

TC.  
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OBEZİTE TANILI KADIN HASTALARDA BAĞLANMA  
STİLLERİ, AİLE İŞLEVSELLİĞİ İLE DÜRTÜSELLİK  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Lara Sevcan GENÇ**

**Enstitü Ana Bilim Dalı : Psikoloji  
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Sera YİĞİTER**

**Temmuz 2018**

T.C.  
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


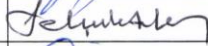

**OBEZİTE TANILI KADIN HASTALARDA  
BAĞLANMA STİLLERİ, AİLE İŞLEVSELLİĞİ İLE  
DÜRTÜSELLİK İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Lara Sevcan GENÇ**

**Enstitü Anabilimdalı Dalı: Psikoloji  
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji**

**“Bu tez 10.07.2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”**

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Feriye Kaya	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Selsuk Aşkan	Basarılı	
Prof. Dr. Ünal H. ÖZDEMİR	Basarılı	

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Lara Sevcan GENÇ**

**10.07.2018**



## ÖNSÖZ

Bu uzun ve zorlu tez sürecini benimle birlikte göğüsleyen sevgili tez danışmanım Psikiyrist Yrd. Doç. Dr. Sera Yiğiter'e sonsuz sabrı ve moral gücüyle bana sürekli motivasyon sağladığı, tecrübelerini benimle paylaştığı için çokça teşekkür ediyorum.

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi'nde klinik çalışmamı yürütürken gösterdiği özveriden ötürü değerli danışmanım Psikiyatrist Doç. Dr. Cenk Ural'a teşekkürü borç bilirim.

Çalışmam esnasında desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Uzm. Psikolog Hakan KARAMAN'a, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyetisyenlerinden sevgili dostum Dyts. Ahmet AK ve Hatice ÇAĞLAYAN 'a önemli desteklerinden dolayı teşekkür ediyorum.

Her zaman, her koşulda yanımda olan sevgili annem Sultan GENÇ'e, artık bizimle olmasa da yanımda olduğunu hissettiğim babacığım Davut GENÇ'e ve hayatımın neşesi biricik kardeşim Elif GENÇ'e minnettarım. Yaşamımın her anında yanımda ve destek olan kıymetli yol arkadaşım Fatih'e teşekkürü bir borç bilirim.

**Lara Sevcan GENÇ**

**10.07.2018**

## İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR</b> .....	v
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	vi
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	viii
<b>ÖZET</b> .....	ix
<b>SUMMARY</b> .....	x
<b>GİRİŞ</b> .....	1
<b>BÖLÜM I: KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	5
1.1. Obezite .....	5
1.1.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	5
1.1.2. Epidemiyoloji.....	7
1.1.3. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı .....	8
1.1.4. Obeziteye Neden Olan Çeşitli Faktörler .....	9
1.1.4.1. Şişmanlığın Patolojik Nedeni Olarak Beslenme Regülasyon Bozukluğu .....	9
1.1.4.2. Psikojenik Şişmanlık .....	9
1.1.4.3. Şişmanlığa Neden Olan Nörojenik Bozukluklar .....	9
1.1.4.4. Şişmanlıkta Genetik Faktörler:.....	10
1.1.5. Obezitenin Etiyolojisiyle İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	10
1.1.5.1. Psikanalitik Model.....	10
1.1.5.2. Davranışçı Model .....	11
1.1.6. Obezitenin Psikososyal Yönü .....	13
1.1.6.1. Damgalanma ve Ayrımcılık .....	13
1.1.7. Obezite ve Psikopatoloji .....	15
1.2. Bağlanma .....	16
1.2.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	16
1.2.2. Bağlanma Kuramı .....	17
1.2.2.1. Erişkinlikte Bağlanma .....	17
1.2.3. Bağlanma ve Psikopatoloji.....	20

1.3. Aile İşlevleri .....	24
1.3.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	24
1.3.2. Aile Kavramı.....	24
1.3.3. Aile Türleri ve Aile İşlevleri .....	25
1.3.3.1. Yapısal Özellikleri Bakımından Aile .....	26
1.3.3.2. İşlevsel Özellikleri Bakımından Aile .....	29
1.3.4. Aile İşlevselliği Kavramı .....	29
1.3.5. McMaster Aile İşlevleri Modeli.....	32
1.3.5.1. Problem Çözme (Problem Solving) .....	32
1.3.5.2. İletişim (Communication) .....	32
1.3.5.3. Roller (Roles) .....	33
1.3.5.4. Duygusal Tepki Verebilme (Emotional Affective Responsiveness)...	33
1.3.5.5. Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involvement) .....	33
1.3.5.6. Davranış Kontrolü (Behavior Control).....	34
1.3.5.7. Genel Fonksiyonlar (General Functions) .....	34
1.3.6. Aile İşlevlerini Etkilemesi Olası Etmenler .....	35
1.3.6.1. Ailenin Demografik ve Sosyal Nitelikleri:.....	35
1.4. Dürtüsellik ( İmpulsivity ) .....	36
1.4.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	36
1.4.2. Dürtüsellüğün Etiyolojisi.....	38
1.4.2.1. Psikodinamik Kurama Göre Dürtüsellik: .....	38
1.4.2.2. Davranışçı Kurama Göre Dürtüsellik :.....	39
1.4.3. Dürtüsellik ve Yeme Tutumları .....	40
1.5. Depresyon .....	41
1.5.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	41
1.5.2. Kuramsal Çerçeve .....	44
1.5.2.1. Psikanalitik Görüş .....	44
1.5.2.2. Bilişsel Görüş .....	45
1.5.2.3. Davranışçı Görüş .....	46
1.5.3. Hastalık Öncesi Kişilik .....	46
1.5.4. Batı Toplumu İle Doğu Toplumunda Depresyon Farkları.....	46
1.6. Anksiyete .....	47

1.6.1. Tanımlar ve Genel Bakış.....	47
1.6.1.1. Bedensel Belirtiler .....	48
1.6.1.2. Ruhsal Belirtiler: .....	49
1.6.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi .....	50
1.6.3. Psikolojik Varsayımlar .....	51
1.6.3.1. Psikoanalitik Görüş .....	51
1.6.3.2. Varoluşçu Görüş .....	51
1.6.3.3. Davranışçı Görüş .....	51
1.6.3.4. Bilişsel Görüş .....	52
1.6.3.5. Biyolojik Görüş .....	52
1.6.4. Anksiyete Düzeyleri.....	52
1.6.4.1. Hafif anksiyete.....	52
1.6.4.2. Orta Derecede Anksiyete.....	53
1.6.4.3. Şiddetli Anksiyete .....	53
1.6.4.4. Panik Anksiyete.....	53
<b>BÖLÜM II: YÖNTEM .....</b>	<b>54</b>
2.1. Araştırma Modeli .....	54
2.2. Örneklem .....	54
2.3. Veri Toplama Araçları .....	54
2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	54
2.3.2. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) .....	54
2.3.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) .....	55
2.3.3.1. Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ).....	55
2.3.4. Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği .....	58
2.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	59
2.3.6. Beck Anksiyete Ölçeği ( BAÖ ) .....	59
2.4. Verilerin Toplanması .....	59
2.5. Verilerin Analizi .....	60
<b>BÖLÜM III: BULGULAR .....</b>	<b>61</b>
3.1. Normal Dağılım Testleri.....	61
3.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Veriler Açısından Dağılımı.....	64

3.3. Verilerin Her İki Grupta Karşılaştırılması.....	77
<b>SONUÇ</b> .....	88
<b>KAYNAKÇA</b> .....	99
<b>EKLER</b> .....	112
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	133





## KISALTMALAR

<b>KBF</b>	:Kişisel Bilgi Formu
<b>EBBÖ</b>	:Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
<b>ADÖ</b>	:Aile Değerlendirme Ölçeği
<b>Barrat DÖ</b>	:Barrat Dürtüsellik ( İmpulsivite ) Ölçeği
<b>BDÖ</b>	:Beck Depresyon Ölçeği
<b>BAÖ</b>	:Beck Anksiyete Ölçeği
<b>SPSS</b>	:Statistical Package for Social Sciences
<b>WHO</b>	:World Health Organization ( Dünya Sağlık Örgütü)
<b>DSM</b>	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ( Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı Ölçütleri El Kitabı )
<b>BMI</b>	:Body Mass Index = <b>BKİ</b> : Beden Kitle İndeksi

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Bel çevresine göre risk sınırları.....	7
<b>Tablo 2:</b> Yıllara Göre Obezite Dağılımı.....	8
<b>Tablo 3:</b> Bölgesel Dağılımlar Göz Önüne Alındığında Obezite Sıklığı.....	8
<b>Tablo 4:</b> Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar.....	15
<b>Tablo 5:</b> Aile Türleri.....	26
<b>Tablo 6:</b> Barrat dürtüsellik ölçeğinde alt ölçek faktör ve maddeleri.....	58
<b>Tablo 7:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	61
<b>Tablo 8:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	61
<b>Tablo 9:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	62
<b>Tablo10:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	62
<b>Tablo11:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Teisti.....	62
<b>Tablo12:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	63
<b>Tablo 13:</b> Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi.....	63
<b>Tablo 14:</b> Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı .....	64
<b>Tablo 15:</b> Katılımcıların Yaşlara Göre Dağılımı .....	64
<b>Tablo 16:</b> Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı .....	65
<b>Tablo 17:</b> Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	65
<b>Tablo 18:</b> Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	66
<b>Tablo 19:</b> Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı .....	67
<b>Tablo 20:</b> Katılımcıların Kilo Durumlarına Göre Dağılımı .....	68
<b>Tablo 21:</b> Sağlıklı Grup Üyelerinin Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Dağılımı .....	69
<b>Tablo 22:</b> Obezite Tanılı Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Dağılımı .....	70
<b>Tablo 23:</b> Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Karşılaştırılması.....	70
<b>Tablo 24:</b> Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
<b>Tablo 25:</b> Katılımcıların Sigara Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı.....	72

<b>Tablo 26:</b> Katılımcıların Sigara Bırakma Girişimlerine Göre Dağılımı.....	72
<b>Tablo 27:</b> Katılımcıların Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	73
<b>Tablo 28:</b> Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Durumlarına Göre Dağılımı.....	75
<b>Tablo 29:</b> Katılımcıların İntihar Girişimlerine Göre Dağılımı.....	76
<b>Tablo 30:</b> Katılımcıların İntihar Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	76
<b>Tablo 31 :</b> Mann-Whitney Testi.....	77
<b>Tablo 32:</b> Mann-Whitney Testi.....	77
<b>Tablo 33:</b> Mann-Whitney Testi.....	78
<b>Tablo 34:</b> Mann-Whitney Test.....	78
<b>Tablo 35:</b> Mann-Whitney Testi.....	79
<b>Tablo 36:</b> Mann-Whitney Test.....	79
<b>Tablo 37:</b> Mann-Whitney Testi.....	80
<b>Tablo 38:</b> Mann-Whitney Test.....	81
<b>Tablo 39:</b> T Testleri.....	81
<b>Tablo 40:</b> Mann-Whitney Testi.....	82
<b>Tablo 41:</b> Kolerasyon Tablosu.....	83

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Dürtüsel Bozukluk Spektrumu.....	38
---	----



<b>Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti</b>	
<b>Tezin Başlığı:</b> Obezite Tanılı Kadın Hastalarda Bağlanma Stilleri, Aile İşlevselliği ile Dürtüsellik İlişkisinin İncelenmesi.	
<b>Tezin Yazarı:</b> Lara Sevcan GENÇ <b>Danışman</b> :Dr. Öğretim Üyesi Sera YİĞİTER	
<b>Kabul Tarihi:</b> 10.07.2018	<b>Sayfa Sayısı:</b> x (ön kısım)+111(tez)+9(ek)
<b>Anabilim Dalı:</b> Psikoloji	<b>Bilim Dalı</b> : Psikoloji
<p>Bu araştırmanın temel amacı, obezite hastalarının bağlanma stilleri ile aile işlevselliği ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak; hastaların depresyon ve anksiyete ölçümleri de yapılarak hastalığın gelişimine neden olan etiyolojik mekanizmayı anlamaya çalışmak amaçlanmıştır. Bu ilişki sadece obezite tanısı almış hastalarla ile sınırlı olarak tartışılmayacak sağlıklı bir örneklem grubunda da seçilen ölçme araçlarıyla ölçülerek aradaki fark ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama araçları: Sosyodemorafik Veri Formu, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Barrat Dürtüsellik ( İmpulsivity ) Ölçeği, Beck-Depresyon, Beck-Anksiyete Ölçekleridir. Sonuçları analiz etmek amacıyla SPSS 24.0 istatistik programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı tablolar, parametrik ve non-parametric testler ile korelasyon yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan çalışmada Dahiliye Polikliniğine başvurarak obezite tanısı alan hastalar örneklem grubunu oluşturmaktadır. Örneklemede yer alacak hastaların obezite tanısı almış olmaları, mental retardasyon ve psikotik bozukluk gibi ek tanılarının olmaması gözetilmiştir. 109 hasta ve 103 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubu üzerinden obezitede bağlanma biçimlerinin aile işlevselliği ve dürtüsellik ilişkisinin karşılaştırılmış ve obezite tanısı alan bireylerin depresyon ve anksiyete değerlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Aile değerlendirme ölçeği sonuçları ışığında obez grubun olumsuz aile işlevi değerlerinin sağlıklı gruba oranla yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.</p>	
<b>Anahtar Kelimeler:</b> Obezite, Bağlanma, Aile İşlevi, Dürtüsellik, Depresyon, Anksiyete	

**Nisantasi University, Institute of Social Sciences Abstract of Master's Thesis**

**Title of The Thesis:** Attachment Styles, Family Functionality and Impulsivity İn Female Patients With Obesity.

**Autor:** Lara Sevcan GENÇ **Supervisor:** Dr. Sera YİĞİTER

**Date:** 10.07.2018 **Nu. of Pages:** x (pre text) + 111(main body)+ 9(App.)

**Department:** Psychology **Subfield:** Psychology

The main purpose of this study is to demonstrate the relationship between attachment styles of obesity patients and family functioning and impulsivity levels; depression and anxiety measurements of the patients are also performed to try to understand the etiologic mechanism causing the development of the disease. This relationship is measured by selected measurement tools in a healthy sample group which will not be discussed only with patients who have obesity diagnosis and the difference is tried to be revealed. Data collection tools used in the study are: Sociodemographic Data Form, Adult Attachment Scale, Family Assessment Scale, Barrat Impulsivity Scale, Beck Depression Scale, Beck-Anxiety Scale. The SPSS 24.0 statistical program is used to analyze the results. Descriptive tables, parametric and non-parametric tests and correlation methods were used. In the study performed, patients who have obesity by applying to the Internal Medicine Polyclinic will form a sample group. Patients in the sample should have been diagnosed with obesity but no additional diagnoses such as mental retardation and psychotic disorder. It is revealed that obesity attachment patterns of 109 and 103 healthy controls were compared with family functioning and impulsivity relationship and depression and anxiety values of individuals who were diagnosed with obesity were higher than healthy control group. In the light of the results of the family assessment scale, it was concluded that the negative family function values of the obese group were higher than healthy group.

**Anahtar Kelimeler:** Obesity, Attachment, Family Function, Impulsivity, Depression, Anxiety.

## GİRİŞ

Obezite enerji alımı ile enerji tüketimi arasındaki dengesizlik sonucu artmış miktardaki yağ dokusu ile ilişkilidir. Birçok çalışmada obezitenin Tip 2 Diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, osteoartrit, karaciğer fonksiyon bozukluğu, uyku apne sendromu ve kanser gibi çok değişik biyolojik bozuklukların gelişmesine neden olduğu, mortaliteyi ( hastalığa bağlı ölüm ) arttırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.

Bazı araştırmacılarca psikosomatik bir hastalık olarak görülen obezite, toplumun büyük bir kısmını ilgilendiren sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar yaratabilen bir halk sağlığı sorunudur. (Resch ve ark. 1998). Son zamanlarda dünyada ve ülkemizde yaygınlığı hızla artan bu hastalık multiple genetik faktörlerin, güçlü ve farklı çevresel etmenlerle etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır.

Çalışmaya özgü araştırma sürecinde araştırılan birçok alanyazında obez tanılı hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların daha yaygın görüldüğü ile ilgili çalışmalara rastlandı.

Psikanalitik yönelimli bazı klinisyenler obezite tanılı kişilerin oral bağımlılık ve regresyon sonucunda sürekli ve ciddi davranış bozuklukları ve kişilik bozukluklarına yatkın olduklarını vurgulamışlardır. (Castelnuovo-Tedesco ve Schievel 1975).

Obez tanılı 12 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada hafif ve orta derecede depresyonun, kişilik bozuklukların nadiren; psikoz ve şiddetli nöroz gibi ağır psikopatolojilerin seyrek görüldüğünü öne sürmüşlerdir. Bu çalışmaya dahil edilen bireylerde depresif özellikler yaygın olsa da şiddetli değildi. Yiyeceklerin tipik olarak erken çocukluktan beri mevcut olan duygusal yoksunluk hislerini yatıştırmak için kullanıldığı sonucuna varılmıştır (Castelnuovo-Tedesco ve Schievel, 1975).

Sullian ve arkadaşlarının (1993) obezitenin psikososyal faktörler ve sağlık üzerindeki etkilerini yordayan çalışmalarında obez tanılı hastalarda anksiyete düzeylerinin yüksek ve anksiyete bozukluklarının sık görüldüğünü bildirildiler (Sullivan ve ark. 1993).

Psikiyatrik rahatsızlıkların sıklığı obezitenin yol açtığı diğer kronik rahatsızlıkların hastalık sürecini ve tedavisini güçleştirebilmektedir. Bu nedenle

obeziteye eşlik eden komorbid psikiyatrik rahatsızlıkların tespiti tedavisi multidisipliner olan obezitenin psikiyatrik tedavisi kısmında yararlı olacaktır.

Weiss'in çok merkezli olarak yürüttüğü bir çalışmada kronik aşırı kilolu, düzensiz yeme belirtileri ve semptomları gösteren, her zamanki kilo kaybı girişimlerine dirençli olan bireylerin bağlanma paternlerinin güvensizliği de araştırılmıştır. Yapılan çalışmada uygulanan psikoterapiden elde edilen bebek gelişimi, bağlanma teorisi ve nörobilimin birbiriyle ilişkili alanlarındaki araştırmalarla desteklenen klinik gözlemler, bu hastaların erken bağlanma güvensizliği seklini deneyimlediğini ve bunun da düzensiz beslenme de dahil olmak üzere uzlaşmamış bir öz-düzenleyici sistem ile sonuçlandığını göstermektedir(Weiss,2018).

Bizim çalışmamızda ise, Obezite Tanılı Hastalarda Bağlanma Stilleri, Aile İşlevselliği ve Dürtüsellik araştırılmıştır. Bu ilişki sadece obez tanısı almış hastalar ile sınırlı olarak tartışılmamış; sağlıklı bir örneklem grubu belirlenerek tüm ölçüm araçları bu gruba da uygulanmıştır ve her iki grup arasındaki farklar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

#### **Araştırmanın Amacı**

Bu tez ile obezite hastalarının bağlanma stilleri ile aile işlevselliği ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak; hastaların depresyon ve anksiyete ölçümleri de yapılarak hastalığın gelişimine neden olan etiyolojik mekanizmayı anlamaya çalışmak amaçlanmıştır.

