.- JURKOVIC Gregory J. (2005), “Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence”, **American Journal of Community Psychology**, 36 (1/2), pp. 109-121.
- MINTZ Laurie B.- O'HALLORAN M. Sean (2000), “The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV Eating Disorder Criteria”, **Journal of Personality Assessment**, 74 (3), pp. 489-503.
- MURIS Peter (2006), “Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 13, pp. 405-413.
- MURPHY Jane- HORTON Nicholas- BURKE Jack D.- MONSON Richard- LAIRD Nan- LESAGE Alain ve ark. (2009), “Obesity and Weight Gain in Relation to Depression: Findings from the Stirling County Study”, **International Journal of Obesity**, 33, pp. 335-341.
- MYERS Andrew- ROSEN Jeffrey (1999), “Obesity Stigmatization and Coping: Relation to Mental Health Symptoms, Body Image, and self-Esteem”, **International Journal of Obesity**, 23, pp. 221-230.

- NEEDHAM Belinda L.- EPEL Elissa S.- ADLER Nancy E.- KIEFE Catarina (2010), "Trajectories of Change in Obesity and Symptoms of Depression: The CARDIA Study", **American Journal of Public Health**, 100 (6), pp. 1040-1046.
- OKMAN T. Kılıç (1997), "Türkiye'de İntihar İstatistiklerinin Metodolojisi, Sistemi ve Eğilimi", **Kriz Dergisi**, 5 (1), ss. 43-57.
- ÖZARMAĞAN Selçuk- BOZBORA Alp (2002), "Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler", F. Aral, U. Barbaros, A. Bozboru, F. Buyru, H. Coşkun, O. Çizmeçi, ve ark. içinde, **Obezite ve Tedavisi**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 1-15.
- ÖZBEY Neşe- ORHAN Yusuf (2002), "Vücut Yağ Miktarı ve Dağılımının Belirlenmesi", F. Aral, U. Barbaros, A. Bozboru, F. Buyru, H. Coşkun, O. Çizmeçi, ve ark. içinde, **Obezite ve Tedavisi**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 27-61.
- ÖZKAHRAMAN Şükran (2002), "Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Obezite Prevalansı ve Yapılan Eğitimin Obezite ile İlgili Bilgi, Tutum, Davranış ve Prevalansa Etkisi", Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yüksek lisans tezi), Isparta.
- ÖZMEN Dilek- ÖZMEN Erol- ERGİN Dilek- ÇETİNKAYA ÇAKMAKÇI Aynur - ŞEN Nesrin- DÜNDAR ERBAY Pınar ve ark. (2007), "The Association of Self-Esteem, Depression and Body Satisfaction with Obesity among Turkish Adolescents", **BioMed Central Public Health**, 7 (80), ss. 1-7.
- ÖZTORA Serdar- HATIPOĞLU Sami- BARUTÇUGİL Mehmet Bahadır- SALİHOĞLU Bahar- YILDIRIM Reyhan- ŞEVKETOĞLU Esra (2006), "İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması", **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2 (1), ss. 11-14.
- PINAR Rukiye (2002), "Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 6 (1), ss. 30-41.
- RAINA Deepak J.- JAMWAL Deshvir S. (2009), "Prevalance Study of Overweight/Obesity and Hypertension Among Rural Adults", **Journal of Medical Education & Research**, 11 (1), pp. 20-23.
- RICHARDSON Chris G.- RATNER Pamela A.- ZUMBO Bruno D. (2009), "Further Support for Multidimensionality Within the Rosenberg Self-Esteem Scale", **Current Psychology**, 28, pp. 98-114.
- RIJKEBOER Marleen M.- BERGH Huub Van Den (2006), "Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch Clinical versus Non-clinical Population", **Cognitive Therapy and Research**, 30, pp. 263-278.