#### **Araştırma Soruları**

- 1-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark var mıdır?
- 2-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
- 3-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında Beck Anksiyete Ölçeği ölçülen anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
- 4-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında Barrat Dürtüsellik Ölçeği ile ölçülen dürtüsellik açısından anlamlı fark var mıdır?
- 5-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında EBBÖ ile ölçülen bağlanma stilleri açısından anlamlı fark var mıdır?



6-) Obezite tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında ADÖ ile ölçülen aile işlevselliği açısından anlamlı fark var mıdır?

7-) Obezite tanısı almış bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bağlanma stilleri, dürtüsellik ve aile işlevselliği açısından anlamlı ilişki var mıdır?

### **Hipotezler**

1-) Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeğinde alınacak sonuçlar ışığında saplantılı, korkulu, kayıtsız bağlanma stili ve/veya bunların bir kaçını barındıracağı öngörülmektedir.

2-) Obezite tanısı almış hastaların aile işlevselliklerinin kontrol örneklemine göre anlamlı düzeyde düşük olacağı öngörülmektedir.

3-) Obezite tanısı almış hastalarda dürtüsellik ölçümlerinin sağlıklı kontrol grubuna oranla yüksek çıkacağı öngörülmektedir.

4-) Obezite tanısı alan hastaların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinde herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı çıkacağı öngörülmektedir.

### **Araştırmanın Önemi**

Bu tez ile obez hastaların aile işlevselliği, bağlanma stilleri ile aile işlevselliği ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak; hastaların depresyon ve anksiyete ölçümleri de yapılarak hastalığın gelişimine neden olan etiyolojik mekanizmayı anlamaya çalışmak amaçlanmıştır.

Aşırı ya da yanlış beslenme ve fiziksel aktivite azlığı obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilsede obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamaktadır. Yanlış beslenme ve fiziksel aktivite azlığının yanı sıra genetik faktörler -, çevresel etki, nörolojik- fizyolojik-biyokimyasal etkiler, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktörün birbiri ile ilişkili olarak obeziteye neden olduğu düşünülmektedir.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre dünya nüfusunun geneline bakıldığında 400 milyon obez tanılı ve 1,6 milyar fazla kilolu birey bulunmaktadır.

(Yüksel, Adıyaman ve ark. , 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı bölgesinde 12 yıl devam eden MONICA adlı çalışmasında 10 yılda içinde obezite prevalansının, %10-30 arasında bir artış gösterdiği belirlenmiştir (Yüksel, Adıyaman ve ark. , 2014). Obezite bu

mutlifaktöriyel etiyojisi nedeniyle halen farklı disiplinler tarafından araştırılmaya elverişli ve bu araştırmalara ihtiyaç duyulan bir hastalıktır. Çalışmamız, toplum sağlığını tehdit eden ve her geçen gün artan Obeziteye neden olan faktörlerin anlaşılmasına ve alanyazına katkı değer sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

### **Varsayımlar**

- 1-) Kullanılan veri toplama araçlarının tezin konu ve amacı açısından en uygun ölçekler olduğu,
- 2-) Seçilen örneklem grubunun evreni temsil ettiği,
- 3-) Veri toplama araçlarına cevap veren katılımcıların sorulara dürüst ve içtenlikle cevap verdiği varsayılmıştır.

### **Sınırlılıklar**

Bu çalışma 15.10.2017-15.01.2018 tarihleri arasında İstanbul İli Bağcılar İlçesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniğine başvuran obezite tanısı almış hastalar ve obezite tanısı almayan (sağlıklı kontrol grubu sayılacaklar) bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya 18-65 yaş arası, mental redartasyon ve psikotik tanısı almamış, bariatrik cerrahi uygulaması almamış kadın bireyler dahil edilmiştir.

Çalışmamız BMI ( Body Mass Index ) değeri ölçümleri ile Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Bağlanma Stilleri Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiye Ölçeğinden alınan verilerle sınırlıdır.

## BÖLÜM I: KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. Obezite

#### 1.1.1. Tanımlar ve Genel Bakış

Aşırı kiloluluk ve obezitenin tarihsel gelişimi incelendiğinde hemen tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik belirtisi olarak algılandığı gözlemlenmektedir. İnsanın veroluşundan itibaren açlık, yokluk gibi olgularla mücadele ettiği düşünüldüğünde böyle bir algı normal kabul edilmektedir. Bu olgular hali hazırda bazı toplumların sorunu olsa da; eksik beslenme ve infeksiyon hastalıklarına bağlı sağlık sorunları yerini aşırı beslenme ve obezitenin getirdiği sağlık sorunlarına bırakmıştır.

Obezite, önceleri gelişmiş ülkelerin sorunu olarak kabul edilirken gelişmekte olan ülkelerde artan gelir seviyeleri, modern yaşam tarzının benimsenmesi, enerji alımındaki artış, buna karşılık hareketsiz yaşam tarzı ve sonunda şehirler göç olgusu ile birlikte kaçınılmaz olmuştur ( Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014).

Obezite, geçmiş dönemlerde yüksek gelirli ülkelerde bir sorun olarak görülmekteyken, orta gelirli ülkelerde, özellikle de kent nüfusun artışıyla, aşırı kiloluluk ve obezite hızla artmaktadır ( WHO, Obesity, 2018 ).

Sonuçta obezite prevalansı, dünyada bölge veya mali kalkınmışlık gözetmeksizin giderek artmaktadır. Günümüzde önlenebilir ölümlerin nedeni olarak ilk sırada sigara kullanımı gelirken ikinci sırayı obezite almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1998 Deklarasyonu'nda modernizasyon ve ekonomik büyümenin, standartlarda artışa yol açarak obeziteyi küresel bir epidemiy haline getirdiğini, 21.yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kalacağını bildirmiştir.

Obezite vücutta anormal derecede fazla yağ dokusunun bulunması olarak tarif edilmektedir (Friedman ve ark., 1995).

Aşırı durumlarda görsel olarak kolayca tanımlanabilir. “Aşırı kilo” ve “obezite” terimleri bilimsel alanyazıda ve günlük dilde birbirinin yerine kullanılabilir. Ancak “Aşırı kilo” boy ve yaşa göre standartların üstünde kilolu olanları belirtir, “obezite” ise vücuttaki aşırı yağlılığı ifade eder (Field ve ark. 2003).

Fazla kilo , “overweight” fazla ağırlık, ölçümde fazla gelen miktar, şişmanlık anlamına gelirken; obezite, Latince “obezus” kelimesinden türemiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obezus”, iyi beslenmiş anlamı taşıırken; İngilizce’de ise, “obesity” şişmanlık, “obese” aşırı şişman manasındadır (Tedik, 2017).

Normal vücut ağırlığına sahip erkeklerin vücut yağı %15-20, kadınların ise %25-30 aralığındadır. Vücut yağ yüzdesini belirlemek zor olduğu için obezite, aşırı yağdan daha çok aşırı kilo olarak tanımlanmaktadır. WHO, fazla kiloluluk ve obezite tanımını beden kitle indeksine [ $BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$ ] dayanarak yapmaktadır. Buna göre;

- Fazla kiloluluk:  $BKİ = 25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ ,
- Obezite:  $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$  olarak kabul edilmektedir.

( Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014)

Şişmanlığın tanımlanmasında en yaygın kullanılan yöntemdir Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir. Klinik çalışmalarda ve epidemiyolojik araştırmalarda kullanım kolaylığı sağladığı düşünülerek tercih edilmiştir.

Hesaplama şekli şöyledir:

$$BKİ = \text{vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2$$

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı sınıflamaya göre BMI şu şekilde değerlendirilir:

BMI 18.5'un altında zayıf

18.5 - 24.9 normal kilo

25.0 - 29.9 fazla kilo

30.0 - 39.9 obez

40.0'ın üstünde morbid obez (WHO, Obesity, 2018).

Abdominal ( karın ) yağ miktarını yansıtan kullanışlı ölçütlerden biri de Bel çevresinin kalça çevresine oranıdır. WHO' ye göre bel çevresi / kalça çevresi oranı kadınlarda 0.85' den erkeklerde ise 1' den büyük ise santral (erkek tipi) obezite varlığını gösterir. Bel çevresinin erkeklerde 94 cm ve üzeri kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması hastalık riskinin arttığını gösterir. Erkeklerde 102 cm ve üzeri kadınlarda ise 88 cm ve

üzeri olması diyabet, HT, dislipidemi, kardiovasküler hastalıklar için yüksek risk olup olası komplikasyonların önlenmesi için müdahale etmek gerekir (Onat, 2003).

Tablo 1' de risk sınırları gösterilmiştir (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008).

**Tablo 1:** Bel Çevresine Göre Risk Sınırları

<b>CİNSİYET</b>	<b>Risk Sınırı BKİ = &gt; 25</b>	<b>Yüksek Risk Sınırı BKİ = &gt;30</b>
<b>Erkek</b>	≥94	≥102
<b>Kadın</b>	≥80	≥88

### **1.1.2. Epidemiyoloji**

Fazla kilo ve obezite toplumun büyük bölümünü etkileyen kronik rahatsızlıklardır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezite bireylerin yaşam kalitesini bozan, değişik hastalıklara ve yaşam süresinin azalmasına sebep olan; çocuk, genç, yetişkin ve ileri yetişkin tüm bireyleri ilgilendirmektedir. Günümüzde, fazla kilo ve obezite oranındaki artışın en önde gelen nedenleri; refah seviyesinin artması, beslenme şeklinin değişmesi, hazır gıda tüketiminin artması, gıda endüstrisindeki büyümeye paralel olarak ürün fiyatlarının düşmesi, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, elektronik aygıtlar başında geçirilen sürenin fazlalığına bağlı olarak fiziksel mobilitenin azalması sayılmaktadır. Bununla birlikte akademik yazınlarda cinsiyet, eğitim, medeni durum ve kıır-kent yaşantısının obezite oranları üzerinde etkili olduğu da açıklanmaktadır (Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı. hsgm.saglik.gov.tr, 2018 ).

Küresel boyutta önemli bir halk sağlığı problemi olan obezite hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artmaktadır. WHO tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir.

**Tablo 2:** Yıllara Göre Obezite Dağılımı

2008	2015
<b>Obezite</b> : 400 Milyon Kişi	<b>Obezite</b> : 700 Milyon Kişi
<b>Fazla Kilolu</b> :1,4 Milyar Kişi	<b>Fazla Kilolu</b> : 2,3 Milyar Kişi

Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri’nde ‘‘Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi’’ (CDC) tarafından NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre 2003-2004 arası obezite (BKI > 30) prevalansının erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2, 2005-2006 yılında ise erkeklerde %33.3, kadınlarda ise %35.3 olarak tespit edildiği açıklanmıştır (hsgm.saglik.gov.tr, 2018).

### 1.1.3. Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığınca yapılan ‘‘Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010’’ ön çalışma raporuna göre Türkiye’de yetişkinlerde obezite sıklığı; Erkeklerde %20,5, Kadınlarda ise % 41,0, Toplamda % 30,3 olarak belirlenmiştir. Toplamda fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur ( hsgm.saglik.gov.tr, 2018 ).

**Tablo 3:** Bölgesel Dağılımlar Göz Önüne Alındığında Obezite Sıklığı

<b>İstanbul</b>	33,0
<b>Batı Marmara</b>	30,7
<b>Doğu Marmara</b>	30,6
<b>Ege</b>	28,0
<b>Akdeniz</b>	30,1
<b>Batı Anadolu</b>	33,0
<b>Orta Anadolu</b>	32,9
<b>Batı Karadeniz</b>	31,3
<b>Doğu Karadeniz</b>	33,1
<b>Kuzeydoğu Anadolu</b>	23,5
<b>Ortadoğu Anadolu</b>	20,5
<b>Güneydoğu Anadolu</b>	22,9

#### **1.1.4. Obeziteye Neden Olan Çeşitli Faktörler**

##### **1.1.4.1. Şişmanlığın Patolojik Nedeni Olarak Beslenme Regülasyon Bozukluğu:**

Bedenimizde yemek yeme hızı, vücuttaki yağ ve karbonhidrat depolarıyla orantılı olarak ilerlemektedir. Normal bir insanda bu depolar optimal düzeyi aştığı zaman aşırı depolanmayı önlemek amacıyla beslenme hızı azaltılmaktadır. Ancak obez bireylerde bu denge oluşmaz ve besin alımı vücut ağırlığının çokça üstüne çıkmadığı sürece azaltılamaz. Sitem düzenlenmeyi etkileyen psikolojik faktörler ya da düzenleyici sistemin kendisindeki anormalliklerden kaynaklı sorunlar nedeniyle doğru işlemeyebilir. (Guyton ve Hall, 2001).

**1.1.4.2. Psikojenik Şişmanlık:** Şişmanlığın en önemli nedenlerinden biride olarak üç öğün eksiksiz beslenmenin gerekliliği düşüncesidir. Birçok birey, ailelerince buna zorlanmakta ve hayatları boyunca da bu alışkanlığı sürdürmektedir. Oysa sağlıklı beslenme için esas olan, abartıdan kaçınarak üç öğün alınan normal besinlerin hafif ara öğünlerle desteklenmesidir.

Ayrıca ağır yaşam stresörlerinin (yas, ağır hastalık, stres) gibi durumlarda ya da mental depresyonda insanların büyük ölçüde kilo aldığı sık görülen semptomlardır. Yemek yeme davranışı, gerilimden kurtulmak için bir kaçınma olarak görülebilmektedir (Guyton ve Hall, 2001).

**1.1.4.3. Şişmanlığa Neden Olan Nörojenik Bozukluklar:** Hipotalamusun ventro-medial çekirdeklerinde görülen lezyonlar hayvanda aşırı yeme sonucu şişmanlığa neden olarak aşırı insülin salımı da sağlar. İnsülin ise yağ depolanmasını artırır. Ayrıca hipotalamusa doğru uzanan hipofiz adenomu olan kişilerin birçoğunda gelişen ilerleyici şişmanlık, insanlarda hipotalamus lezyonları sonucu şişmanlama eğilimi gelişebileceğini net bir şekilde gözler önüne sermektedir. Beslenmenin temel mekaniği, beyin sapındaki merkezler tarafından kontrol edilmektedir. Beyin, hipotalamusun altından ve mezensefelonun üzerinden kesilirse çiğneme, yutma gibi davranışlar etkilenmez. İştahı etkileyen diğer bir merkez de hipokampusla yakından ilişkili olan amigdala ve prefrontal kortekstir. Amigdalanın lezyonları beslenmeyi artırır ya da azaltır. Ayrıca amigdalanın kimi alanlarının uyarılması, beslenmeyi mekanik olarak kolaylaştırır (Guyton ve Hall, 2001).

**1.1.4.4. Şişmanlıkta Genetik Faktörler:** Aşırı kiloluluk ve obezitenin aileye özgü olduğu bilinmektedir. Başka bir deyişle genetik aktarım beslenme derecesini birçok yönden etkilerler (Guyton ve Hall, 2001). Bu yollar:

- Beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikleri,
- Bir rahatlama mekanizması olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeye sevk eden anormal, genetik ve psikolojik faktörler,
- Karbonhidrat ve yağ depolanmasıyla ilgili kalıtsal bozukluklar olarak sıralanabilir. Obezitenin genetik yönü ile ilgili çalışan bazı araştırmacılar yalnız diyabete yatkınlığı değil, aynı zamanda şişmanlama eğilimine de neden olduğu sanılan bir geni (OB geni) tanımlamıştır.

### **1.1.5. Obezitenin Etiyolojisiyle İlgili Kuramsal Açıklamalar**

#### **1.1.5.1. Psikanalitik Model**

Obezler arasında aşırı yemeyi açıklamaya çalışan ilk kuramlar psikanalitik kurama dayanmaktadır ve 1950'lerde anlaşılmaya başlamıştır (Hamburger, 1951).

Obezitenin psikolojisini tarif eden kişiler içinde en tanınmış Hilde Bruch'tır. Bruch'a göre aşırı yemenin temeli bireylerin ilk yaşam yıllarına dayanmaktadır. Bebeklik dönemindeki ilk haz ve kaygıyı azaltma kaynağı beslenmedir. Ayrıca ilk ilişki kurma deneyimi ve dünyayla ilk iletişimidir. Yiyecek, bakım veren ilgisi ve sevgisi; açlığın giderilmesi ise iyi ve güvende olma duygusuyla ilişkili hale gelir. Bu nedenlerle yiyecek ve yemek yeme, kişinin daha sonraki yaşantısının temel psikolojik önemini oluşturacaktır (Elfhag, 2003).

Psikanalitik kuram, etkili olduğu 1950'li yıllarda obezitenin temel kişilik sorunlarının bir temsili olduğu görüşünü savunmaktaydı (Stunkard, 1988).

Bir çözümleyicinin belirttiği gibi obezite, kişinin insan ilişkilerindeki, hatta iç dünyasındaki zorluklarla başa çıkma yoludur. Aşırı yeme kişinin başka türlü çözümünü ya da açıklama bulamadığı bilinç dışı çatışmalarını davranışla ortaya koyma yolu haline gelir (Becker, 1960).

İlk dönem kuramcıları obez bireylerin oral çatışmalarına açıklama getirirken, daha sonraki araştırmalarda aşırı yemeyi depresyon ve/veya diğer olumsuz duygularla başa çıkma aracı olarak kavramsallaştırmıştır (Kornhaber, 1970).



Geleneksel psikanalitik düşünceye göre, gelişimin oral aşamasında bebeğin temel gereksinimlerinin yeterince tatmin edilmemesiyle meydana gelen derin bir bağımlılık duygusunun sonucu aşırı yeme ve bunun neden olduğu obezitedir (Bychowski, 1950).

Obez kişiler kilo alma eğilimlerini, bunaltı, öfke, depresyon ve yalnızlık zamanlarında rahatlamak için yeme eğilimi gösterdiklerini söyleyebilirler.

Obeziteyle ilgili psikanalitik görüşü destekleyecek az sayıda araştırma bulunmaktadır ve bunlar da çeşitli şekillerde yorumlanmaktadır. Örneğin, bazı çalışmalarda obez bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının obez olmayan bireylerden düşük oluşu, aşırı yemenin bu duygulara karşı bir savunma oluşturduğunun kanıtı olarak görülmüştür. Bu hipotez doğru olsaydı obez bireylerin diyet yaparken depresif veya anksiyeteli olmaları beklenirdi. Ancak obez kişiler diyet yapıp kilo kaybederken psikolojik durumlarında genellikle bir iyileşme görüldüğü savunulmuştur (Smoller ve ark. , 1987).

#### **1.1.5.2. Davranışçı Model**

1960 ve 1970'lerde davranış terapistleri, psikanalitik görüşün aksine obezitenin öğrenilmiş bir davranış bozukluk olduğunu, uygun olmayan yeme alışkanlıklarının koşullanma ilkelerinden kaynaklandığını ve bunlara yanıt verdiğini öne sürmektedirler ( Foster ve ark., 1994).

Davranışçı modeller obezitenin,

- a-) Pekiştirilen ve aşırı yemeye neden olan uygunsuz yeme alışkanlıklarından,
- b-) Öğrenme teorisinin ilkelerine göre yine pekiştirici özelliği olan egzersiz yokluğundan kaynaklandığını savunmaktadır (Shafran ve ark., 2003).