- ROBERTS Robert E.- DELEGER Stephane- STRAWBRIDGE William J.- KAPLAN George A. (2003), "Prospective Association Between Obesity and Depression: Evidence from the Alameda County Study", **International Journal of Obesity**, 27, pp. 514-521.
- ROBERTS Susan B.- BONNICI Dean M.- MACKINNON Andrew J.- WORCESTER Marian C. (2001), "Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Among Female Cardiac Patients", **British Journal of Health Psychology**, 6, pp. 373-383.
- SANCAK Recep- DÜNDAR Cihad- TOTAN Mehmet- ÇAKIR Mahmut- SUNTER Tevfik- KÜÇÜKÖDÜK Şükrü (1999), "Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Predispozan Faktörler", **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi**, 16 (1), ss. 19-24.
- SAVAŞIR Işık- EROL Neşe (1989), "Yeme Tutum Testi :Anoreksia Nervoza Belirtileri Indexi", **Psikoloji Dergisi**, 7, ss. 19-25.
- SCHMITT David P.- ALLIK Juri (2005), "Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem", **Journal of Personality and Social Psychology**, 89 (4), pp. 623-642.
- SHEFFIELD Alex- WALLER Glenn- EMANUELLI Francesca- MURRAY James- MEYER Caroline (2009), "Do Schema Processes Mediate Links between Parenting and Eating Pathology?", **European Eating Disorders Review**, 17, pp. 290-300.
- SOLOMON Margot R. (2001), "Eating as Both Coping and Stressor in Overweight Control", **Journal of Advanced Nursing**, 36 (4), pp. 563-572.
- SOYGÜT Gonca- KARAOSMANOĞLU Alp- ÇAKIR Zehra (2007), "Young Kaçınma Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri", (**Basılmamış rapor**).
- SOYGÜT Gonca- KARAOSMANOĞLU Alp- ÇAKIR Zehra (2009), "Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 20 (1), ss. 75-84.
- SPINDLER Helle- KRUSE Charlotte- ZWISLER Ann-Dorthe- PEDERSEN Susanne S. (2009), "Increased Anxiety and Depression in Danish Cardiac Patients with a Type D personality: Cross-Validation of the Type D Scale (DS14)", **International Journal of Behavioral Medicine**, 16, pp. 98-107.
- SPRANGER Sonja C- WALLER Glenn- BRYANT-WAUGH Rachel (2001), "Schema Avoidance in Bulimic and Non-Eating-Disordered Women", **International Journal of Eating Disorders**, 29, pp. 302-306.
- STEIN Karen Farcaus (1996), "The Self-Schema Model: A Theoretical Approach to the Self-Concept in Eating Disorders", **Archives of Psychiatric Nursing**, 10 (2), pp. 96-109.

- STOPA Lusia- WATERS Anne (2005), "The Effect of Mood on Responses to the Young Schema Questionnaire: Short Form", **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 78, pp. 45-57.
- SWAHN Monica H.- REYNOLDS Megan R.- TICE Melissa- MIRANDA-PIERANGELI Maria C.- JONES Courtney R.- JONES India R. (2009), "Perceived Overweight, BMI, and Risk for Suicide Attempts: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey", **Journal of Adolescent Health**, 45, pp. 292-295.
- SWEETING Helen- WEST Patrick- YOUNG Robert (2008), "Obesity Among Scottish 15 Year Olds 1987–2006: Prevalence and Associations with Socio-Economic Status, Well-Being and Worries About Weight", **BioMed Central Public Health**, 8 (404), pp. 1-7.
- ŞAHİN Nesrin Hisli- BATIGÜN Ayşegül Durak- ŞAHİN Nail (1998), "Reasons for Living Inventory and Their Protective Value. A Turkish Sample", **Archives of Suicide Research**, 4, ss. 157-168.
- ŞİMŞEK Filiz- ULUKOL Betül- BERBEROĞLU Merih- GÜLNAR Sevgi Başkan- ADIYAMAN Pelin- ÖCAL Gönül (2005), "Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 58, ss. 163-166.
- TURAN Türkan- CEYLAN Sibel Serap- ÇETİNKAYA Bengü- ALTUNDAĞ Sebahat (2009), "Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 8 (1), ss. 5-12.
- TÜRKKAHRAMAN Doğa- AKCURİN Sema- BİRCAN İffet- TOSUN Özgür- SAKA Osman (2005), "Prevalence and Risk Factors of Obesity in Students Living in Antalya, Turkey", **ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology in collaboration with APEG, APPEP, JSPE and SLEP**, ss. 271-272, France.
- TÜZÜN Mehmet (1995), "Obezite-Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları", Ü. Bayındır, E. Bayraktar, A. Çağdaş, B. Durmaz, Z. Elar, T. Kabalak, ve ark. içinde, **Obezite**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 1-20.
- UNOKA Zsolt- TÖLGYES Tamas- CZOBOR Pal (2007), "Early Maladaptive Schemas and Body Mass Index in Subgroups of Eating Disorders: A Differential Association", **Comprehensive Psychiatry**, 48, pp. 199– 204.
- VLIERBERGHE Leen Van- BRAET Caroline (2007), "Dysfunctional Schemas and Psychopathology in Referred Obese Adolescents", **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 14, pp. 342-351.
- VLIERBERGHE Leen Van- BRAET Caroline- GOOSSENS Lien (2009), "Dysfunctional Schemas and Eating Pathology in Overweight Youth: A Case–Control Study", **International Journal of Eating Disorders**, 42 (5), pp. 437–442.

- VLIERBERGHE Leen Van- BRAET Caroline- BOSMANS Guy- ROSSEEL Yves- BÖGEL Susan (2010), “Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young’s Schema Theory in Youth”, **Cognitive Therapy and Research**, 34, pp. 316–332.
- WALLER Glenn- MEYER Caroline- OHANIAN Vartouhi (2001), “Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women”, **Cognitive Therapy and Research**, 25 (2), pp. 137–147.
- WALLER Glenn- SHAH Rajshree- OHANIAN Vartouhi- ELLIOT Peter (2001), “Core Beliefs in Bulimia Nervosa and Depression: The Discriminant Validity of Young's Schema Questionnaire”, **Behavior Therapy**, 32, pp. 139-153.
- WOOLRICH Rachel A.- KENNEDY Paul- TASIEMSKI Tomasz (2006), “A Preliminary Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 People Living with a Spinal Cord Injury”, **Psychology, Health & Medicine**, 11 (1), pp. 80-90.
- WRIGHT Natania D. (2010), *The Relationship Between Social Anxiety, Disordered Eating, and Physical Activity in Overweight and Obese Individuals*, Yeshiva University, (Yüksek lisans tezi), New York.
- YAVUZ Yücel- YÜRÜMEZ Yusuf- KÜÇÜKER Hüdaverdi- DEMİREL Reha- KÜÇÜK Egemen (2006), “İntihar Sonucu Meydana Gelen Ölümlerin İncelenmesi”, **Genel Tıp Dergisi**, 16 (4), ss. 181-185.
- YOUNG Jeffrey E., **Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach**. Sarasota F. L., Professional Resource Pres, 1999,
- YOUNG Jeffrey E.- KLOSKO Janet S., **Reinventng Your Life**, Plume Books, New York, 1994,
- YOUNG Jeffrey E.- KLOSKO Janet S.- WEISHAAR Marjorie E., *Schema Therapy: A Practitioner’s Guide*, The Guilford Press, New York, 2003,
- YOUNG Jeffrey E.- KLOSKO Janet S.- WEISHAAR Marjorie E., **Şema Terapi: Terapistin Rehberi**, çev. Tuğrul Veli Soylu, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2009, s. 616.
- ZHANG Jian (2006), “Re: Association of Body Mass Index with Suicide Mortality: A Prospective Cohort Study of More Than One Million Men”, **American Journal of Epidemiology**, 164 (4), pp. 398-403.