Davranışçı modellerden kaynaklanan davranışçı tedavinin yöntemi, aşırı yiyen kişilerin uygunsuz yeme ve aktivite alışkanlıklarını değiştirmelerine yardım eden bir dizi ilke ve tekniği içermektedir. Ancak obeziteye dair davranışçı bakış açısını destekleyecek çok az sayıda araştırma bulgusu vardır. Klinik çalışmalar obez olan ve olmayan bireylerin yeme alışkanlıkları arasında tutarlı farklar bulamamıştır. Ayrıca iki grubun günlük kalori alımını karşılaştıran çalışmaların büyük çoğunluğu anlamlı farklar bulamamıştır (Foster ve ark. , 1994).

Kişinin pozitif pekiştirildiği için fazla yediği sonucuna varmak, bireyin açlık sinyallerine, yiyeceklerin tadına ya da yiyecek alımını belirleyen diğer bileşenlere karşı

daha duyarlı olmasına neden olan biyolojik, fizyolojik ve diğerk mekanizmaları açıklanamaktadır (Rodin ve ark. , 1989).

Ayrıca pek çok vakada davranışçı ve psikanalitik açıklarsamalar birbirine benzemektedir. Örneğın bir davranışçı bazı bireylerin duygusal stresi azalttığı için aşırı yeme konusunda olumsuz pekiştirildiğini savunurken (Olumsuz pekiştireç rahatsız edici durumu azaltan ya da bitiren bir davranıştaki artışı ifade etmektedir.); psikanalitik görüşü savunanlara göre aşırı yemenin olumsuz duygulara karşı bir savunma olduğunu savunurlar. Bu bağlamda psikanalitik görüşe ve davranışçı görüş benzerlik göstermektedir (Foster ve ark. , 1994).

Wilson (1996) obezitenin anlaşılması ve tedavisine kombine bilişsel-davranışçı yaklaşımı dâhil etme gerekliliğini ifade etmiştir. Ancak kısa süre öncesine kadar obezitenin bilişsel-davranışçı tedavileri esas olarak olumsuz düşünme veya karar vermede yardımcı olma gibi bilişsel unsurların davranış tedavilerine eklenmesinden meydana geliyordu.

Yakın dönemli bir tarama, Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) şekillerinin çoğunun 5 strateji içerdiğini göstermektedir. Bunlar:

- Kendini izleme ve hedef belirleme,
- Yeme tarzının ve aktivitenin değiştirilmesi için uyarın kontrolü,
- İşlevsel olmayan düşüncelerin değiştirilmesine odaklanan bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri,
- Stres yönetimi,
- Sosyal destek.

Bununla birlikte kısa bir süre önce obezitenin bilişsel-davranışçı açıklamasına göre problem baştaki kilo kaybı değil, obezitenin davranış tedavisinin uzun dönemdeki kötü sonuçları olduğunu (Kramer ve ark. ,1989; Wadden ve ark. 1989) kabul etmenin gerekliliğiydi.

Davranışçı ekol araştırmacıları, bireylerin başarılı bir şekilde kilo verdikten sonra kilonun yeniden geri alınma nedenlerini açıklayan faktörlere odaklanmaya başladılar. Bu yeni bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre kilo kaybeden obez hastalar, kaybettikleri kiloyu iki nedenden dolayı koruyamamaktadırlar.

- Birincisi, bireyler kilo verme hedeflerine ulaşamamışlardır, ayrıca bu hedeflere ulaşmanın beklenen faydalarını görmemişlerdir. Örneğin, hasta 10 kg kaybettikten sonra daha fazla kendine güven duyacağını düşünebilir, ama ya yalnızca 5 kg kaybeder ya da kendine güven konusunda farklı bir şeyler hissetmez. Sonuç olarak kilo kaybetme çabasını bırakır (Cooper ve ark., 2001).
- Kilo kaybını sürdürmenin ikinci ve diğeriyle ilişkili nedeniyse, hastanın belirlenen hedeflerine ulaşmadığında ya da beklediği faydaları göremediğinde, düşük kiloyu sürdürme becerilerini kazanma gereksinimini bir kenara bırakması ve önceki alışkanlıklarına geri dönüp kaybettiği kiloları yeniden almasıdır.

Bu kurama dayalı yeni bilişsel davranışçı tedavi, bireysel olarak uygulanır ve kilo kaybına, kilo kaybının sürdürülmesine, beden imajına, kilo hedeflerine ve “birincil hedeflere” yöneliktir. Bu “birincil hedefler” hastanın kilo kaybetmesinin sonucu olarak ulaşmak istediği hedefler olarak tanımlanır ve özgüven kazanmayı, sosyal yaşantısı geliştirmeyi içerebilir. Ayrıca belirlenmemiş kilo kaybetme düşüncesine devam etmek yerine kilo kaybının uzun vadeli ve kalıcı olarak korunması vurgulanır (Cooper ve ark. , 2001).

#### **1.1.6. Obezitenin Psikososyal Yönü**

Klinik çalışmalarda ve literatürde obezite hakkında pek çok klişeleşmiş görüş vardır. Bir yandan obezlerin neşeli, mutlu, sosyal bireyler oldukları görüşü yer alırken, diğer taraftan da aynı şekilde depresif ve kaygılı, antisosyal olarak da görülürler.

##### **1.1.6.1. Damgalanma ve Ayrımcılık**

Obezitenin psikolojik etkisinin fiziksel ve sosyal süreçlerle şekillendiği düşünülmektedir. Fiziksel süreçler çok iyi anlaşılammakta, ama araştırılmaya devam edilmektedir. Örneğin kötü beslenme ve aşırı kilo, nörotransmitterler yoluyla ruh durumunu çeşitli yönlerden etkileyebilmekte, sonuç olarak bu da beden imajı algısını şekillendirmektedir (Schwartz ve Brownell, 2004).

Stres kimi zamanyemeyi engelleyebilmekte, kimi zaman yeme dürtüsünü artırmaktadır. Aynı zamanda vücuttaki yağ dağılımını ve kortizol salınımını da etkileyebilmektedir (Schwartz ve Brownell, 2004). Bu nedenle aşırı kilonun beden imajı gibi psikolojik faktörler üzerindeki etkisini anlamak için biyolojik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Obeziteyle ilgili sosyal süreçlere bakıldığında aşırı kilolu olmayla ilgili olumsuz mesajlar çok fazladır. Bunun yansımalarını medyada, okullarda, iş yerlerinde ve sosyal hayatta görebiliriz. Bu alanlardaki olumsuz söylemler önyargı, damgalama ve ayrımcılığa yol açmaktadır. Sevilen televizyon programlarındaki kilolu olan ve olmayan karakterlerin analizine bakıldığında, kilolu karakterlerin daha fazla şakaya maruz kaldığı, daha az sıklıkta lider olarak yansıtıldığı, romantik ilişkiler içinde daha az resmedildiği ve sıklıkla kontrolsüzce yediğinin sergilendiği gözlemlenmektedir (Schwartz ve Brownell, 2004).

Yapılan bir çalışmada böyle bir önyargı, aşırı kilolu bir çocuğun görüntüsünü “tembel, pis, çirkin, aptal, üç kağıtçı ve yalancı” olarak nitelendiren 6 yaşındaki çocuklarda bile görülmektedir. Bir başka çalışmada üniversite öğrencileri, zimmetine para geçirenlerin, kokain kullananların, hırsızların aşırı kilolulara daha uygun olduğu düşüncesini bildirmişlerdir. Aşırı kilolu olanlar üniversiteye girişte, iş yerlerinde özellikle terfide ayrımcılıkla karşılaşmakta ve kişisel ilişkilerinde tatminsizlik yaşamaktadır (Stunkard ve Wadden, 1992).

Bu bulgular obezitenin psikolojik tehlikelerinin tıbbi komplikasyonlarını aşabileceğini düşündürmektedir. Kilo karşıtı bu önyargının neden bu kadar güçlü ve yaygın olduğuna dair araştırmalar ve kuramsal çalışmalar yapılmaktadır. Büyük oranda Crandall ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen 'atıf kuramı' hali hazırda en iyi desteklenen açıklamadır (Schwartz ve Brownell, 2004).

Bu çalışmada, nedensellik ve kontrol edilebilirliği vurgulamaktadır. İnsanlar damgalanmış bir grupla karşılaştıklarında damgalamanın nedenini araştırırlar. Eğer damgalanan özellik kişinin kontrolünde görülürse ayıplama başlar, önyargı makul görülür ve ayrımcılık haklı çıkarılır. Obezite söz konusu olduğunda insanlar kolayca damgalanır ve şişmanlıklarından sorumlu tutulur. Ardından kişilik açıklamaları gelir; obez insanlar zayıf iradeli, tembel, pasaklı, yetersiz, duygusal açıdan dengesiz ve hatta insan olarak kusurlu görülür (Puhl ve ark. , 2001).

Ruh hali, özsaygı ve beden imajı gibi psikolojik konular üzerindeki etkisinin ötesinde önyargı açık ayrımcılıkla da sonuçlanabilir. Eğitimde, iş bulmada, bakım veren kurumlarda ve jüri seçimi ve evlat edinme gibi konularda aşırı kilolu olmanın gerçekten büyük dezavantajları vardır. Ayrımcılık ve damgalanma, aşırı kilolu insanların psikolojik sağlığı üzerinde büyük etkiler yaratabilir (Puhl ve ark. , 2001).

### 1.1.7. Obezite ve Psikopatoloji

Beden algısının getirdiği önyargı ve ayrımcılık karşısında obez bireylerin psikolojik baskı yaşamaları şaşırtıcı değildir. Bu durum en fazla kilo vermek için yardım almak isteyen bireylerde görülmektedir. Aşırı kilolu insanları küçümseyen bir toplumda olumlu bir benlik imajı sürdürmek neredeyse olanaksız görünmektedir; bununla birlikte obezitenin ciddi psikolojik sonuçları doğabilecektir. Bu problemlerin biyolojik ve psikolojik nedenlerle duygusal dengeyi bozması, bunun da yemeyi artırması büyük bir olasılıktır. Bu sonuçların depresyon gibi ciddi bozukluklar üzerindeki etkisi nedeniyle obezite ve kronik hastalıklar arasındaki bağı oluşturması da mümkündür.

Yapılan araştırmalar Obez kişilerin en çok depresyon, düşük benlik saygısı ve bununla ilişkili problemler yaşadıkları düşünülmektedir (Foster ve Wadden, 1994).

**Tablo 4:** Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar

1. Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar	• Metabolik Sendrom • Tip 2 Diyabet • İnsülin Direnci, Hiperinsülinemi • Dislipidemi • HHT
2. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	• Serebrovasküler Hastalık • Konjestif Kalp Yetersizliği • Koroner Kalp Hastalığı • HHT • Tromboembolik Hastalık
3. Solunum Sistemi Hastalıkları	• Obezite-Hipoventilasyon Sendromu • Uyku Apne
4. Sindirim Sistemi Hastalıkları	
5. Polikistik Over Sendromu	
6. İmmün Sistem Disfonksiyonu	• Safra Kesesi Hastalığı • Karaciğer Hastalığı • Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı
7. Cilt Hastalıkları	
8. Cerrahi Komplikasyonlar	
9. Kanser	• Meme • Kolon • Dişi Üreme: Serviks, Endometrium, Over • Safra Kesesi • Prostat
10. Obezitenin Mekanik Komplikasyonları	• Osteoartrit • Artmış Karın İçi Basıncı, Herni
11. Psiko-Sosyal Komplikasyonlar	

Obeziteye giriş bölümünde de bahsettiğimiz gibi birçok çalışmada obezitenin Tip 2 Diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, osteoartrit, karaciğer fonksiyon bozukluğu, uyku apne sendromu ve kanser gibi çok değişik biyolojik bozuklukların gelişmesine neden olduğu, mortaliteyi ( hastalığa bağlı ölüm ) arttırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü öngörüsüne varılmıştır. Üstteki tabloda da obezitenin neden olduğu hastalıklar şematize edilmiştir.

## **1.2. Bağlanma**

### **1.2.1. Tanımlar ve Genel Bakış**

İnsanın sosyal bir varlıktır ve çevresi ile etkileşim halindedir. Bu görüş Bowlby tarafından 1970'lerde kavramsal bir çerçeveye oturtulmuş ve bağlanma kuramı geliştirilmiştir. Bowlby'e göre “güvende hissetmek” ve emosyonel regülasyonu sağlamak için insanların diğer insanlara bağlanma ihtiyacı gelişir. İlk bakımveren ile girdikleri etkileşim aracılığıyla çocuklar, kendilerinin ve başka insanların zihinsel temsillerini geliştirir ve bu temsiller duyguların ve davranışların düzenlenmesi ile kişilik gelişimini de etkiler. Bu teori Ainsworth tarafından geliştirilmiş ve deneysel çalışmalarla desteklenmiştir. “Tuhaf Durum” deneyinde Ainsworth bebekler ve annelerini kısa bir süre ayırdıktan sonra bir araya getirerek tepkilerini ölçümlemiş ve daha bebeklik çağında başlayan özgül bağlanma biçimleri olduğu tezini öne sürmüştür.

Ayrıca bu bağlanma biçimlerini güvenli, ambivalan-güvensiz ve sakıngan-güvensiz olarak sınıflamıştır. Hazan ve Shaver bu bağlanma biçimlerinin erişkinlikteki bağlanma davranışları ile romantik ve kişiler arası ilişkileri nasıl etkileyebileceği üzerine çalışmalar yapmıştır. Alantar'a göre bebeklikteki bağlanma biçimi yetişkinlikte değişebiliyorsa da, bu üç temel bağlanma biçiminin erişkin davranışının temel belirleyicisi olduğunu öne sürmüştür (Alantar ve Maner, 2008 ).

Bağlanma biçimlerinin sadece kişiler arası ilişkilerde değil, kendilik imgesi ile ilgili de belirleyici olabileceği öne sürülmüş ve bu alanda çalışmalar yapılmıştır.

Bağlanma biçiminin yetişkinlerde kişinin kendisinden duyduğu genel memnuniyet düzeyi ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Buna göre güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerin, diğerlerine kıyasla kendilerinden daha memnun oldukları bulunmuştur. 795 üniversite öğrencisinde, kendilik değerini oluşturan temel alanları, bağlanma biçimleri açısından inceleyen Park ve ark. güvenli bağlanma biçimine sahip

olmayan bireylerin bir kısmının kendilik değerlerini fiziksel çekicilik üzerine temellendirdiklerini bulmuştur (Park ve Ark. , 2004).

Bağlanma stillerinin çocukluk çağındaki kötüye kullanım ile erişkinlikteki psikopatoloji arasında aracı rol üstlendiği düşünülmektedir (Bifulco ve ark. , 2006).

Ayrıca ambivalan bağlanma biçimi ve intihar eğilimi arasında birçok araştırma ile tespit edilmiş bir ilişki vardır. Türkiye'de de Zeyrek ve ark. tarafından 180 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada kadınlarda bağlanma biçiminin intihar eğilimi açısından öngörücü olabileceğine dair bulgular elde etmiştir (Zeyrek ve Ark. , 2009).

Ward ve ark. tarafından yapılan bir literatür gözden geçirme çalışmasında güvensiz bağlanma biçimleri ile yeme bozuklukları arasında da ilişki olduğunu öne süren yayınlar gözden geçirilmiş ve bu ilişki teyit edilmiştir (Ward ve Ark. , 2000).

Kelime olarak “bağlanma” iki birey arasında kurulan, uzun süreli duygusal bağ olarak tanımlanmıştır. (Yörükkan, T. , 2011). Bireylerin karakteristik kategorizasyonları ile erken dönem çocukluk yaşantıları arasında bir ilişki olduğunu gösteren çarpıcı teorilerden biridir, bağlanma kuramı. Bu kurama göre; bireylerin ilk bakım verenleriyle olan ilişkileri, süregelen hale gelecek ve kişilerarası stillerine yansıtacaktır (Shorey, H.S. , Snyder, C.R. , 2006).

Bağlanma biyolojik temellidir; tüm insanlarda ortak bir içgüdü olarak var olmakta ve aktarılmaktadır. Bireylerin sosyal olarak var olabilmeleri; güvenebilmeleri, sevebilmeleri bağlanmayla ilgilidir ve bu bir zaruriyettir. Ayrıca bağlanma, kişinin sosyal ilişkilerini oluşturup, geliştiren bir davranıştır (Bowlby, 1973).

Bağlanma; kişilerin önemsedikleri bireylere karşı hissettikleri güçlü duygusal bağ olarak da tanımlanır ve temelinde bebeklik - çocukluk dönemi yaşantıları vardır (Morsümbül ve Çok, 2011).

## **1.2.2. Bağlanma Kuramı**

### **1.2.2.1. Erişkinlikte Bağlanma**

Erişkinlerdeki bağlanma davranışı, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir ( Bowlby, 1969).

Weiss yetişkinlikteki bağlanmayı çocukluk çağı bağlanmasından ayıran 3 özellikten bahsetmiştir:

- Erişkinlerde, bağlanma ilişkileri tipik olarak eşler arasındadır, diğerinde bakım alan (bebek) ve bakım veren (ebeveyn) arasındadır.
- Erişkinlerdeki bağlanma çocuklukta bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir.
- Yetişkinlikteki bağlanma çoğunlukla cinsel ilişki ile ilişkilendirilir.

#### **1.2.2.1.1. Erişkinde Bağlanma Biçimleri**

Bowlby'in yetişkinlikteki bağlanma davranışının, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak gördüğünden bahsettiğimiz.

Buna göre bebeklikten itibaren bakımverenle yaşanan deneyimleri ve onunla geliştirdiği ilişkisini ilerleyen yaşlarda her türlü yakın ilişkisinde model olarak kullanacaktır. Bireylerin benlik modeli ile başkaları modeli bu sayede gelişir.

Benlik modeli, bireyin kendini ne ölçüde sevgiye layık, değerli biri olarak gördüğüdür. Başkaları modeli ise bireyin diğer insanları ne ölçüde güvenilir, ilgi ve sevgi sunmaya hazır bireyler olarak algıladığı ile ilişkilidir. Bebekliklerinde her ihtiyaç duyduklarında gecikmeden bakım verenden alaka gören, özenilen, önemsenen ve bu sayede güvenli bağlanan bireyler olumlu birer benlik ve başkaları modeli geliştirirler. Duygu ve düşüncelerini başkaları ile paylaşmaktan, ihtiyaçlarını ve hislerini ifade etmekten çekinmezler, kolaylıkla yakın ilişkiler kurabilirler.

Bağlanma çalışmaları önceleri bireyin erken dönemlerine odaklanırken, son zamanlarda yetişkinlikteki bağlanma biçimlerine yönelik araştırmalar artarak devam etmektedir. Hayat boyu gelişim bakış açısından yola çıkarak son yıllarda yaş almış bireylerde bağlanma biçimleri incelenmeye başlanmıştır (Shaver ve Mikulincer, 2004 )

Hazan ve Shaver (1987), yetişkinlikteki romantik ilişkilere bağlanma kuramı ile yeni ve değerli bir bakış açısı kazandırılacaklarını iddia etmişlerdir. Onlara göre, yetişkinlikteki romantik ilişki, tıpkı çocuklukta ilk bakım verenle olduğu gibi,

eşe-partnere karşı geliştirilen bir bağdır. Bu doğrultuda, temel olarak bebeklik dönemi için tasarlanmış olan bağlanma teorisinin yetişkin romantik ilişkiler üzerindeki bakış açılarını kanıtlamak amacıyla iki aşamalı bir çalışma başlatmışlardır. Bu çalışma ayrıca erişkin bağlanması ile ilgili olarak yapılan ilk çalışmadır. Yürüttükleri bu çalışma



sonucunda Şu sonuçlara ulaŐmıŐlardır: Hem yetişkin bağlanmasında hem bebeklik dönemi bağlanmasında u bağlanma stili vardır ve yetişkinlikte bağlanma stillerinin dağılımı, bebeklikteki ile ciddi benzerlikler gösterir. Bağlanma ilişkisinin biçimlenmesi bakımından sürecin yetişkinlikte de bebeklik bağlanmasındaki gibi olduğu düşünülmektedir. Bu süreç yakın birliktelik arayışı, güvenli korunma alanı arayışı ve güvenli bir üssün kurulması Őekildedir. Bu süreç bazı durumlarda tamamlanamamaktadır (Hazan ve Shaver, 1994).