ZHAO Guixiang- FORD Earl- DHINGRA Satvinder- LI Chaoyang- STRINE Tara W.-
MOKDAD Ali H. (2009), "Depression and Anxiety Among US Adults:
Associations", **International Journal of Obesity**, 33, pp. 257-266.

EKLER

Ek. 1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu çalışma, bireylerin yeme tutumları ile ilgili değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Önemli olan sizin neler hissettiğinizdir. Vereceğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacak, yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacaktır. Araştırma verileri toplu olarak değerlendirileceği için **isminizi yazmanıza gerek yoktur**. Sorulara içten ve samimi cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçları açısından çok önemlidir. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Burçin Gürkan (Y. Lisans Öğrencisi)
Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Gülay Dirik
Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz nedir?
___ Bekar ___ Evli ___ Dul ___ Boşanmış ___ Diğer
4. Eğitim düzeyiniz nedir?
___ Okuma yazma bilmiyor
___ Okur yazar
___ İlkokul
___ Ortaokul
___ Lise
___ Üniversite
___ Üniversite üzeri
5. Şuanda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
() Hayır
() Evet ise ne olduğunu lütfen belirtiniz:
6. Çocuğunuz var mı?
___ Yok
___ Var ise sayısını belirtiniz:.....
7. Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer:
() Büyük Şehir (İstanbul, Ankara, İzmir) () Şehir () Kasaba () Köy
8. Toplam aylık gelir düzeyiniz yaklaşık ne kadardır?
() 500 TL'den az () 500-999 TL
() 1000-2000 TL () 2000 TL üzeri
9. Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?
() Hayır

- () Evet ise ne olduğunu lütfen belirtiniz:
10. Herhangi bir fiziksel hastalık nedeniyle halen kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?
() Hayır
() Evet ise lütfen belirtiniz:
11. Bugüne kadar psikiyatrik bir tanı aldınız mı?
() Hayır
() Evet ise lütfen belirtiniz:
12. Şuan psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?
() Hayır
() Evet ise lütfen belirtiniz:
13. Herhangi bir madde kullanımınız var mı?
___ Yok
___ Sigara ise lütfen kullanım sıklığını belirtiniz?.....
___ Alkol ise lütfen kullanım sıklığını belirtiniz?.....
___ Uyuşturucu ise lütfen kullanım sıklığını belirtiniz?.....
14. Kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü?
___ Her zaman ___ Çoğu zaman ___ Bazen ___ Nadiren ___ Hiçbir zaman
15. Hiç intihar teşebbüsünüz oldu mu?
() Hayır
() Evet ise kaç kez olduğunu lütfen belirtiniz:
16. Bugüne kadar kendinize zarar verme (kesme, yaralama gibi) davranışınız oldu mu?
() Hayır
() Evet ise ne olduğunu lütfen belirtiniz:.....
17. Boyunuz:..... 18. Kilonuz:.....
19. Şuan ki kilonuzdan ne kadar memnunsunuz?
___ Çok memnunum ___ Memnunum ___ Ne memnun ne memnun değilim ___ Memnun değilim ___ Hiç memnun değilim
20. Kilonuzdan memnun değilseniz:
() Kilo almak istiyorum
() Kilo vermek istiyorum
21. Şuan diyet yapıyor musunuz?
() Hayır
() Evet ise ne sıklıkla diyet yapıyorsunuz?
Hiçbir zaman 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ Her zaman
22. Şuan ki bedeninizi nasıl tanımlarsınız?
___ Çok kilolu ___ Kilolu ___ Normal ___ Zayıf ___ Çok zayıf
23. Eğer çok kilolu ya da kilolu iseniz kilo almanıza yol açan fiziksel bir sağlık sorunuz var mı (hormonel, genetik, hastalık v.b)?
() Hayır
() Evet ise ne olduğunu lütfen belirtiniz:.....
24. Bedeninizin nasıl olmasını isterdiniz?
___ Çok kilolu ___ Kilolu ___ Normal ___ Zayıf ___ Çok zayıf

Ek. 2 Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın. 1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

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

	Benim için tamamıyla yanlış	Benim için büyük ölçüde yanlış	Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	Benim için orta derecede doğru	Benim için çoğunlukla doğru	Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1. Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.	1	2	3	4	5	6
2. Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.	1	2	3	4	5	6
3. İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
4. Uyumsuzum.	1	2	3	4	5	6
5. Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.	1	2	3	4	5	6
6. İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.	1	2	3	4	5	6
7. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.	1	2	3	4	5	6
9. Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi yaşitlerim kadar	1	2	3	4	5	6

başaramadım.						
10. Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
11. Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.	1	2	3	4	5	6
12. Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).	1	2	3	4	5	6
13. Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.	1	2	3	4	5	6
14. Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.	1	2	3	4	5	6
15. Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.	1	2	3	4	5	6
16. Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.	1	2	3	4	5	6
17. Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.	1	2	3	4	5	6
18. Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.	1	2	3	4	5	6
19. Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.	1	2	3	4	5	6
20. Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.	1	2	3	4	5	6
21. İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.	1	2	3	4	5	6
22. Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.	1	2	3	4	5	6
23. Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.	1	2	3	4	5	6
24. İşleri halletmede son derece yetersizim.	1	2	3	4	5	6
25. Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.	1	2	3	4	5	6
26. Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.	1	2	3	4	5	6
27. Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.	1	2	3	4	5	6
28. Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hiss ediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.	1	2	3	4	5	6
29. Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.	1	2	3	4	5	6
30. Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.	1	2	3	4	5	6

31. En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.	1	2	3	4	5	6
32. Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6
33. Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.	1	2	3	4	5	6
34. Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.	1	2	3	4	5	6
35. İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
36. Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.	1	2	3	4	5	6
37. Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.	1	2	3	4	5	6
38. Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım	1	2	3	4	5	6
39. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.	1	2	3	4	5	6
40. Bir yere ait değilim, yalnızım.	1	2	3	4	5	6
41. Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.	1	2	3	4	5	6
42. İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.	1	2	3	4	5	6
43. Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
44. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6
45. Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız.	1	2	3	4	5	6
46. İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.	1	2	3	4	5	6
47. Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.	1	2	3	4	5	6
48. İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.	1	2	3	4	5	6
49. Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.	1	2	3	4	5	6
50. İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.	1	2	3	4	5	6
51. Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
52. Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.	1	2	3	4	5	6
53. Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.	1	2	3	4	5	6
54. Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.	1	2	3	4	5	6

55. Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.	1	2	3	4	5	6
56. Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6
57. Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.	1	2	3	4	5	6
58. Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
59. Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	5	6
60. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.	1	2	3	4	5	6
61. Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.	1	2	3	4	5	6
62. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6
63. Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.	1	2	3	4	5	6
64. Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.	1	2	3	4	5	6
65. Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.	1	2	3	4	5	6
66. Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.	1	2	3	4	5	6
67. Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.	1	2	3	4	5	6
68. Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
69. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.	1	2	3	4	5	6
70. Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.	1	2	3	4	5	6
71. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
72. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.	1	2	3	4	5	6
73. Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.	1	2	3	4	5	6
74. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.	1	2	3	4	5	6
75. Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.	1	2	3	4	5	6

76. Kendimi hep grupların dışında hissedirim.	1	2	3	4	5	6
77. Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.	1	2	3	4	5	6
78. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.	1	2	3	4	5	6
79. Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.	1	2	3	4	5	6
80. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.	1	2	3	4	5	6
81. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
82. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.	1	2	3	4	5	6
83. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.	1	2	3	4	5	6
84. Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.	1	2	3	4	5	6
85. Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.	1	2	3	4	5	6
86. Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
87. Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
88. Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.	1	2	3	4	5	6
89. Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
90. Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.	1	2	3	4	5	6