Hazan ve Shaver (1987), yetişkin bağlanma stilleri ile ilgili çalıŐmalarının sonucunda erişkin bağlanma modelini ul bağlanma stili ile açıklamıŐlardır. Bunlar:

- **Güvenli Bağlanma:** Güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin, öz güveni yüksektir. Bu kişiler giriŐkendirler, yakın ilişkiler kurma konusunda sorun yaŐamazlar.
- **Kaygılı - İkiriklikli Bağlanma:** Kaygılı – kararsız ( ikiriklikli ) bağlanma stiline sahip bireylerin, öz güvenleri düşüktür ve bu kişiler yakın ilişkilerinde reddedilme ve terk edilme korkusu yaŐarlar.
- **Kaygılı – Kaçıngan Bağlanma:** Kaygılı–kaçıngan bağlanma stiline sahip bireyler ise, kendilerini açmaktan rahatsız olurlar ve yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar.

Güvenli bağlanma biçimi olanlarda kendilik ve öteki algısı pozitif yöndedir. Güvenli bağlanan bireyler sorunlarını kabul ederler; başkalarından yardım ve destek talep edebilir; yapıcı bir biçimde zorlayıcı duygularını ifade ederek destek alabilir.

Kayıtsız bağlanan bireyler temelde kaıncıdırlar; çünkü kendilik algıları olumlu iken başkaları ile ilgili olumsuz görüŐlere sahiptirler. Olumsuz duyguları baskı altında tutma eğilimindedirler ve kaçınma sorunlarla başa çıkma stratejilerinin en temel duygularıdır (Jones, 2005 - Weger ve Polcar, 2002).

Güvenli bağlanan bireyler kendilerinde stres oluşturan durumun nedenleri ile başa çıkabileceklerini bilirler. Duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmekten çekinmezler. Destek aramayı, yardım almayı strese neden olan durumlarla baŐedebilmek için bir duygu-durum düzenleme stratejisi olarak kullanırlar. Olayları açıkça konuŐurlar ve

çatışmalardan kaçınmaz, çözüm yolları bulurlar. Ayrıca güvenli bireyler duyguların psikolojik işaretlerinin farkındadırlar. Sonuç olarak, güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerde pozitif duygu yaşantısı yaratıcı problem çözmeyi geliştirir, psikolojik açıdan rahatlamayı getirir (Belsky, 2002).

### **1.2.3. Bağlanma ve Psikopatoloji**

'Bowlby'e göre bağlanma annenin yerini alabilecek temel bakım veren bir diğer bakıcıyla gerçekleşmektedir. Bakımveren ile duygusal olarak yakınlaşabilen, güven duygusunu doyumlayan, genel ihtiyaçları karşılanan bebekte kendilik olumlu yönde gelişecektir. Yetişme sürecindeki bu olumlu algı sonucunda sevmeye değer olduğunu düşünmesini ve çevresi ile dış dünyayı olumlu algılamasını ve güvenli olarak görmesini sağlayacaktır. Temelde oluşan bu güven (secure base), kişinin kendisi ve diğerleri hakkında pozitif modeller geliştirebilmesi için önemlidir. Bu modeller "içsel çalışan modeller" (internal working models) ya da "zihinsel temsiller" (mental presentations) olarak kavramsallaştırılmaktadır. Dünyaya ilişkin içsel çalışan modellerin kilit noktasını bağlanma figürünün kim olduğu, nerede bulunabileceği ve nasıl tepki vereceğine dair beklentiler oluşturmaktayken, kendiliğe dair içsel çalışan modellerin kilit noktasını bağlanma figürünün gözünden kendisinin kabul edilebilir olup olmadığına dair temsiller oluşturmaktadır. Kendilik hakkındaki içselleştirilmiş temsiller, süregelen, reel ve olumlu bir kimlik duygusunun edinilmesinde önemliyken, diğerleri hakkındaki temsiller ise süregelen ve haz verici kişiler arası ilişkilerin kurulabilmesinde kritik öneme sahiptir. Ayrıca içsel çalışan modeller kişilerin hangi bilgilere yönelecekleri, dış dünyadaki olayları nasıl yorumlayacakları ve neleri anımsayıp, neleri unutacakları üzerinde çalışır. Dünyayı ve kendini algılamada 'özümseme' (assimilation) de bir önemli yer tutmaktadır. Bu modellerin içerdiği düşünce sistemlerinin otomatikleşmesi, değişime karşı direnci de beraberinde getirmektedir. Bununla bağlantılı olarak bağlanma kuramı çerçevesinde, bağlanma figürleri ile şekillenen modellerin, yetişkin dönemdeki kişilerarası ilişkiler için birer prototip oluşturduğu düşünülmektedir (Bowlby, 1998)

Son yıllarda, ebeveyn-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeni ise anne-baba ve çocuk ilişkisini araştırmanın her iki nesil için de giderek önem kazanmasıdır. Birçok araştırmacıya göre anne-çocuk ilişkisinin sürekliliği sonraki

yaşantılarının temelini oluşturmaktadır. Başka bir deyişle bağlanma, çift yönlü bir süreçtir. (Person ve Ark. , 1993).

Bireylerin yaşamındaki en önemli kişilerin annesi ve babası olduğu; anne ve baba ile kurulacak iyi ilişkilerin çocuk, genç ve yetişkin ruh sağlığında belirleyici rol oynadığı bildirilmiştir (Kesebir ve Ark. , 2011).

Alanyazın araştırmasında Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanmanın sonraki yaşam süreçlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir.

Güvenli bağlanma doğanın özgün modelidir. Güvensiz bağlanma stilleri olan kaygılı/ikircikli bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vurulmuş patolojilerle ilişkilendirilmiştir. Dağınık bağlanmanın (dezorganize/dezoryante) ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliğinden sözedilmiştir.

Daha önce belirttiğimiz gibi anne ile çocuk arasındaki ilk bağlanma ilişkisi doğum öncesinde kurulur ( Kesebir ve Ark. , 2011). Bakım verenin uygunsuz ve tutarsız bağlanması ya da bakımverenin sık değişmesi bağlanma paternlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Çocukluk çağıdaki uygunsuz yaşam stresörleri daha ileri yaş grubunda görülen seperasyon anksiyöz/ikircikli bağlanmanın, klinik anlamlılık eşliğini aşmış bir formu dönüşebilmektedir. (Soysal ve Ark. , 2009).

Erken dönem yaşantılarının bakım veren-bebek ilişkisinde güvensiz bağlanmaya neden olduğu ve bu durumun kendilik organizasyonu gibi psikopatolojiye giden dinamiklerde önemli rol aldığı bilinmektedir; ancak bu süreç çevresel faktörlerin oluşturduğu bağlamdan da etkilenir.

Kendiliğin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimi için güvenli bir bağlanma temeldir. Bağlanma güvensiz olduğunda birey çevreyi araştırma, sorgulama davranışına geliştirmeyecek, bu da bilişsel gelişimine ket vuracaktır.

Bir diğer önemli sorun yeni doğanın zor mizacı duygusal ve fiziksel ihmal için başlı başına bir risk etmenidir ki bu çocuklarda daha sık görülür. Üç yaş civarı çocukların zihinsel işlevlerinin gelişiminde bir azalma, kalıcı konuşma bozuklukları, zayıf motor

becerileri ve sosyal davranışta yetersizlikler göstermektedir. Karakter, mizaç yaşamın ilk yıllarından başlayarak var olan, 'görece aynı kalan' yahut 'değişikliğe uğrayan' kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşumdur.

Mizaç güvenli bir bağlanmayı öngörür mü yoksa sadece özgün bir bağlanma biçimi ile mi ilişkili olduğu sorusunun yanıtı, olasılıkla güvenli ya da güvensiz olarak öngörebilme gücü olduğudur. Fakat ebeveynle ilişki bu öngörüden dışlanamaz. İkinci olarak, mizacın negatif duygusallık (emosyonalite) boyutunun daha öngörücü bir özellik olduğu düşünülmektedir (Kesebir ve Ark. , 2011).

Özellikle duygusuz bakım verme (düşük ilgi- yüksek kontrol) diye adlandırılan tutumun anneler ve kızları arasında yüzde yüze yaklaşan oranda paralellik gösterdiği belirlenmiştir. Konuyla ilgili ilk çalışmalarda, psikiyatrik tanısı olan olgular sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve duygusuz bakım verme şeklindeki ebeveyn tutumunu daha çok gösterdikleri ortaya konmuştur (Scinto ve Ark. , 1999).

Ortalama yaşları 15 olan adölesanlarla yapılan bir çalışmada sevgisiz/duygusuz kontrolü olan (affectionless control) ebeveyn davranışının intihar düşünceleri için risk etmeni olduğu saptanmıştır. İçinde sevgi, ilgi gibi duyguların olmadığı koruma tarzının kendine zarar verme davranışını üç kat, depresyonu beş kat arttırdığı gösterilmiştir (Martin ve Waite, 1994)

İleriye dönük bir araştırmada, bakımveren ile ilişkisinde kaygılı bağlanan küçük çocukların çocukluk çağı ve adölesan dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk taşıdıkları gösterilmiştir (Warren ve Ark. , 1997)

Başka bir ileriye dönük çalışmada adölesan döneminde güvenli bağlanamayan bireylerin (özellikle kaçınan bağlanmanın) yetişkin dönemdeki ikili ilişkilerde olumsuz düşünceler geliştirme açısından zarar görme-gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir.

Bağlanma sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme özelliklerinin ilerleyişini belirlemede, bireyin kendilik algısını ve karşısındakini anlamlandırma sürecini etkilemede önemli rol oynar.

Örneğin kaçınan bağlanmaya sahip çocuklar ikili ilişkilerinde reddedilmeyi beklediklerinden ilgileneni iterek kendilerinden uzaklaştırabilirler ve bu ilişki biçimleri

gerçekten de beklemedikleri reddedilmeye yol açabilir. Bu anlamda çocuğun, ergenin ya da yetişkinin duygusal yakınlık kurma davranışı, erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşımaktadır (Von ve Zendoom, 1995)- (Collins ve Ark. , 2002).

Güvenli olmayan bağlanma stillerinin adölesanlarda ve erişkinlerde kişilik patolojisiyle, kaygılı/ikircikli bağlanmanın geri çekilme ve içe vuruk patolojilerle; kaçınan bağlanmanın ise içe vuruk ve dışa vuruk patolojilerin bir karışımını yansıtan çeşitli kişilik bozuklukları ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir (Kesebir ve Ark. , 2011).

Bağlanma kuramı, geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine ve bu dönemdeki temel bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiye odaklanırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir. Yeni dönem psikoterapi yöntemleri geliştirilirken de geçmiş dönem yaşantıları ve bakım veren ile geliştirilen olumlu olumsuz ilişkiler göz önünde bulundurulmuştur.

Birçok farklı ekolden beslenen kuramcılar, çocukluk yaşantılarının ve içsel çalışan modellerin (internal working models) yetişkinlik dönemine önemli yansımalarının olduğunu kabul etmektedir. Bir başka deyişle çocukluk çağı olumlu- olumsuz yaşantıların bireyin yetişkinlik dönemi yaşam döngüsünde etkili olmaktadır.

Psikolojinin çeşitli alt alanları tarafından dikkat çekmekte olan kuram, klinik psikolojide de çeşitli psikopatolojilerin gelişimsel bağlamının ve yatkinlaştırıcı etkenlerinin anlaşılması açısından fayda sağlamaktadır.

Pek çok araştırma, bir duygulanım düzenleme (affect regulation) kuramı olarak da kabul edilen bağlanma kuramı çerçevesinde, duygulanım düzenleme sistemindeki yakınlık aramaya yönelik olan güvensiz strateji kullanımlarının depresyon ile olan ilişkisini görgül çalışmalar bağlamında incelemektedir (Meredith ve Ark. ,2007).

### **1.3. Aile İşlevleri**

#### **1.3.1. Tanımlar ve Genel Bakış**

Bireyin dahil olduğu topluma uygun yetişmesi ve aile işlevlerinde doyuma ulaşması için gerekli doneler ailede çevresinde sağlanır. Bulut'a göre bireylerin sağlıklılığı, yaşadıkları ailenin işlevlerinin tam bir biçimde yerine getirmesiyle mümkündür. (Bulut, 1993).

Ailenin başlıca işlevleri, cinsel doyum, üreme çoğalma, çocuğun bakımı, eğitimi ve sosyalleştirilmesi şeklinde sıralanabilecek fonksiyonlardır. Ailenin bu işlevlerine ek olarak saygınlık, koruyuculuk, ekonomik ve psikolojik görevler gibi fonksiyonlarından da bahsedilebilir. İçinde buldukları toplumların gelişmişlik düzeylerine göre yapı ve fonksiyonları bakımından ayrışır, aileler. Bu nedenle tüm toplumlar için geçerli olabilecek bir işlev sıralaması yapmak pek de mümkün olmayacaktır (Sanay, 1990).

#### **1.3.2. Aile Kavramı**

Aile toplumun temel birimidir, aynı zamanda toplumun en küçük modelidir. Bu nedenle her toplumda toplumsal yapının durumuna göre aile kavramı farklılık göstermektedir. Dolayısıyla evrensel bir aile tanımı yapmak olanaksız olacaktır.

Bireylerin yaşamlarına yön veren, toplumların sürekliliğini sağlayan, değer yargılarının, etik kaidelerin ve davranışların kuşaklar arasında 'dönüşerek' aktarıldığı kurum olarak kabul edilmektedir, aile.

Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün Türkiye İstatistik Kurumu işbirliği ile hazırladığı 2006 yılı Türk Aile Yapısı Araştırması Raporu'nda aile; "evlilik, kan bağı ve yasal yollarla birbirine bağlı, karşılıklı hak ve yükümlülüklerle bir arada yaşayan insan topluluğu" şeklinde tanımlanmıştır (Türk Aile Yapısı Araştırması, 2006).

Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğünde aile; "evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik" olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanıma göre ise aile; temel işlevleri üreme, çocukların bakımı, büyütülmesi ve sosyalleşme olan toplumun en küçük yapı taşıdır. Ekonomik açıdan üyelerinin yaşamsal ihtiyaçlarını karşılama yükümlülüğü bulunur. Pek çok kişi için aile hem en önemli yaşamsal destek kaynağı, hem de en önemli stres kaynağıdır. Aile, bireylerin sağlığını ( biyolojik, fizyolojik ve psikolojik açıdan ) önemli

ölçüde etkilemektedir. Bireylerin sağlıklılığı ailelerin sağlığını, dolayısıyla toplumun sağlıklılık oranını etkilemektedir (Kılıç ve Uslu, 2000).

Başka bir deyişle aile, çeşitli roller çerçevesinde birbirine etkileyen insanlardan oluşan ve üyelerinin yaşamdan duyduğu doyumunu artırmada en önemli etkendir.

Aile, insan türünün sürekliliğini sağlayan, ilk sosyalleşme sürecini temellendiren, karşılıklı ilişkileri belli kurallara bağlayan, toplum kültürünü kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, hukuksal vb. yönleri bulunan toplumsal bir kurum olarak tanımlanırken aile sistemi, ailede bulunan anne, baba, çocuklar varsa büyük anne, büyük baba gibi kişilerin birbirleriyle olan ilişkilerini düzenleyen kuralları içermektedir.

Bir sistemde bütün, parçaların toplamından daha büyüktür. Topluluğu bir sosyal grup olarak bir arada tutan, süreklilik gösteren örüntü şeklindeki aile, üyelerinin toplamından daha fazlasını ifade eder. Başka bir deyişle birbiriyle iletişime geçen iki insan artık bağımsız değildir. Aksine karşılıklı etkileşim halindedir (Gülerce 1996).

Çocukları ile birlikte bir bütün olan ve birbirleriyle yakın ilişki içinde var olan bir birlikteliktir, aile. Buna dayanarak ailenin anlaşılması için üyelerin ayrı ayrı incelenmesi yerine üyeler arasındaki ilişkilerin incelenmesi daha aydınlatıcıdır (Aktaş, 2005). Bunun için "aile işlevselliği" şeklinde isimlendirilen bir kavramdan yararlanılması gerekecektir.

### **1.3.3. Aile Türleri ve Aile İşlevleri**

Aile yapıları aynı toplum içinde kendi arasında farklılıklar göstermektedir. Her bir aile türünün toplumdaki yerini ailenin sahip olduğu özellikler belirlemektedir. Aile bazı değişkenlere bağlı olarak farklı türlere ayrılmaktadır:

**Tablo 5: Aile Türleri**

Aile içinde yetkinin kime ait olduğuna göre:	Baba Ailesi Ana Ailesi
Mirasın geçişine göre:	Babaerkil Aile Kök Aile Kararsız Aile
Yerleşim yerine göre:	Büyük Kent Ailesi Kasaba Ailesi Gecekondu Ailesi Köy Ailesi Göçebe Aile
Sosyo-Ekonomik aşamalara göre:	Sanayi Öncesi Aile (gelenekselgeniş aile) Sanayi Ailesi (çekirdek aile) Sanayi Ötesi Toplum Ailesi (çözülen, parçalanmış ve tamamlanamamış aile)

Temel olarak aile özellikleri yapısal özellikleri bakımından ve işlevselselliği bakımından iki ayrı grupta incelenmektedir.

#### **1.3.3.1. Yapısal Özellikleri Bakımından Aile**

Yapısal özelliklerine göre aile; geniş aile, çekirdek aile ve geçiş ailesi olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.



### 1.3.3.1.1. Geniş Aile ve İşlevleri

Geleneksel bir aile tipi olan "Geniş Aile" özellikle az gelişmiş ülkelerde ve kırsalda daha yaygındır. Geniş aile birden fazla kuşağın bir arada -çoğu zaman aynı çatı altında- yakın ilişkiler içinde yaşadıkları bir aile türüdür. Aile bireyleri arasında cinsiyete, yaşa, konuma ve erkeğin soy çizgisine göre düzenlenmiş sıralı bir ilişki ve işleyiş vardır. Genel olarak aile üyelerinin büyükçe bölümü bu hiyerarşik düzene uyarak işbirliği ve bütünlük içinde yaşamaktadırlar (Özgüven, 2000).

Geniş aile öncelikli olarak ekonomik bir birimdir. Geniş ailede evlilik cinsel aşka bağlı olmayabilir ya da kurulacak yuvada cinsel aşkın görülmemektedir. Bu ailelerde kadın- erkek arasındaki eşitsizlik de oldukça belirgindir. Evlenme yaşı küçüktür ve eş aile büyüklerince seçilir, evlilikler ekonomik değiş-tokuş gerektirecek biçimde düzenlenmektedir (Bal, 1995).

Kongar'a (1986) göre geleneksel geniş ailenin yerine getirdiği işlevler aşağıda sırasıyla verilmektedir.