Ek. 3 Young-Rygh Kaçınma Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

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

	Benim için tamamıyla yanlış	Benim için büyük ölçüde yanlış	Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	Benim için orta derecede doğru	Benim için çoğunlukla doğru	Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1. Beni üzen konular hakkında düşünmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
2. Sakinleşmek için alkol alırım.	1	2	3	4	5	6
3. Çoğu zaman mutluyumdur.	1	2	3	4	5	6
4. Çok nadiren üzgün veya hüzünlü hissederim.	1	2	3	4	5	6
5. Akli duygulara üstün tutarım.	1	2	3	4	5	6
6. Hoşlanmadığım insanlara bile kızmamam gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5	6
7. İyi hissetmek için uyuşturucu kullanırım.	1	2	3	4	5	6
8. Çocukluğumu hatırladığımda pek bir şey hissetmem.	1	2	3	4	5	6

9. Sıkıldığımda sigara içerim.	1	2	3	4	5	6
10. Sindirim sistemim ile ilgili şikayetlerim var (Örn: hazımsızlık, ülser, bağırsak bozulması).	1	2	3	4	5	6
11. Kendimi uyuşmuş hissedirim.	1	2	3	4	5	6
12. Sık sık baş başım ağrır.	1	2	3	4	5	6
13. Kızgınken insanlardan uzak dururum.	1	2	3	4	5	6
14. Yaşıtlarım kadar enerjim yok.	1	2	3	4	5	6
15. Kas ağrısı şikayetlerim var.	1	2	3	4	5	6
16. Yalnızken oldukça fazla TV seyredirim.	1	2	3	4	5	6
17. İnsanın duygularını kontrol altında tutmak için aklımı kullanması gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5	6
18. Hiç kimseden aşırı nefret edemem.	1	2	3	4	5	6
19. Bir şeyler ters gittiğindeki felsefem, olanları bir an önce geride bırakıp yola devam etmektir.	1	2	3	4	5	6
20. Kırıldığım zaman insanların yanından uzaklaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
21. Çocukluk yıllarımı pek hatırlamam.	1	2	3	4	5	6
22. Gün içinde sık sık şekerleme yaparım veya uyurum.	1	2	3	4	5	6
23. Dolaşırken veya yolculuk yaparken çok mutlu olurum.	1	2	3	4	5	6
24. Kendimi önümdeki işe vererek sıkıntı hissetmekten kurtulurum.	1	2	3	4	5	6
25. Zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	1	2	3	4	5	6
26. Sıkıntılı olduğumda iyi hissetmek için bir şeyler yerim.	1	2	3	4	5	6
27. Geçmişimle ilgili sıkıntılı anıları düşünmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
28. Kendimi sürekli bir şeylerle meşgul edip düşünmeye zaman ayırmazsam daha iyi hissedirim.	1	2	3	4	5	6
29. Çok mutlu bir çocukluğum oldu.	1	2	3	4	5	6

30. Üzgünken insanlardan uzak dururum.	1	2	3	4	5	6
31. İnsanlar kafamı sürekli kuma gömdüğümü söylerler; başka bir deyişle, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelirim.	1	2	3	4	5	6
32. Hayal kırıklıkları ve kayıplar üzerine fazla düşünmemeye eğilimliyim.	1	2	3	4	5	6
33. Çoğu zaman, içinde bulunduğum durum güçlü duygular hissetmemi gerektirse de bir şey hissetmem.	1	2	3	4	5	6
34. Böylesine iyi ana-babam olduğu için çok şanslıyım.	1	2	3	4	5	6
35. Çoğu zaman duygusal olarak tarafsız/ nötr kalmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6
36. İyi hissetmek için, kendimi ihtiyacım olmayan şeyler alırken bulurum.	1	2	3	4	5	6
37. Beni zorlayacak veya rahatımı kaçırarak durumlara girmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
38. İşler benim için iyi gitmiyorsa hastalanırım.	1	2	3	4	5	6
39. İnsanlar beni terk ederse veya ölürse çok fazla üzülmem.	1	2	3	4	5	6
40. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni ilgilendirmez.	1	2	3	4	5	6

Ek 4. Young Telafi Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

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

	Benim için tamamıyla yanlış	Benim için büyük ölçüde yanlış	Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	Benim için orta derecede doğru	Benim için çoğunlukla doğru	Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1. Kırıldığımı çevremdeki insanlara belli ederim.						
2. İşler kötü gittiğinde sıklıkla başkalarını suçlarım.						
3. İnsanlar beni hayal kırıklığına uğrattığında veya ihanet ettiğinde çok fazla öfkelenir ve bunu gösteririm.						
4. İntikam almadan öfkem dinmez.						
5. Eleştirildiğimde savunmaya geçerim.						
6. Başarılarımı veya galibiyetimi başkalarının taktir etmesi önemlidir.						
7. Pahalı araba, elbiseler, ev gibi başarının görünür ifadeleri benim için önemlidir.						
8. En iyi ve en başarılı olmak için çok çalışırım.						
9. Tanınmış olmak benim için önemlidir.						
10. Başarı, ün, zenginlik, güç veya popülerite kazanma ile ilgili hayaller kurarım.						
11. İlgi odağı olmak hoşuma gider.						
12. Diğer insanlardan daha cilveli / baştan çıkarıcı bir insanımdır.						
13. Hayatımda düzen olmasına çok önem veririm (Organizasyon, düzenlilik, planlama, gündelik işler).						
14. İşler kötü gitmesin diye çok çaba harcarım.						
15. Hata yapmamak için karar verirken kılı kırk yararım.						
16. Çevremdeki insanların yaptıklarını fazlasıyla kontrol ederim.						

17. Çevremdeki insanlar üzerinde denetim veya otorite sahibi olabildiğim ortamlardan hoşlanırım.						
18. Hayatımla ilgili bir şey söyleyen, bana karışan insanlardan hoşlanmam.						
19. Uzlaşmakta veya kabullenmekte çok zorlanırım.						
20. Kimseye bağımlı olmak istemem.						
21. Kendi kararlarımı almak ve kendime yeterli olmak benim için hayati önem taşır.						
22. Bir insana bağlı kalmakta veya yerleşik bir düzen kurmakta güçlük çekerim.						
23. İstedığimi yapma özgürlüğüm olması için “bağımsız biri” olmayı tercih ederim.						
24. Kendimi sadece bir iş veya kariyerle sınırlamakta zorlanırım, hep başka seçeneklerim olmalıdır.						
25. Genellikle kendi ihtiyaçlarımı başkalarınınkinden önde tutarım.						
26. İnsanlara sık sık ne yapmaları gerektiğini söylerim. Her şeyin doğru bir şekilde yapılmasını isterim.						
27. Diğer insanlar gibi önce kendimi düşünürüm.						
28. Bulduğum ortamın rahat olması benim için çok önemlidir (örn: ısı, ışık, mobilya).						
29. Kendimi asi biri olarak görürüm ve genellikle otoriteye karşı koyarım.						
30. Kurallardan hoşlanmam ve onları çiğnemekten mutlu olurum.						
31. Hoş karşılanmasa veya bana uymasa da alışılmışın dışında olmayı severim.						
32. Toplumun standartlarında başarılı olmak için uğraşmam.						
33. Çevremdekilerden hep farklı oldum.						
34. Kendimden bahsetmeyi sevmem ve insanların özel yaşamımı veya hislerimi bilmelerinden hoşlanmam.						
35. Kendimden emin olmasam da veya kendimi kırılmış hissetsem de başkalarına hep güçlü görünmeye çalışırım.						
36. Değer verdiğim insana yakın dururum ve sahiplenirim.						
37. Hedeflerime ulaşmak için sık sık çıkarlarım doğrultusunda yönlendirici davranışlarda bulunurum.						
38. İstedığimi elde etmek için açıkça söylemektense dolaylı yollara başvururum						
39. İnsanlarla aramda mesafe bırakırım; bu sayede benim izin verdiğim kadar beni tanırlar.						
40. Çok eleştiririm.						
41. Standartlarımı korumak ve sorumluluklarımı yerine getirmek için kendimi yoğun bir baskı altında hissederim.						
42. Kendimi ifade ederken sıklıkla patavatsız veya duyarsızımdır.						
43. Hep iyimser olmaya çalışırım; olumsuzluklara odaklanmama izin vermem.						