- **Ekonomik İşlev:** Geleneksel aile bir üretim-tüketim birimidir. İhtiyaç duyulan mal veya hizmetler bu aile tarafından üretilir ve tüketilir. Gelir tek elde toplanır ve giderler tek elden yapılır. Ayrıca, özellikle kırsalda ve tarıma dayalı toplumlardaki bu aile yapılarında oldukça gelişmiş bir iş bölümü ve işbirliği vardır.
- **Saygınlık İşlevi:** Aile üyeleri toplumdaki statülerini ailelerinden alırlar. Başka bir deyişle birey ait olduğu aile ve akrabalık çevresinde bulunduğu konuma göre itibar kazanır. Örneğin, soyluluk, rençberlik vb.
- **Koruma İşlevi:** Geleneksel topluluklarda, çağdaş toplumlardaki gibi kişiyi koruyan çeşitli sistemler bulunmadığından, kişinin korunma işlevi aile tarafından üstlenilmektedir. Bu yönüyle koruyuculuk işlevini hem maddi hem manevi bakımdan yerine getiren kurum ailedir.
- **Dinsel İşlev:** Aile, üyelerine dinsel bir eğitim verebilmekte ve aynı zamanda tam bir dinsel birlik olarak üyelerinin ibadetlerini de denetleyebilmektedir.

- **Eğlenme ve Dinlenme İşlevi:** Tüm aile üyeleri boş zamanlarını diğer aile üyeleriyle paylaşırlar. Eğlenme ve dinlenme gibi işlevler aile tarafından organize edilebilmektedir.
- **Eşler Arasında Sevgiyi Sağlama ve Çocuk Yapma İşlevi:** Soyların sürekliliğinin sağlanması tüm aile biçimlerinin en temel işlevidir. Bu işlev, aile üyelerinin sevgiyi, saygıyı ve psikolojik doyumunu sağlaması açısından önemlidir.

#### 1.3.3.1.2. Çekirdek Aile ve İşlevleri

Çekirdek aile, anne baba ve çocuklardan oluşan yalnızca iki nesil süresince birleşen bir bağdır. Çekirdek aile, günümüzde batı toplumunda en sık rastlanan aile yapısıdır; anne, baba ve onların evlenmemiş çocuklarından oluşmaktadır.

Çekirdek aile, birbirini özgürce seçen eşlerin, geniş aile üyelerinden bağımsız bir yerde ve akrabalık bağlarından büyük oranda yalıtılmış olarak kurulmuş sistemlerdir. Bu aile yapısı hareketli bir işgücüne ihtiyaç duyan ve statünün akrabalık ilişkileri yerine, kişisel becerilerle elde edildiği toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca, farklılaşma ve mahirleşmenin geliştiği sanayi toplumlarında ailenin, geleneksel geniş ailede görülen eğitim, üretim, sosyal güvenlik gibi işlevlerinin birçoğunu kaybettiği, bu işlevlerin başka kurumlar tarafından üstlenildiği ve ailenin sadece soyun sürekliliği toplumsallaşma, üyelerinin psikolojik doyumlarının sağlanması gibi iki toplumsal işlevi yerine getirdiği ileri sürülmektedir:

- **Soyun sürekliliği ve toplumsallaşma işlevi:** Üreme ve buna bağlı olarak çocukların yetiştirilerek toplumsallaştırılması işlevini çekirdek aileler yerine getirmektedir.
- **Psikolojik dengenin (doyumun) sağlanması:** Sanayileşme ve şehirleşme sonucu geleneksel ailedeki yoğun ilişki ve işbirliğinin yerini bireysel ilişkiler almakta ve bir kişi tüm gereksinimlerini tek başına karşılamak zorlanmaktadır.

Bu nedenle, kişi giderek yalnızlaşmaya ve duygusal gereksinmelerini yeterince karşılayamamaya başlar. Çekirdek aile bir diğer işlevi de bu duygusal gereksinmelerin karşılanmasını sağlamaktır.

#### **1.3.3.1.3. Geçiş Ailesi**

Geçiş ailesi, toprağa bağılı üretimden sanayileşmiş bir imal etmeye doğru hızlı bir hareketin olduğu, nüfusun hızla arttığı, sosyal yapı ve yaşam tarzı kavramlarının hızla geliştiğı toplumlarda ortaya çıkan bir aile yapısıdır (Özgüven, 2000).

Giderek artan nüfus oranı, yasalarda bireysel miras haklarının tanınmasıyla toprakların bölünmesi, makineleşme ile insan gücüne duyulan ihtiyacın azalması, küçülen toprağın tüm aileyi doyurmaya yetmemesi gibi ekonomik nedenlerle kırdan kente göç artmıştır. Gelişen sanayi ile endüstri merkezlerinde çalışacak insan gücüne ihtiyaç arttıkça insanlar bu merkezlerde çekirdek aile şeklinde yaşamaya başlamışlardır. Geçiş ailesi şekil bakımından her iki aile tipine benzeyebildiğı halde toplumsal işlevlerin, aile içi ve sosyo-ekonomik ilişkilerin değışmesiyle ikisinden de farklılaşmaya başlamıştır (Bilgin, 1991).

#### **1.3.3.2. İşlevsel Özellikleri Bakımından Aile**

İşlevsel özelliklerine göre aile; sağlıklı (fonksiyonel) ve sağlıklısız (fonksiyonel olmayan) aile olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Bu tür aile yapıları 'Aile İşlevselliğı Kavramı' konusunda ele alınacaktır.

#### **1.3.4. Aile İşlevselliğı Kavramı**

Aile işlevselliğı çocuğun doğumunu takip eden iki yıl süresince düşme eğilimindedir. Aile işlevselliğini, aile üyeleri arasındaki ilişkiyi deam ettrimek, güçlendirmek, aile üyelerinin gelişimlerine katkıda bulunmak ve bütün aile üyelerinin sağlığını korumak amacıyla temel sorumluluklardan biri şeklinde tanımlamak mümkündür. (Bulut akt. , 1990).

Aile işlevselliğinin varlığından etkin şekilde söz edebilmek için beş temel kavramın gerekliliğine işaret edilmektedir. Bunlar; uyum, işbirliğı, gelişim, şefkat ve sorun çözmedir. Bütün aileler -farklı şekillerde de olsa- bir biçimde stres ve kaygı yaratan durumlarla karşılaşmaktadır. (Coşkun, 2007).

Baltaş'ın (1993) da belirttiğı gibi bazı ailelerde gerek dış dünyanın getirdiğı problemlerin aile hayatına yansıyan negatif etkileri, gerekse aile bireylerinin kendi aralarındaki ilişkilerden kaynaklanan çatışmalar hem aile yaşantısını, hem de ailedeki kişilerin sağlığını tehdit etmektedir. Bazı ailelerde ise, dış dünyayla sorunsuz bir ilişki sürdürülürken; diğeryandan kendi ilişkilerinide sağlıklı ve çatışmasız sürdürdükleri

gözlemlenmiştir. Bu bilgilere dayanılarak ailelerin sağlıklılık durumlarının birbirlerinden farklı olduğu söylenebilir.

Fidaner (1995) ailelerin sağlıklılık durumlarının literatürde farklı şekillerde tanımlandığını belirtmektedir. Ancak en kısa ve anlaşılır haliyle işlevsel aile “sağlıklı” , işlevsel olmayan aile “sağlıksız” olarak kabul edilmektedir.

Sorunlarını işbirliği içinde çözebilen, birbirine duygusal açıdan bağlı, hürriyetlerini önlemeyecek biçimde alakalı, kendisinden beklenen rolü etkin biçimde yerine getiren bireylerin olduğu, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmayacak şekilde kontrol edebilen ve aralarında açık, rahat ve imasız bir iletişim bulunan aileler, işlevlerini gerçekleştiren ve sağlıklı aileler olarak tanımlanmaktadırlar (Epstein ve Bishop, 1983).

Diğer aile üyeleri ile ilişkisindeki uyumu ve etkileşim biçimini benimseyen, aile bireylerinin her türlü ihtiyaçlarını doğal yaşam döngüsü içinde karşılayan ve aile üyelerinin ailenin bir parçası olmaktan haz duyduğu sisteme sağlıklı aile denilebilir. Üyeler, görev ve sorumluluklarını doğal sıradan bir içtenlikle yerine getirirken; aynı zamanda da birbirlerinden bağımsız davranabilirler. İsteyerek karşılıklı işbirliği içindedirler. Aile üyeleri arasında olumlu duygusal bağlar vardır.

Sağlıklı birey olmanın temeli tüm işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmesi ile gerçekleşebilir. Sağlıklı ailelerde yetişen bireyler ruhsal yönden daha iyi olurlar; başka bir deyişle bunalım göstermez ve kuşkucu davranmazlar. Olumsuz olaylardan evhama kapılmaz, çevredekilerle iyi ilişkiler kurabilirler ve sosyaldirler. Geleceğe karşı kaygı geliştirmezler.

Sağlıksız ailelerden gelen bireylerde ise içe dönük, bağımlı, çevresiyle iyi ilişki kuramayan, şüpheli, geleceğe olumsuz bakan kişilik yapıları gözlenmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda da görüleceği üzere ruh sağlığı sorunu olan kişilerin ailelerinin, çoğunlukla işlevlerini tam olarak yerine getiremeyen, sağlıksız aileler olduğunu tespit edilmiştir (Coşkun, 2007).

Yukarıda açıklanan bilgilere dayanarak; sağlıklı aile her şeyin yolunda gittiği, hiçbir sorunun yaşanmadığı, her üyenin mutlu olduğu bir aile şeklinde hayal edilmemelidir. Aksine normal ailede de tasa, gelişim evrelerinde pozisyonel krizlerde

yaşanan zorlukları, sorunlar ve bunlarla sürekli bir mücadele söz konusudur. (Kerimoğlu, 1996). Bu durumlar karşısındaki duruşlarıyla sağlıklı ve sağlıksız aileler ayrılmaktadır.

Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips tarafından işlevlerini beklenen düzeyde yerine getiren aileler sağlıklı aile başka bir deyişle fonksiyonel aile, aile içi etkileşimin sağlıklı ve sürdürülebilir olmaması nedeniyle işlevlerini yerine getiremeyen aileler de fonksiyonel olmayan aileler (sağlıksız aileler) olarak tanımlanmıştır (Bulut, 1993).

- Fonksiyonel ailenin sekiz önemli özelliği şu şekilde sıralanabilir: Aile üyeleri birlikte olmaktan haz duyar, birbirlerini destekleyerek ve cesaret verirler.
- Birbirlerinin ve diğer insanların öznel görüşlerine saygı duyarlar.
- Birbirleriyle açık bir iletişim içinde olurlar.
- Genellikle aile üyeleri iş bitiricidir, iş yapmaktan kaçınmazlar.
- Evlilik anne-baba için birinci derecede, ebeveynlik ise ikinci derecede doyum kaynağıdır. Evlilik ilişkilerinde meydana gelen sorunlar, sorumlu ebeveynliği de etkileyecektir.
- Aile üyeleri birbirlerine yakın olmakla beraber, bireysel değişikliklere saygı duyarlar.
- Kişiler arasında kendiliğinden oluşan bir etkileşim vardır. Katı kurallar koymak yerine yeni deneyimlere açık olmayı tercih ederler.
- Davranış ve arzuların kontrolünden çok, her konuda işbirliği vardır. Otorite, aşırı kontrol ve üstünlük yoktur (Bulut, 1990).

Üyelerin bireysel gelişimini sağlayamayan ve psikolojik doyum sağlayamayan ailelerin, işlevlerini yerine getiremediklerine değinmiştik. Ümitsiz görünen ve sevgiden kaçan üyeler, işlevlerini yerine getiremeyen yani sağlıksız ailelerin dışı vurumudur.

Beavers'e göre fonksiyonel olmayan ailelerde şu özellikler gözlenmektedir:

- Üyeler karşılıklı iletişime kapalıdır. Dolaylı ilişkiler içindedirler.
- Genellikle üyelerde benmerkezcilik hakimdir. Bu da önce yalnızlık, sonra da buna bağlı olarak ümitsizlik yaratmaktadır.
- Kişiler karşısındakilere onların beklediği şekilde davranır. Böylece birbirlerinin gerçek özelliklerini bilemezler.
- Üyeler duygusal sorunlarını birbirlerinden saklamak için büyük çaba sarf ederler.
- Sahte davranışlar oluşur. Kişi gerçek ihtiyaçlarını zayıf veya güçlü görünerek saklamaya çalışır (Bulut, 1990).

### **1.3.5. McMaster Aile İşlevleri Modeli**

McMaster, klinik ortamda aile işlevselliğinin tüm boyutlarını kapsamasa da ailelerle çalışırken önemli olduğu düşünülen boyutları açıklamaktadır. Aileler her bir boyutuyla işlevselliğin etkililiğine göre değerlendirilmelidir. Ailelerin yapısını, düzenini ve etkileşimsel örüntüsünü ailede yaşanan sorunlarla ilişkili olarak anlamak için aile işlevselliğinin yedi boyutu belirlenmiştir.

McMaster Aile İşlevleri Modeli"ne göre ailenin işlevleri şu şeklide açıklanmıştır:

#### **1.3.5.1. Problem Çözme (Problem Solving)**

Bu boyut, sorunun ortaya çıkışından çözüme kavuşmasına kadarki süreci kapsayan, ailenin işlevlerini etkin bir biçimde yerine getirilebildiği, belirli düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Problem çözme işlevi en önemli işlevlerdendir ve günlük yaşamda karşılaşılan sorunların sağlıklı bir şekilde halledilmesi gerekliliğini kapsamaktadır. "Problem çözme" dediğimiz bu olgu ailenin sağlıklı olup olmadığını gösteren işlevlerden biridir. Ailenin bu işlevindeki asal amaç probleme neden olan konuya -işbirliği ve işbölümü- ile etkili çözüm yolları getirmektir. (Coşkun, 2007)

#### **1.3.5.2. İletişim (Communication)**

Ailenin işlevlerinden iletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi, istişare edebilme yetisi, özgürce fikir beyan edebilmeyi kapsar. Burada aile içinde iletişim kurup kurmama ve bu iletişimin düzeyi ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle aile üyeleri arasındaki sözlü iletişimin imalı olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan

ifade edip edemediklerini üzerinde durulmaktadır. Etkili ve sağlıklı iletişimin açık ve doğrudan olması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. (Coşkun, 2007).

#### **1.3.5.3. Roller (Roles)**

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. McMaster Aile İşlevleri Modeli ailenin kaynaklarını kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır. Buna ek olarak roller ile ilgili boyut görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilememesini de içermektedir. Başka bir deyişle, para, barınma, giyinme, yemek gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, besleme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. Fonksiyonlar, para-sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir (Çalışır, 2003).

#### **1.3.5.4. Duygusal Tepki Verebilme (Emotional Affective Responsiveness)**

Aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi olumlu duyguların yanında kızgınlık üzüntü, korku gibi olumsuz duyguları da içermektedir. Bir başka deyişle bu işlevini yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her türlü duygularını uygun bir şekilde sözle ya da hareketlerle ifade etmektedirler. Duygusal katılım çeşitli düzeylerde olabilir:

- Katılım olmayabilir.
- Zorunlu katılım vardır.
- Narsistik katılım vardır.
- Empatik katılım vardır.
- Sembiyotik katılım vardır.

#### **1.3.5.5. Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involvement)**

Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler, birbiriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevini yeterince yerine getiremiyor demektir. Aşırı ilgi, aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir.

### **1.3.5.6. Davranış Kontrolü (Behavior Control)**

Davranış kontrolü, ailenin üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu modelde psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu ele alınmaktadır.

### **1.3.5.7. Genel Fonksiyonlar (General Functions)**

Yukarıda ifade edilen altı boyutu da kapsayacak şekilde tüm işlevleri içerir (Bulut, 1990-1993).

Ailenin, toplumda sahip olduğu pek çok işlevi vardır ve bu işlevler zaman içinde değişikliğe uğramıştır. Hatta bazı işlevler zayıflamış kimisdi büsbütün yok olmuştur. Ortadan kalkan bu işlevlerin başka toplumsal sistemlerce üstlenildiğinde gözlemlenmiştir. Aile işlevleri konusunda çok değişik sınıflamalar mevcuttur (Çağan, 2016). Yapılan tüm sınıflamalardan hareketle ailenin işlevlerini şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ailenin biyolojik (üreme) işlevi,
- Ailenin psikolojik doyum sağlama işlevi,
- Ailenin ekonomik işlevi,
- Ailenin eğitim işlevi,
- Ailenin dini işlevi,
- Ailenin boş zamanları değerlendirme işlevi (eğlendirme ve dinlendirme işlevi)

Bazı modern aile fonksiyonları da şu şekilde belirtilmiştir (Murati, 2016) :

- Biyolojik fonksiyon: üreme fonksiyonu,
- Psikolojik fonksiyon: cinsiyet ve duygusal fonksiyon,
- Ekonomik fonksiyon,
- Ahlak ve eğitim fonksiyonu,
- Koruma fonksiyonu.



Bir başka kaynakta ailenin işlevleri şu şekilde açıklanmıştır:

- Çocukların sosyalleşmesi ve yetişmesini sağlama,
- Üyelere samimiyet ve ait olma duygusu verme,
- İsteyen yetişkinler tarafından cinsel ifade için güvenilir ve özel ortam yaratma,
- Özel alan ve tatil,
- Legal ve sosyal kimlik sağlama,
- Ekonomik birim olarak hizmet verme,
- Savunmasız aile bireylerini koruma ve kollama,
- Kamu kaynaklarına ihtiyaç durumunda aile üyelerine destek sağlama (Gülmez, 2016).

### **1.3.6. Aile İşlevlerini Etkilemesi Olası Etmenler**

Aile işlevlerinin fonksiyonları üzerinde ailenin demografik, sosyal ve ekonomik özellikleri ile ailenin yaşam döngüsü etkilidir.

#### **1.3.6.1. Ailenin Demografik ve Sosyal Nitelikleri:**

Ailenin demografik ve sosyal nitelikleri; hane halkının büyüklüğü, aile üyelerinin bir araya geliş koşulları, aile üyelerinin yaş-cinsiyet yapısı, öğrenim durumu, kır veya kent kökenli olmaları, ilk evlenme yaşı, yetişkin aile üyelerinin meslekleri olarak sıralanabilir (Bulut, 1993).

#### **1.3.6.2. Aile Üyelerinin Ekonomik Nitelikleri:**

Ailenin ekonomik nitelikleri; gelir, gider, tasarruf ve mülkiyet biçiminde belirtilebilir. Fişek, üst sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerle yaptığı bir çalışmada, bu ailelerde yapısal bir sorun olduğunu ortaya koymuştur. Bu ailelerin semptomatik şikayetleri olmasa da otorite, güç ve statü ilişkilerinde aşırıya varabilen bir bulanıklık, aile işlevlerinde değişiklikler ve hızlı değişimin söz konusu olduğunu ifade etmektedir (Fişek, 1992).

## 1.4. Dürtüsellik ( İmpulsivity )

### 1.4.1. Tanımlar ve Genel Bakış

Dürtüsellik, tanım olarak bakıldığında “düşünmeden hareket etme, anlık hareket etme sonucu düşünmeden eyleme geçme” olarak tarif edilebilir.