44. Ne hissettiğime aldırmadan çevremdekilere güler yüz göstermem gerektiğine inanırım.						
45. Başkaları benden daha başarılı veya daha fazla ilgi odağı olduğunda kıskanırım veya kötü hissederim.						
46. Hakkım olanı aldığımdan ve aldatılmadığımdan emin olmak için çok ileri gidebilirim.						
47. İnsanları gerektiğinde şaşırtıp alt edebilmek için yollar ararım, dolayısı ile benden faydalanamazlar veya bana kötülük yapamazlar.						
48. İnsanların benden hoşlanması için nasıl davranacağımı veya ne söyleyeceğimi bilirim.						

Ek. 5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
 Çoğu zaman
 Birçok zaman
 Zaman zaman, bazen
 Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 Aynı eskisi kadar
 Pek eskisi kadar değil
 Yalnızca biraz eskisi kadar
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 Evet, ama çok da şiddetli değil
 Biraz, ama beni endişelendirmiyor
 Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 Her zaman olduğu kadar
 Simdi pek o kadar değil
 Simdi kesinlikle o kadar değil
 Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 Çoğu zaman
 Birçok zaman
 Zaman zaman, ama çok sık değil
 Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
 Hiçbir zaman
 Sık değil
 Bazen
 Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
 Kesinlikle
 Genellikle
 Sık değil
 Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek. 6 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Lütfen, her bir maddeyi dikkatlice okuyup düşüncelerinizi ve hislerinizi yansıtan şıkkı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3) Genellikle kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7) Genel olarak kendimden memnunum.				
8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

Ek. 7 Yeme Tutumu Testi- 40

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine x işareti koyunuz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
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 yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
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 sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. 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. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						

35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Sekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı	Burçin Gürkan		
Doğum Yeri ve Yılı	Karşiyaka- 07.08.1987		
Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi	İngilizce İyi Derece		
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı	Kurum Adı	
Lise	2001 - 2004	Yunus Emre Lisesi	
Lisans	2004 - 2009	Uludağ Üniversitesi	
Yüksek Lisans	2009 - 2012	Uludağ üniversitesi	
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı	
1.	07.2009 - 10.2009	Özel Mucize Hayatlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Ankara)	
2.	03.2010 - 10.2010	Özel Bilgiç Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Bursa)	
3.	01.2011 - 09.2011	Özel Mucize Hayatlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Ankara)	
4.	09.2011 - Halen çalışmaktayım	Orhangazi Devlet Hastanesi (Bursa)	
Katıldığı Proje ve Toplantılar	Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi (Ankara)		
Yayımlar:	ODTÜ IV: Psikoloji Lisansüstü Öğrencileri Kongresi (Ankara) GÜRKAN Burçin- DİRİK Gülay (2009), “Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları”, Türk Psikoloji Yazıları , 12 (24), ss. 58-69.		
İletişim (e-posta):	burcin_gurkan87@hotmail.com		
	Tarih	03.08.2012	
	İmza		
	Adı Soyadı	Burçin Gürkan	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

Yazar Adı Soyadı	Burçin Gürkan
Tez Adı	Şemalar ve Baş Etme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şema Kuramı Açısından İncelenmesi
Enstitü	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Psikoloji
Tez Türü	Yüksek Lisans Tezi
Tez Danışman(lar)ı	Doç. Dr. Gülay Dirik
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) izni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimin sadece içindekiler, özet, kaynakça ve içeriğinin % 10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum
Yayımlama izni	<input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin veriyorum <input checked="" type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasının ertelenmesini istiyorum 1 yıl <input checked="" type="checkbox"/> 2 yıl <input type="checkbox"/> 3 yıl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin vermiyorum

Hazırlamış olduğum tezimin belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih : 14.09.2012

İmza :