Psikiyatrik tanım olarak; istenmeyen sonuçlara ve uygun olmayan durumlara neden olan, zamansız ifade edilmiş, risk taşıyan ve süregelen davranış veya davranışlardır. Dürtüsellik, yalnızca öfke ve agresyon davranışlarını değil, engellenmeye karşı toleransın düşük olması ve plan yapmada güçlük gibi özelliklerini de yansıtmaktadır.

DSM-V içinde dürtüsel davranış örneklerine ve çeşitli psikiyatrik hastalıkların tanısında dürtüsellığe yer verilmesine rağmen; dürtüsellik açık bir şekilde ve tek başına tanım almamıştır. Bilimsel yazınlarda pek çok tanım bulunmaktadır.

Barratt ve Patton’a göre dürtüsellik, nörofizyolojik temele dayanan, bir davranışın ilişkisellik ve nihayetlerine uymada eksiklidir (Barrat, 1983).

Dickman, dürtüsel davranışı düşünmeden harekete geçme eğilimi olarak tanımlamıştır. Dickman dürtüsellığı fonksiyonel dürtüsellik ve disfonksiyonel dürtüsellik olmak üzere iki alt boyuta ayırmaktadır. Bu boyutlar:

- Disfonksiyonel dürtüsellik; kişileri zor durumda bırakan durumlarda çoğu insandan daha az öngörü ile hareket etme eğilimi
- Fonksiyonel dürtüsellik; durumun optimal olduğu zamanlarda az miktarda öngörü ile hareket etme eğilimidir. (Dickman, 1993).

Cloninger, dürtüsellığı yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı olarak tanımlamıştır (Cloninger, 1987). Moller ise lalanyazındaki bilgileri birleştirerek dürtüsellığe üç bileşenli bir tanımlama getirmiştir:

- Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma,
- Bilginin işlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki verme,
- Uzun dönemdeki sonuçlara önem verme eksikliği (Moller ve ark. , 2001).

Deneysel davranışçı yaklaşım ise dürtüsellığı, pek çok sonuç sunulduğunda hızlı ancak küçük ödülü, büyük ancak gecikmiş ödüle tercih eden bireylerin bir özelliğı olarak tanımlamıştır (Ainslie, 1975).

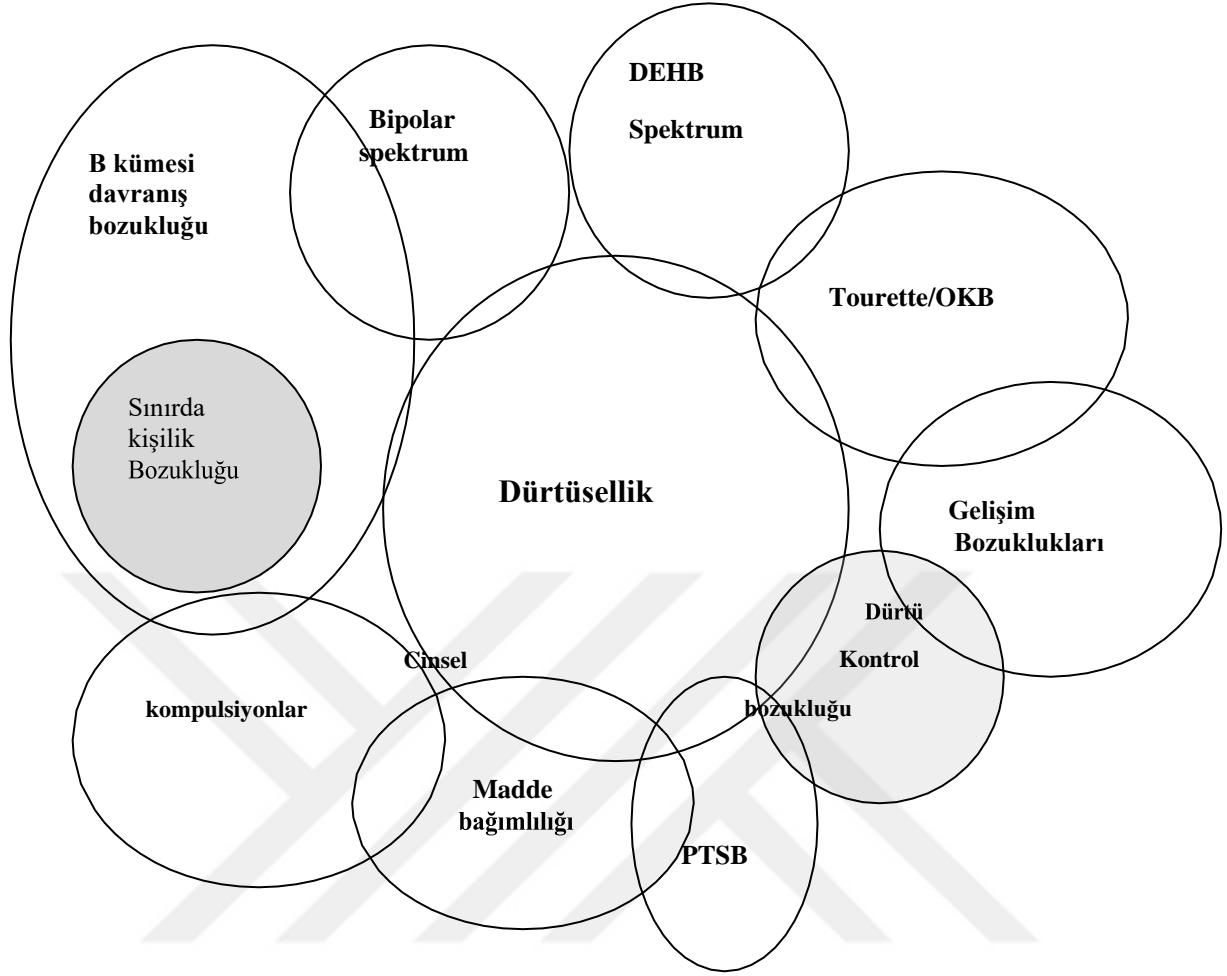
Yapılan araştırmalar dürtüsellığın çok yönlü olduğı görüşünü ortaya koyarak; dürtüsellığın sarmal bir kavram olduğı ve ayrıca kişilik boyutunu, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren birden fazla yönüyle varolan bir kavram olduğı söylenebilir (Evenden, 1999). Dürtüsellik tek başına bir eylem veya eylem örüntüsü olmaktan çok, eylem örüntüsünün bir parçası, bir yatkınlıktır (Moeller ve Ark.).

Dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşeni olarak kabul edilmektedir. İmpulsivitenin eşlik ettiğı psikiyatrik bozukluklar arasında antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, DEHB, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır. Bununla birlikte dürtüsellik; patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomanide tanı ölçütü olarak değerlendirilmektedir (Demirci ve ark. , 2016).

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin motor hareketlilikte artış, dikkat azalması ve planlamanın azalması şeklinde üç temel bileşeni vardır. Motor dürtüsellik düşünmeden yapılan eylemleri; bilişsel dürtüsellik hızlı ve düşünmeksizin bilişleri; plansız dürtüsellik ise geleceğı düşünmeden yapılan eylemleri içermektedir.

Dürtü kontrol bozukluklarında bu üç temel değişkenin değerlendirilmesinden sonra, altta yatan farklı mekanizmalara bağılı olarak dürtüsellığın farklı psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterdiğine dikkat çekilmiştir (Patton ve ark. , 1995).

Örneğin frontal lob hasarı aynı zamanda dikkat ve planlamayı da etkiler ve kişilik bozukluklarına yol açar. Yine motor aktivite artışı manide görülür ve maninin anahtar bulgusudur. Bu nedenlerle dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşenini oluşturmaktadır. Bunlar arasında; borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları gibi B kümesi kişilik bozuklukları, baskılanmanın ortadan kalktığı (dezinhibe) davranışlarla karakterize nörolojik hastalıklar, tıknırcasına yeme, bulimia ve parafililer gibi bozukluklar yer almaktadır (Özdemir ve ark. , 2012).



Şekil.1. Dürtüsel Bozukluk Spektrumu (Özdemir ve ark. , 2012).

## 1.4.2. Dürtüsellik Etiyolojisi

### 1.4.2.1. Psikodinamik Kurama Göre Dürtüsellik:

Dürtüsellikte yapılan eylemin sonucu düşünülmeden harekete geçme, sabırsızlık, risk alma davranışı görülmektedir. Bir başka deyişle eylemin başlatılması ya da sonlandırılmasında güçlük, tepki hızının dengelenmemesi, ani gelişen davranışın kontrolünde güçlük, amaca yönelik davranış geliştirememesi, geleceği görememe, hatayı farketmede güçlük, karar verme ve motivasyon değerlendirmesinde zorlanma olarak açıklanmaktadır.

Psikodinamik kurama göre dürtüsellik, içsel dürtülere yönelik azalmış ego (benlik) gücü nedeniyle oluşan stresi azaltmak amacıyla oluşan eylemdir. Bir başka deyişle dürtüsel davranış, anksiyete, suçluluk, depresyon ve bunlarla eşlik eden diğer negatif duyguların üstesinden gelmek için yararlanılan bir savunma mekanizmasıdır. İçsel

tehlikelere karşı öfke, madde kullanımı, yeme tutum değişiklikleri veya cinsel davranış ile doyum sağlanmaya çalışılır (Fenichel, 1945).

Kendilik psikolojisine göre ise dürtüsellik, düşük kendilik algısı ile ilişkilidir. Bakım veren veya yakın ilişkilerinde aradığı doyumunu ve güveni bulamayan kişiler örselenmişliklerinin üstesinden gelmek ve düşük benlik değerlerini düzeltmek için dürtüsel davranışlarda bulunurlar (Kohut, 1977).

Öyleyse psikodinamik kurama göre dürtüsellik oluşumunda erken çocukluk dönemindeki bağlanma paternleri, aile işlevi ve bakım verenlerle kurulan niteliğin büyük bir etiyolojik öneme sahip olduğu söylenebilir.

#### **1.4.2.2. Davranışçı Kurama Göre Dürtüsellik :**

Davranışçı kurama göre dürtüsellik, mizacın bir bileşenidir. Kagan ve arkadaşları, dürtüsellik, ödülle davranışsal ve fizyolojik yanıtı belirleyen biyolojik inhibisyondaki bir bozukluğun yol açtığını öne sürdüler. Bununla birlikte dürtüsel davranış, daha az fakat hızlı ödülü, ertelenmiş ancak daha büyük ödülle tercih etme olarak açıkladılar (Kagan ve Ark. , 1994 ).

Sosyal öğrenme kuramcıları, çevrede bulunan birbirinden bağımsız ve görece farklı öneme sahip uyaranlara verilen yanıtın, ödülle ulaşma yanıtını belirlediğini ve bu eylemin öğrenilmiş bir bileşeni de olduğunu belirttiler (Barrat, 1994).

Bilişsel kuramın gelişimi ile dürtüsellik sadece eylem değil, bilişsel bir bileşeni de olduğu fikri de öne sürüldü. Dürtüsellik, genetik temeli olan, inhibisyon ve karar almada rol oynayan beyin kısımlarının etkilendiği, öğrenilmiş davranışların da katkıda bulunduğu bir kavram olarak ele alındı (Arce, Requena, 2006).

Dürtüsellik kalıtımı üzerine pek çok aile çalışması ve genetik araştırma yapılmıştır. Çok yönlü kişilik envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada, dürtüsellik %45 oranında genetik faktörlere bağlı olduğu belirtilmiştir ( Pedersen ve ark. , 1988 ). Mizaç ve karakter envanteri kullanılan başka bir çalışmada ise bu oran %50 olarak bulunmuştur. Yanıt engelleme kullanıldığı bir ikiz gözlem çalışmasında, impulsivite davranışının 12 yaşında %30, 14 yaşında ise %51 oranda kalıtıldığı saptanmıştır. Bu durum araştırmacılarca dürtüsellik genetik etkinin yaşla orantılı arttığı şeklinde yorumlanmıştır (Anokhin ve ark. , 2011).

Maymunlarda üzerinde yapılan bir araştırmada, dürtüsellik, serotonin metabolizması ile ilişkili varyasyonlarla korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Bevilacqua ve Goldman, 2013). İnsanlarda nöroreseptör gen polimorfizmleri ve agresyon ile dürtüsellik araştıran çalışmalar yapılmış ve benzerlik gösteren veriler elde edilmiştir. Dürtüsellik oluşumunda pek çok nörokimyasal devre rol oynar. Dürtüsellikte rol oynayan temel nörotransmitterler serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA (gama amino bütirik asit)'dir. Araştırmacılar özellikle beyin serotonin düzeylerindeki düşüşü davranış baskılanmasının azalması ile ilişkilendirmişlerdir (Yazıcı ve Yazıcı, 2010).

Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks baskılanmanın kontrolü, seçme ve karar verme süreçlerinde görev alır. Dolayısıyla, frontal lob, özellikle de orbitofrontal korteks hasarı veya kanlanma azalması olan kişilerde hasarı erek yönelimli davranışın ve karar alma yetisi bozulur ve dürtüsellik sıklışır. (Özdemir ve ark. , 2012).

Ayrıca son dönem çalışmalarda, motor dürtüsellik ile bilişsel dürtüsellikte farklı beyin alanlarının rol oynadığı görüşü öne sürülmüştür. Bu görüşe göre davranışsal (motor) dürtüsellikte ventromediyal prefrontal, bilişsel dürtüsellikte(dürtüsel seçim) ise anterior singulat kortekste baskılama yetersizliği olduğu düşünölmektedir (Açar, 2016).

#### **1.4.3. Dürtüsellik ve Yeme Tutumları**

Dürtüsellik ana kriterleri:

- Madde bağımlılığı,
- Bozulmuş yeme tutumları
- Dikkatsiz davranışlar olarak saptanmıştır (Lieb, 2004).

Dürtüsel davranışların düzeylerinin olumsuz yeme davranışlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bilinmektedir (Hudson ve ark. , 2007). Araştırmacılar yeme bozuklukları ile mükemmeliyetçilik, özseverlik ve dürtüsellik gibi kavramlar arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Cassin ve ark. , 2005).Dürtüsellik yeme bozukluklarının gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir (Özdemir ve ark. , 2012).

Dürtüsellik ve olumsuz yeme tutumlarını araştıran 500 tanı almamış üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada, dürtüsellik ile düzensiz yeme tutumları arasında 15

anlamli iliŒki bulunmuŒtur (Culbert ve Klump, 2005). Yapılan baŒka bir araŒtırmaya göre; dürtüsel davranıŒ oranı yüksek olan bireylerin yemek yeme tutumunda artıŒ olabileceğine sonuçlar bulunmuŒtur (Guerrieri ve ark. , 2006).

Yapılan bir alıŒmada, dürtüsel kiŒilerin yeme davranıŒlarında bir takım bozulmalar meydana geldiği ve yüksek kalorili besinlere karŒı kontrol sağlamayıp, ilgilerinin arttığı belirtilmiŒtir (Annagür, 2010). Tıkınırcasına yeme bozukluğu ile obezite iliŒkisinden yola çıkılarak, sınırda kiŒilik bozukluğu ile de obezite arasında bir iliŒki olduğu savunulmaktadır (Sansone ve Sansone, 2013).

Son dönem alıŒmalarında obez kiŒilerin zayıf olan kiŒilere oranla daha dürtüsel oldukları sonucuna varılmıŒtır (Nederkoorn ve ark. , 2006; Annagür, 2010; Schag ve ark. , 2013).

## **1.5. Depresyon**

### **1.5.1. Tanımlar ve Genel BakıŒ**

Hipokrat tarafından tıp alanında tanımlanan ilk ruhsal bozukluklardan biri depresyondur. Hipokrat depresyonu "kara safra" olarak adlandırılmıŒ terim "melankoli" adı altında kullanılmıŒtır. Hipokra'a göre kara safra diye adlandırılan durumun grldği insanlarda "karasevdalı mizaç" etkilidir ve buna göre bu mizaca sahip olan bireylerde giriŒken duygusallık ön plandadır (Köknel, 2005).

Depresyon kelimesinin geliŒmediđi zamanlarda çoğu kiŒi depresyonu "ruhi buhran" olarak adlandırmıŒtır (Tan, 2008).

Depresyon, sözel ve veya davranıŒsal olarak kendini gösteren içinde bulunulan ya da kıŒkırtan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olay olan yineleyici ağır öfke patlamaları olarak tanımlanmaktadır (DSMV, 2014).

En az 14 gün boyunca özellikle haz ve ilgi duygusunun kaybıyla birlikte günlük aktiviteleri yerine getirmede isteksizlik ve azalma olan, odaklanmakta güçlük, uyku sorunları, iŒtah dengesizliklerinin eŒlik ettiği ve bunların yanı sıra kiŒinin kendisine ve hayata bakıŒ açısına karŒı aŒırı olumsuzluk algılarının olduğu, intihar dŒncelerinin ortaya çıkabileceği bir ruhsal bozukluktur (DSM V, 2013).

Fikir süreçlerindeki ağırlaşma sonucu bireylerin bilişsel düzeylerinde azalma ve hatırlama güçlükleri, zihinsel karşılaştırmada yavaşlama, düşüncede fakirleşme ve boşluklar meydana gelebilir. Bireyler kendisinde hissettiği bu olumsuz değişikliklerin bilincinde ise hezeyan ve acı hisseder. Bu durumlar depresyon olarak tanımlanmaktadır.

Ayrıca gamlanma, mutsuzluk gibi duygularla geçmişe yönelik bir kayıp algısının varlığı ile kendisini gösteren bir olgudur, depresyon. Depresyondaki kişilerin düşünceleri geçmişe dönüktür, değişiklik göstermez, bireysel yitirme temasıyla ilgilidir. Örneğin; bir sınavdan başarısız olan öğrenci “ben her zaman başarısız oldum zaten bir işe yaramam” gibi düşüncelere kapılır (Dürü, 1999). Öğrenilmiş davranış silsilesi ve olumsuz duyguların süreğenliği depresyonu artırmaktadır.

Bu tanımlamalara doğru orantılı olarak, depresyonun belirtileri göz önünde bulundurulduğunda en temel belirti " hiçbir şeyden zevk almıyorum" cümlesidir. Kişi önceden haz duyarak yaptığı şeylere karşı aynı ilgiyi duyamaz hale gelir. Bununla birlikte gelen belirti cümlesi "içimden hiçbir şey yapmak gelmiyor" tümcesidir. Kişinin hayatında sorumlu olduğu şeyleri artık yapmama veya yapamama hali görülmeye başlar. Özellikle çalışan bir bireyse işe gitme isteğini kaybolabilir; çalışıyor olsa bile verimi düşüktür (Tan 2008).

Depresyonda temel belirtilerin yanı sıra sık rastlanılan belirtiler ise uykusuzluk veya çok uyku hali, cinsel isteksizlik, yeme bozuklukları gibi belirtilerle ortaya çıkan çökkünlük hali olarak adlandırılır. Normal şartlarda geçirilen depresyon geçici olmakla beraber sık rastlanan bir ruh hali olarak da açıklanabilir. Depresyon her bireyde aynı etkiyi ve aynı şiddeti göstermez. Bu nedenle günlük işlevleri bozacak dereceye geldiğinde ruhsal hastalık olarak adlandırılır.

Fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel semptom ve sıkıntıların acıyla doğru orantılı olarak yükselişe geçtiği bir duygu durumudur, depresyon. Buna göre kişilerin fiziksel ve ruhsal durumları sosyal ortamlarından gelen tepkilere göre değişiklik gösterirken karşılıklarına gelen olaylara ve kişilere karşı verecekleri tepkiler farklılaşmaktadır. Bu sebeplere ve tedavi durumuna bakıldığı zaman depresyonun fazlasıyla karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülür.



Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığı zaman genel olarak depresyon sıklığı %9-20 arasında değişiklik gösterirken erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığına bakıldığında ise bu oran erkeklerde %8-12 kadınlarda %20-26 arasında değişiklik göstermektedir (ztrk, 2004).

Depresif bozukluklar, üzüntü, ilgi ya da haz yitimi, suçluluk duygusu ya da düşük öz değer, uyku sorunları ya da iştahsızlık, yorgunluk hissi ve zayıf konsantrasyon ile karakterizedir. Depresyon uzun süreli veya tekrarlayıcı olabilir; bireyin işte veya okulda işlev görme veya günlük yaşamla başa çıkma yeteneğini büyük lde bozar. şiddetli depresyonu suicide sebebi olabilmektedir.

WHO, depresif bozuklukları iki ana alt kategoride tanımlamaktadır:

**Majör Depresif Bozukluk:** Depresif duygu durum, ilgi kaybı ve keyif kaybı gibi belirtileri içerir. Depresif dönem semptomların sayısı ve şiddetine bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilir.

**Distimi:** Hafif depresyonun kalıcı veya kronik halidir. Distimi belirtileri, benzer depresif dönem için, belirtiler daha az yoğun ve daha uzun ömürlü olma eğilimindedir.

Dünya Sağlık rgt'nün 2015 yılında yayımladığı çalışmasında küresel nüfusun depresyon oranı% 4,4 olarak belirtilmiştir Depresyonun cinsiyet açısından dağılımı ise, kadınlarda (% 5.1) erkeklere göre daha yaygın (% 3.6) olarak tanımlanmıştır.

2018 yılı Dünya Sağlık Günü (7 Nisan) depresyonla mücadeleye adanmıştır. Dünya Sağlık rgt yayımladığı Depresyon ve Akıl Hastalıkları Raporu bize dünya çapında 300 milyondan fazla kişinin depresyonda olduğunu gösteriyor. Bu rakam, dünya nüfusunun yüzde 4.3'ünün depresyonda olduğunu gösterirken bir önceki seneye göre yüzde 18 artış olduğu da gözlemleniyor. Örgüt, bir bu kadar insanın daha anksiyete bozukluğu yaşadığını açıklarken, genelde bu iki rahatsızlığın birlikte görüldüğüne de açıklık getirmişti.

Raporda ilgi çeken bir başka nokta ise, yüzde 27 ile en çok depresyon vakasının yaşandığı bölgenin Güneydoğu Asya olduğu görülüyor. Onu yüzde 21 ile Batı Pasifik Bölgesi izliyor. (Euronews, 2017)

DSM V tanı kriterlerine göre depresyon bozuklukları ise birkaç ana başlık altında toplanmıştır (DSMV, 2014) :

- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu.
- Majör depresif bozukluk.
- Süregiden depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk).
- Premenstrüel disforik bozukluk.
- Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu.
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu.
- Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu.
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu.

Bu tanımlarla doğru orantılı olarak DSM V tanı kriterlerine göz atıldığında; depresyon bozukluklarında genel belirgin şikayetler, bunalma, gerginlik, odaklanma güçlüğü, taşkın duygudurum, uyku düzensizlikleri, yeme alışkanlıklarında değişim vb. olarak açıklanmıştır.

## **1.5.2. Kuramsal Çerçeve**

### **1.5.2.1. Psikanalitik Görüş**

Freud ve Abraham depresyonla ilgili psikanalitik görüş bildiren ilk kuramcılardır. Psikanalitik görüşte depresyonun en çok yas ile benzerlikleri üzerinde çalışılmıştır. Bu iki kavram arasındaki farklılıkları agresyonun bireyin kendine yönelmesi modeli ile açıklamaya çalışmışlardır. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybindan söz edilir. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benlikte geri itilir. Ancak bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinç dışı nefret, agresyon gibi olumsuz duygular da yer alır. Bu duygular nedeniyle -matemden farklı olarak- kişi suçluluk duyar, benlik saygısında düşme olur. Ayrıca introjekte edilen kişiye karşı duyulan agresyon-öfke bireyin kendisine yönelir. Bu da özkıyım davranışlarının sebebi olarak gün yüzüne çıkabilir. "Nesne kaybı" kavramı daha sonra genişletilmiştir. Depresyon için öne sürülen bu kavramda, kayıp yalnızca sevilen bir kişi değil; sevilen, değer verilen herhangi bir

canlı ya da cansız bir nesne, hatta soyut bir kavram için de kullanılabilir. Hatta bu kayıplar gerçek olabileceği gibi gerçek dışı, kişinin kayıp gibi algıladığı bir durum da depresyon yaşanabilir.(Yemez, 1998).

Benlik Psikolojisi tanımına göre, insanlarda kuvvetli, üstün, güvenilir, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Benliğin narsistik emelleri denilen bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleşmesini engelleyen durumlarla karşılaştıklarında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olabilmektedir (Yemez, 1998).

### **1.5.2.2. Bilişsel Görüş**

Beck'in Bilişsel Kuramı'na göre depresyonda temel patoloji cognitive alandadır. Yani bireyin sosyal alanı ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında taraflılıklar, çarpıklıklar, yanlışlıklar görülebilmektedir. Bu basmakalıp düşünce şemaları kişide kötümserlik, çaresizlik duyguları uyandırır (Beck, 1983).

Beck'in depresyon modeli 1960'lı yılların erken dönemlerinde başlayan sistematik klinik gözlemler ve deneysel çalışmalar sonucunda türemiştir. Klinik ve deneysel yaklaşımların karşılıklı etkileşimi modelin ve modelden türeyen psikoterapinin hızlı gelişmesine olanak sağlamıştır (Beck, 1976).

Beck, depresyonun psikolojik yapısını açıklamak için üç özgül kavram ileri sürmektedir:

- Bilişsel üçlü (cognitive triad),
- Şemalar
- Bilişsel hatalar (hatalı bilgi işleme) (Beck, 1987).

Otomatik bu düşünceler, farkına varmadan birdenbire akla gelirler; çarpıtılmış düşüncelerdir, gerçekleri tam olarak yansıtmazlar; engelleyicidir, depresyonun süreğenliğine neden olurlar, harekete geçmeyi engellerler; sorgulanmazlar, gerçeklerle uyumlu ve reelmiş gibi görünürler, bu nedenle doğru olup olmadıkları sorgulanmaz; direngendir, akıldan atılmaları zordur (Tuğrul, 1997).

### **1.5.2.3. Davranışçı Görüş**

İlk kez Seligman' ın köpeklerle yaptığı deneye dayanan “Öğrenilmiş Çaresizlik” görüşüne göre eğer hayvan kaçışının olmayacağı bir ortamda sürekli acı veren uyaranlara (elektrik şoku vb.) maruz bırakılırsa bir süre sonra kaçma davranışı veya girişimlerinden vazgeçer. Çünkü ne yaparsa yapsın kaçamayacağını ve çaresiz kaldığını görmüştür. Bu durum insanlardaki depresyonun özellikleri ile benzerlik gösterir. Sürekli baş edemedikleri yaşam stresörleri ile karşılaşan insanlarda da benzer biçimde çaresizlik duyguları ve bunun getireceği bir depresyon gelişir (Yemez, 1998).

### **1.5.3. Hastalık Öncesi Kişilik**

Depresyona yatkın kişiler genellikle kimseyi incitmemeye gayret ederler. Herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimlidirler. Olaylara ve insanlara karşı aşırı duyarlı, hassastırlar. Titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve/veya bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeliyetçi, gururlarına düşkün, agresyonu dışa vuramayan, çabuk etkilenen ve kuruntulu kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliğin göstergesidir. Bu özellikleri sebebiyle bu bireyler sevilirler, sayılırlar, başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu hayır diyememe, hep özverili olmaya çalışma, aşırı sorumluluk alma meziyetleri eziyet haline gelir. Kişi kendini ezilmiş, yenik düşmüş, birçok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissetmeye başlar (Öztürk, 2015).

### **1.5.4. Batı Toplumunu İle Doğu Toplumunda Depresyon Farkları**

Depresyonun çekirdek belirtileri olan depresif duygu durum ve anhedoni (haz yitimi), kültürden bağımsız görülmektedir. Batı toplumlarında kendini negatif öz bilinç ve öz kıyım düşünceleri fazla iken, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise somatik yakınmaların daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Doğu toplumlarında depresyonun çoğunlukla somatik semptomlarla seyrettiği ve suisid oranının batı toplumlarına oranla daha az olduğu raporlanmıştır (Yeşilbaş, 2008).

Gelişmekte olan ülkelerde depresyonu olan bireyler daha çok ağrı, sindirim güçlüğü, uyku sorunları, peklilik, kiloda değişiklikler, seksüel disfonksiyon, bitkinlik, tükenmişlik gibi fiziksel ve işlevsel belirtilerden yakınmaktadırlar. Yine bu ülkelerde, depresyonlu bireylerin bir kısmında paranoid hezeyanlar da gözlemlenmiştir (Öztürk, 2001 - Elbert ve Ark. , 2003).

Batı toplumlarında ise suisid oranı daha fazladır, örneğin ABD'de yılda yaklaşık 50.000 depresyon hastası kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Akman ve Ark. , 2007).

## **1.6. Anksiyete**

### **1.6.1. Tanımlar ve Genel Bakış**

Toplumda iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı vb şekillerde tarif edilmektedir. Anksiyete yakın gelecekte gerçekleşebilecek ya da gerçekleşebileceği şeklinde algılanan olası gerçek tehditlere verilen beklenen duygusal yakınmalar olup korku ve kaygıduygusu ile karakterizedir.

Anksiyete de çeşitli uyaranlara verilen emosyonel yanıtların düzenlemesinde bozulma söz konusudur. Bu duyguların çoğaldığı, uzun sürdüğü ve klinikte belirli bir olumsuzluk ya da sıkıntıya yol açtığı, toplumsal ya da mesleki alanlarda işlevsellikte düşüşe neden olduğu durumlarda da anksiyete bozukluğundan bahsedilecektir.

Bu bozukluklarda ortaya çıkan ve hemen her gün yaşanan emosyonel bilişsel ve bedensel yanıt denebilecek fiziksel belirtiler kişinin yaşamını olumsuz olarak etkiler. Ortaya çıkışında stres yaratan durumlar, yaşam stresörleri psikodinamik ve genetik faktörlerle birlikte, nörolojik bir bozukluktan çok potansiyel tehdit yaratan uyaranlara yanıt verme konusunda düzenleyici rolü olan nörobilişsel döngülerindeki işlev bozuklukları rol oynar.

Anksiyete (anxiety) kelimesi latince kökenli bir kelimedir ve boğulma anlamına gelen “angere” kelimesinden türetilmiştir (Köroğlu, 1997). Anksiyete, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşkelerin birlikteliği ile meydana gelir (Kutlu ve Ark. , 2016). Yeni çağda anksiyete; iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı, boğuluyormuş gibi olma ile ifade edilmektedir.

Anksiyete bireyin doğum anıyla başlayan, belirli bir düzeyde günlük yaşamını sağlıklı bir şekilde yürütmesi için gerekli olan bir duygu durumudur. Belirli bir düzeydeki anksiyete bireylerin kişisel gelişimini, yaratıcılığını, üretkenliğini pozitif yönde geliştirmesinden dolayı bireylerin iş ve sosyal yaşantılarında ki başarıları artar ve bireylerin kendilerine olan özgüvenlerinin artmasına yardımcı olur (Kocabaşoğlu, 2005).

Normal gelişimin bir parçası olan kısa süreli korkular ve kaygılar tüm yaşam evrelerinde görülmektedir. Analitik görüşe göre kaygı duymayan birey yoktur ve çeşitli kaygı türleri gelişimin evrelerinde görülmektedir. Örneğin, ayrılık anksiyetesi anne-çocuk arasındaki biyolojik birlik evresine, sevgi yitimi korkusu sabit nesne ilişkilerine, hadım edilme kaygısı Oidipus kompleksine, suçluluk duygusu üstbenlik oluşumu evresine denk gelmektedir (Freud, 1937/2013, akt.).

Anksiyete, tanımlanabilir ya da tanımlanamaz bir durum karşısında yaşanan; endişe duygusu ve birlikte eşlik eden bedensel uyarılma belirtileri ile karakterizedir. Çarpıntı, titreme, terleme, kas gerilimi gibi belirtiler yaşanır, anksiyete sonucunda kaçınma, saldırma gibi duyguları gelişebilmektedir. Anksiyetenin bir "ruhsal bozukluk" belirtisi olması şart değildir. Normal insanda da büyüme, değişme, yeni ve denenmemiş şeyleri deneme gibi olgular esnasında ortaya çıkabilir. Rahatsız edici ve yaşamı zorlaştırıcı kimi zaman travmalara neden olmuyorsa bireyin kendi kimliğinin ve hayatın anlamını bulmasına yardım edecektir. Gün boyunca, normal bir insanda da çeşitli olaylar veya düşünceler karşısında anksiyete gözlenebilir. Anksiyete kişiyi içsel ve dışsal tehditlere karşı uyarır; bu açıdan bakıldığında hayat kurtarıcı bir niteliği olduğu da söylenebilir. Tehditten korunmak ya da sonuçlarını azaltmak için kişiyi gereken adımları atması için hazırlar. Anksiyetenin bir ruhsal hastalık belirtisi olması için verilen uyarıya şiddet ya da süre olarak uygunsuz bir yanıt olması, sık tekrarlaması ve kişinin mesleki veya sosyal açıdan işlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir. Anksiyete belirtileri iki temel küme altında toplanabilir:

**1.6.1.1. Bedensel Belirtiler:** Otonom sinir sistemi hiperaktivasyonuna bağlıdır.

- Çarpıntı,
- Titreme,
- Terleme,
- Yüzde kızarma,
- Ateş basması,
- Nefes darlığı
- Bulantı yada karın ağrısı

- Baş dönmesi
- Sersemlik hissi,
- Düşecekmiş veya bayılacakmış gibi hissetme

#### **1.6.1.2. Ruhsal Belirtiler:**

- Unutkanlık,
- Aklın sisli, bulanık olması,
- Aşırı uyanıklık hali (hipervijilans),
- Depresonalizasyon,
- Derealizasyon,
- Dikkati toplayamama,
- Önemli olayları hatırlayamama,
- Düşünce duraklamaları, bloklar,
- Objektif düşünme güçlüğü,
- Nedenselleştirme güçlüğü,
- Kontrolünü yitirme korkusu,
- Başa çıkamama korkusu,
- Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu,
- Aklını yitirme korkusu,
- Başkaları tarafından yanlış değerlendirme korkusu.

Tüm anksiyete bozukluklarında bu belirtilerin bir kısmı veya tamamı görülebilir. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde başta nöradrenalin olmak üzere, serotonin ve GABA temel nörotransmitter sistemleridir. Ayrıca, özellikle panik bozukluğu olmak üzere, bu kişilerin sempatik sinir sisteminin dış uyaranlara aşırı tepki verdiği düşünülmektedir.

DSM V'te anksiyete (kaygı) bozuklukları başlığı altında aşağıdakiler yer almaktadır:

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm).
- Özgül Fobi.
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi).
- Panik Bozukluğu.
- Agorafobi.
- Yaygın Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu.
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu.
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu.
- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu.
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.

### **1.6.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi**

Anksiyete bozuklukları yüksek komorbiditeye sahiptir. Çeşitli alanlarda işlev bozukluklarına neden olur. Kişisel ve sosyo-kültürel özellikler, stresli yaşam olayları risk etkenleri arasındadır. Genellikle kronik ve inişli-çıkışlı bir ilerleyiş gösterir.

Türk Psikiyatri Derneği verilerine göre 15-55 yaş arasındaki toplam nüfusta en sık 5 hastalıktan biridir, anksiyete bozukluğu. Başlangıç yaşı kadınlarda daha erken ve tekrarlama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda anksiyetenin, kadınlarda genellikle erkeklere göre iki kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

2020 yılında yapılan WHO araştırmasına göre, kadınlarda ve gelişmekte olan toplumlarda yeti yitimine neden olan hastalık olarak ilk sırada depresyon ve anksiyete bozuklukları gösterilmektedir. Ayrıca, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi düşük topluluklarda anksiyete bozukluğu görülme riskini artmaktadır. Birinci basamakta en sık rastlanan psikiyatrik hastalık yaygın anksiyete bozukluğudur.



### **1.6.3. Psikolojik Varsayımlar**

#### **1.6.3.1. Psikoanalitik Görüş**

Psikodinamik kuramlara göre; anksiyete bozuklukları, normal büyüme ve gelişme evrelerinde yaşanan ve kişinin bir üst basamağa geçmesi için gerekli olan anksiyetelerin yeterince çözümlenmemesi sonucu ortaya çıkar ve süregelen hale gelebilir.

Anksiyete kişinin iç çatışması sonucunda oluşur. Bu çatışma benlik-alt benlik ya da benlik-üstbenlik arasında gelişebilir. Alt benlik bilincin kişiliğe dönük olmayan yönünü tanımlamak için kullanılır ve haz ilkesi doğrultusunda çalışır. Üst benlik ise benlik amaçları ve vicdandan meydana gelen toplumsal kişiliğimizdir. Üst benlik haz ilkesi ile çalışan alt benliğin dürtülerini gerçekleri tarafından engeller. Benlik, alt benlik ile üst benlik arasındaki bu çatışmayı çözümlenerek dürtüleri bastırırsa (represyon) sorun çözülür. Benlik, alt benlik ile üst benlik arasındaki bu çatışmayı çözümlenemezse, bu dürtüyü tehlike olarak algılar. Bütün bu çatışmalar bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna "serbest yüzen anksiyete" denir. Eğer bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir (Öztürk, 2004a; 2004b; Sungur, 2006).

#### **1.6.3.2. Varoluşçu Görüş**

Varoluşçu görüş anksiyeteyi, kişinin yaşamı manasız, amaçsız bulması ve bunun sonucunda içine düştüğü "hiçlik" duygusuna bağlamaktadır. Anksiyete varoluşunun bir hiç olabileceğinin, kendisini ve dünyasını tümünden yitirebileceğinin, hiç olabileceğinin bilincinde olma halidir. Korku, dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı oluşan kişinin varlığının dışına, dışsal olan bir tehlikeye karşı tepki olarak gelişirken, anksiyete ise kişinin doğrudan doğruya varoluşuna, özüne yönelik bir tehdit olarak varolur. Korku, başka duygular gibi incelenebilir fakat anksiyete, ancak varoluşa (dasein) tehdit olarak algılanabilir (Öztürk, 2004; Sungur, 2006).

#### **1.6.3.3. Davranışçı Görüş**

Davranışçı görüş anksiyeteyi öğrenme modeli ile açıklar. Bu görüşte anksiyetenin, özgül çevresel uyaranlara karşı genelleşmiş, koşullu bir cevap olarak ortaya çıkacağı savunulur. Buna göre bireyler, çocukluk çağından itibaren bakım verenlerin durumların ve olayların karşısında verdikleri tepkileri gözlemler ve öğrenirler. Bu öğrenme sürecine "sosyal öğrenme" denir. Davranışçı görüş, anksiyetenin ortaya çıkması için bir iç

çatışmanın olmasına gerek olmadığını savunur. Davranışçı görüşe göre anksiyetenin bir bozukluk olarak nitelendirilmesi, tehlikesi olmayan bir durumu tehlikeli olarak "algılamayı öğrenmek" ile ilişkilidir (Öztürk, 2004a; 2004b; Sungur, 2006).

#### **1.6.3.4. Bilişsel Görüş**

Bilişsel modele göre; anksiyete bozukluğu olan kişiler karşılaşılan bir durumun tehlike derecesini ve zarar görme ihtimallerini büyütme, kendilerinin tehdit ile baş etme yetilerini ise küçük görme eğilimindedir. Anksiyete içinde bulunan bireyler yaşanan ya da yaşanılacağını varsaydığı semptomları olandan daha fazla hissetmektedir.

Bilişsel görüşe göre, kişinin gerçeği hatalı ya da çarpık algılaması ve değerlendirmesi sonucu elde ettiği yanlış gözlemleri doğrultusunda ortaya çıkan abartılı ve gereksiz bir “tehdit ve tehlike beklentisi” olarak açıklama eğilimindedir. Yani anksiyete oluşmasının nedeni gelişen olay değil, kişinin bu olayı algılayış biçimiyle ilişkilidir (Öztürk, 2004; Sungur, 2006).

#### **1.6.3.5 Biyolojik Görüş**

Anksiyeteyi biyolojik yönden açıklayan kuramcılara göre anksiyete bozukluklarında sempatik aktivitenin arttığı bundan dolayı da fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Noradrenalin ve seratonin gibi bazı nörotransmitterlerin anksiyete oluştuğu esnada arttığı gözlemlenmiştir. Noradrenalin, seratonin gibi beyin kimyasallarının önemli rollerinin olduğu bilinmektedir. Gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmalarda beynin bazı bölgelerinin anksiyete ile ilişkili olduğuna dair veriler elde edilmiştir. Bunların dışında ise anksiyete bozukluklarında genetik bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (Öztürk, 2004; Sungur, 2006).

#### **1.6.4. Anksiyete Düzeyleri**

Anksiyete düzeyleri hafif, orta, şiddetli ve panik anksiyete olmak üzere kategorize edilmiştir.

##### **1.6.4.1. Hafif anksiyete**

Bireyin algılama alanı geniştir; daha uyanıktır ve kendi davranışlarını daha iyi gözlemleyebilir, bu bağlantılarını sözel olarak başka kişilere aktarabilir (Işık ve Taner, 2006).

Hafif anksiyete yaşıyan bireylerin konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Sözel olamayan davranışları gözlemlendiğinde de bireyin tetikte, güvenli ve göreceli olarak tehlikeden uzak olduğunu yansıtır (Nural, 2003; Işık ve Taner, 2006).

#### **1.6.4.2. Orta Derecede Anksiyete**

Bireyin güven duygusu azalmıştır, endişeli, korkmuş, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Algı alanı sınırlıdır (Işık ve Taner, 2006). Daha az görmek, duymak ve kavramakla beraber yöneltildiği zaman daha dikkatli olabilir. İşle ilgisi olmayan konuları dışarıda bırakabilir, ilgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki farkı görebilir (Nural, 2003; Işık ve Taner, 2006).

Konuşma hızı ve şiddeti çoğu kez artar, vücut pozisyonu sık sık değişir ve ara sıra göz teması kurabilir. Bu düzeyde anksiyetesi olan bireyler sorumluluk alma, iletişim, rol alma ve sosyal alanlarda bulunma konusunda çekimseldirler (Wittchen ve ark. , 2000).

#### **1.6.4.3. Şiddetli Anksiyete**

Bireyin algı düzeyi çokça zayıflamıştır (Işık ve Taner, 2006). Dikkatini ayrıntılar üzerinde toplayabildiği halde olaylar arasında bağ kuramaz hale gelir; fiziksel ve duygusal huzursuzluk içindedir. Yüksek sesle ve hızlı bir şekilde konuşur, göz teması zayıftır. Dışa vururmu, sözsüz davranışlar, elleri ovuşturma, yüzün buruşturulması ve aşağı yukarı yürümler şeklinde olabilir (Wittchen ve ark. , 2000; Nural, 2003).

#### **1.6.4.4. Panik Anksiyete**

En şiddetli derecedeki anksiyetedir. Birey odaklandığı konuyu çarpıtır ve abartır. Atak içindeki bireyde uyumun bozuklukları başgösterir. Bireyler panik duygusunu yaşamamak için olaylardaki kendilerine yönelen alanları görmezlikten gelir. Rahatlaması için yardıma ihtiyaç duyar. Bireyde korku, dehşet, dikkatsizlik görülebilir. Kişi kendisini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir (Nural, 2003; Işık ve Işık, 2006).

## **BÖLÜM II: YÖNTEM**

Çalışmanın bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanma yöntemi ve analize tabi tutulma süreci alt başlıklar halinde açıklanacaktır.

### **2.1. Araştırma Modeli**

Araştırma ilişkisel tarama yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Obezite çalışmanın bağımsız değişkeni, psikolojik belirtiler ise bağımlı değişkeni oluşturmaktadır. Tüm ölçekler ve alt ölçekleri ile yapılan ölçümlerle aralarında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Ayrıca demografik değişkenlerin ölçeklerden alınan puanlarda farklılaşmaya yol açıp açmadığına bakılmıştır.

### **2.2. Örneklem**

Örnekleme ise, 15.10.2017-15.01.2018 tarihleri arasında İstanbul ili Bağcılar İlçesine bağlı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Polikliniğine başvuran 109 obez tanısı almış kadın hastayla hasta yakını ya da görevli olarak hastanede bulunan ve basit tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen 103 sağlıklı kadın oluşturmaktadır.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada 6 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar:

#### **2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik veriler ile katılımcıların genel durumlarını sorgulayan 21 maddeden oluşan form ekte paylaşılmıştır (Ek: 2).

#### **2.3.2. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)**

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği İki bölümden oluşmaktadır. Hazan Shaver (1987) tarafından geliştirilen A, B, C şıklarını içeren ilk bölüm her biri sırasıyla erişkinleri güvenli, kaçınan ve ikircikli olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilen ikinci bölümü katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir. Bu bölümde 1,3,7,10,15 nolu sorular Güvenli Bağlanma, 2, 4, 8, 12, 13 nolu sorular

Kaçınan Bağlanma (Avoidant Style), 5, 6, 9, 11, 14 nolu sorular İkircikli Bağlanma (Ambivalent Style)'yı göstermektedir. Türkçe'ye uyarlaması Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sabuncuoğlu, 2006), (Ek:3).

### **2.3.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)**

#### **2.3.3.1. Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)**

Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device), Amerika Birleşik Devletleri'nde Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı Çerçevesinde geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini ölçen bir ölçü aracı olarak geliştirilmiştir. Aile Değerlendirme Ölçeği, daha önce geliştirilmiş olan Mc Master Aile İşlevleri Modelinin (Mc Master Model of Family Functioning-MMFF) klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır (Ek:4).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Mc Master Aile İşlevleri Modeli'nin (Mc Master Model of Family Functioning-MMFF) klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilen yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan altısı Mc Master Modeli'nin alt boyutlarıdır ve problem çözme (problem solving), iletişim (communication), roller (roles), duygusal tepki verebilme (affective responsiveness), gerekli ilgiyi gösterme (affective involvement), davranış kontrolü (behavior control) gibi aile işlevlerini içermektedir. Bir tanesi ise genel fonksiyonlar (general functions) olup genel aile işlevleri üzerinde odaklaşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir soru yedi alt ölçekten bir tanesine aittir. Soruların bazıları ailenin sağlıklı işlevlerini, bazıları ise sağlıksız işlevlerini tanımlamaktadır. Bu ölçekte Mc Master Modeli'ne göre olan soru sayısı, iletişim, problem çözme ve rol boyutlarının geçerliliğini arttırmak amacıyla boyutlar arası korelasyonu etkilemeyecek biçimde, 7 soru eklenerek 60 soruya çıkarılmıştır. Yedi alt ölçeğin işlevsel tanımları da aşağıda verilmiştir ( Epstein ve ark. , 1983).

- **Problem Çözme (Problem Solving):** Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Bu boyut sorunun ortaya çıkışından,

çözümlemesine kadar olan bir dönemi kapsamaktadır. ADÖ'de problem çözme ile ilgili ifadeler, ölçeğin 1, 2, 3, 4, 5. ve 6. sorularında yer almaktadır.

- **İletişim (Communication):** İletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi şeklinde tanımlanmaktadır. ADÖ'de ailenin etkili bir iletişim içerisinde olup-olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle aile üyeleri arasındaki sözlü iletişimin içeriğinin açık olup-olmadığı, aile içerisindeki bireylerin söylemek istediklerini doğrudan ifade edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişim açık ve dolaysız olmalıdır. ADÖ'de iletişim ile ilgili ifadeler, ölçeğin 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. sorularında yer almaktadır.
- **Roller (Roles):** Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıpları olarak tanımlanmaktadır. Mc Master Aile Dışlevleri Modeli, ailenin kaynakların kullanımı, bakıp-büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini yönetme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştiremediği üzerinde odaklanmaktadır. Buna ilave olarak rollerle ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak aile içerisindeki üyelere dağılımı ile görevlerin bu aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Bir başka ifade ile para, konut, giyim, yeme gibi maddi gereksinimlerin karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel olan bir aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. Dışlevler para-sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir. ADÖ'de roller boyutu ile ilgili ifadeler, ölçeğin 16, 17, 18, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 ve 26. maddelerinde yer almaktadır.
- **Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness):** Duygusal tepki verebilme, aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlar da yer almaktadır. Başka bir ifade ile bu işlevini yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle veya hareketlerle ifade edebilirler. Bu boyut ile ilgili ifadeler de ADÖ'nün 27, 28, 29, 30, 31 ve 32. maddelerinde yer almaktadır.
- **Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involvement):** Gereken ilgiyi gösterme

boyutu, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içermektedir. En sağlıklı aileler, birbirleri ile orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konuyla ilgili işlevini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir. ADÖ’de bu boyut ile ilgili ifadeler, ölçeğin 33, 34, 35, 36, 37, 38 ve 39. maddelerinde yer almaktadır.

- **Davranış Kontrolü (Behavior Control):** Davranış kontrolü, ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Ölçeğin bu alt boyutunda, psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt boyutta ele alınmaktadır. ADÖ’de bu alt ölçekle ilgili ifadeler, ölçeğin 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 ve 48. maddelerinde yer almaktadır.
- **Genel Fonksiyonlar (General Functions):** Genel fonksiyonlar boyutu, yukarıda tanımlanan ve açıklanan altı boyutu da içerecek şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bu boyuta ilişkin ifadeler ise ADÖ’ nün 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 ve 60. maddelerinde yer almaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeği’nde, değerlendirme şu şekilde yapılmaktadır: ADÖ’de seçeneklere, 1’den 4’e kadar puan verilmektedir. “Aynen katılıyorum” seçeneğini işaretleyenler 1 puan, “büyük ölçüde katılıyorum” seçeneğini işaretleyenler 2 puan, “biraz katılıyorum” seçeneğini işaretleyenler 3 puan ve “hiç katılmıyorum” şeklinde yanıt verenler de 4 puan almaktadırlar. ADÖ’de bazı maddeler olumlu, bazıları da olumsuz yönde hazırlanmış olduğundan bazı sorularda “aynen katılıyorum” yanıtı; diğer bazı sorularda da “hiç katılmıyorum” yanıtı sağlıklı olmayı göstermektedir.

ADÖ’nün değerlendirilmesinde, hesaplamada kolaylık sağlamak amacıyla sağlıksızlık gösteren sorulara verilen puanlar 5’ten çıkartılarak, değerlendirmede 1 puanın en sağlıklı yanıtı, 4 puanının ise en sağlıksız yanıtı göstermesi sağlanmaktadır. Her alt boyut için hesaplanan puanlar 4’e yaklaştıkça o boyut açısından sağlıksızlığın arttığı yorumu yapılmaktadır. Kuramsal olarak, 2 ayırt edici puan olarak belirlenmiştir. 2’nin altı sağlıklı, 2’nin üzeri sağlıksız aile işlevlerini göstermektedir (Bulut, 1990).

ADÖ’nün değerlendirilmesi, bu işlemler tamamlandıktan sonra her birey için bir boyuttan alınan toplam puanın, o boyuttaki soru sayısına bölünerek, ortalama puanın elde

edilmesi ile olmaktadır. Böylece her bir birey için yedi tane ortalama puan elde edilmektedir. Aile puanları ise bir ailedeki aile üyelerinin her boyut için almış oldukları puanların ortalaması hesaplanarak bulunmaktadır. ADÖ 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanmaktadır. Ölçeğin yanıtlanması ortalama 20 dakika sürmektedir. Eğitim düzeyi düşük ve okuma yazma bilmeyenlerde uygulamacılar tarafından okunması durumunda bu süre 30 dakikayı aşabilmektedir (Bulut, 1990).

#### 2.3.4. Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği

BIS-11 dürtüsellik görünümü değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü Likert ölçeği ile değerlendirilir. Plan Yapmama, Motor Dürtüsellik, Dikkatte Dürtüsellik şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu her bir alt ölçeğin altında 2 ölçek daha yapılandırılmıştır: Dikkat ve Bilişsel düzensizlik, Motor ve İnatlaşma, Öz kontrol ve Bilişsel karışıklık (Ek:5).

Yüksek BIS değerleri daha yüksek düzeyde dürtüsellik göstergesidir. Barrat (1989) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2008). Barrat dürtüsellik ölçeği 2. sıra faktör ve 1. sıra faktör puanları Tablo 3'te belirtilen madde toplamları ile elde edilmiştir. 2. sıra faktör olarak isimlendirilen 3 alt ölçek puanı (Dikkatte Dürtüsellik, Motor Dürtüsellik, Plan Yapmama) ve herbir alt ölçeğin altında 2 ölçekten oluşan 1. sıra faktör olarak isimlendirilen 6 adet alt ölçek puan toplamı hesaplanmıştır (Dikkat ve Bilişsel Düzensizlik, Motor ve İnatlaşma, Öz Kontrol ve Bilişsel Karışıklık):

**Tablo 6:** Barrat Dürtüsellik Ölçeğinde Alt Ölçek Faktör ve Maddeleri

2. Sıra Faktörler	1. Sıra Faktörler	Maddeler	Madde Sayısı
<b>Dikkatlilik- Dikkatte Dürtüsellik</b>	Dikkat	5, 9*, 11, 20*, 28	5
	Bilişsel düzensizlik	6, 24, 26	3
<b>Motor Dürtüsellik</b>	Motor	2, 3, 4, 17, 19, 22, 25	7
	İnatlaşma	16, 21, 23, 30*	4
<b>Plansızlık- Plan Yapmama</b>	Öz kontrol	1*, 7*, 8*, 12*, 13*, 14	6
	Bilişsel karışıklık	10*, 15*, 18, 27, 29*	5



### **2.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında depresyonlu hastalarda en sık görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilere yer verilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon belirtilerin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDÖ depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerine ağırlık veren, somatik belirtilere az vurgu yapan (yalnızca iştahsızlık, kilo kaybı ve libido azalmasına yer veren) bir ölçektir. Bu nedenle bedensel hastalığı olan kişilerde depresyonun taranması için uygun görülen bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerliği Tegin ( 1980 ) ve Hisli ( 1988 ) tarafından yapılmıştır. BDÖ 21 maddeden oluşan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri, 0 ile 3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek toplam puan ise 63'tür. Alınan puanın artması hastanın depresyon belirtilerinin düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Türklere genel olarak 15 ve üzeri puan depresyon olarak kabul edilmektedir (Ek:6).

### **2.3.6. Beck Anksiyete Ölçeği ( BAÖ )**

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. BAÖ, dört kendini değerlendirme maddesinin yer aldığı, Likert tipinde, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puan ile değerlendirilen ölçeklerdir. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri;0-17 puan düşük, 18-24 puan orta, 25 ve + puan yüksek derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu ölçek puanlarının yüksek olması depresyon ve anksiyetenin şiddetini gösterir (Ek:7).

## **2.4. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmada verilerin toplanması, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniğine başvuran -beden kitle ölçümleri yapılarak- obezite tanısı almış 109 kadın ile sağlıklı 103 kadına belirlenen ölçeklerin uygulanması yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Yapılacak çalışma öncesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kuruluna sunulan çalışma gerekli izinlerin alınması sonucu başlatılmıştır. Ayrıca tüm katılımcılardan gönüllü onam formu alınarak yapılan ölçeklerin cevaplanması 30-45 dk arası sürmüştür.

## 2.5. Verilerin Analizi

Araştırma verileri analiz edilirken; normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testler, normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesi için de nonparametrik testler kullanılmıştır. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Ayrıca korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analizlerde kullanılan testlerin tamamında hata payı (anlam düzeyi= $\alpha$ )  $\alpha=0.05$  alınmıştır.



## BÖLÜM III: BULGULAR

Bu çalışma İstanbul ili Bağcılar ilçesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniğine başvuran obezite tanısı almış hastalar ve obezite tanısı almayan (sağlıklı kontrol grubu sayılacaklar) bireyler üzerinde yapılmıştır.

Bu bölümde çalışmamıza ait bulguların istatistiki sonuçları ele alınmış ve tablolar halinde sunulmuştur.

### 3.1. Normal Dağılım Testleri

**Tablo 7:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>Barrat Toplam</b>	<b>ADÖ Toplam</b>	<b>BAÖ</b>
<b>Test Statistic</b>	,067	.089	,121
<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	,020 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 8:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>BDÖ</b>	<b>EBBÖ- Güvenli Bağlanma</b>	<b>EBBÖ Kaçınan Bağlanma</b>
<b>Test Statistic</b>	,098	.067	,060
<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	,000 <sup>c</sup>	,023 <sup>c</sup>	,064 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan BDÖ ve EBBÖ Güvenli Bağlanma verileri normal dağılım göstermezken;  $p > 0,05$  (  $0,064 > 0,05$  ) olduğundan EBBÖ Kaçınan Bağlanma verilerinin normal dağıldığı saptanmıştır.

**Tablo 9:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>EBBÖ İkiricikli Bağlanma</b>	<b>Barrat DÖ - Dikkat</b>	<b>Barrat DÖ - Bilişsel Düzensizlik</b>
<b>Test Statistic</b>	,063	.113	,179
<b>Asymp. Sig. (2- tailed)</b>	,039 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 10:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>Barrat DÖ - Motor</b>	<b>Barrat DÖ - İnatlaşma</b>	<b>Barrat DÖ - Öz Kontrol</b>
<b>Test Statistic</b>	,138	.140	,105
<b>Asymp. Sig. (2- tailed)</b>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 11:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>Barrat DÖ - Bilişsel Karışıklık</b>	<b>Barrat DÖ - Dikkatlilik - Dikkate Dürtüsellik</b>	<b>Barrat DÖ Motor Dürtüsellik</b>
<b>Test Statistic</b>	,081	,090	,115
<b>Asymp. Sig. (2- tailed)</b>	-,094	-,042	-,051

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 12:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>ADÖ - Roller</b>	<b>ADÖ - Duygusal Tepki Verme</b>	<b>ADÖ - Gereken İlgii Gösterebilme</b>
<b>Test Statistic</b>	,099	,100	,117
<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 13:** Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	<b>Barrat DÖ - Plansızlık-Plan Yapmama</b>	<b>ADÖ - Problem Çözme</b>	<b>ADÖ - İletişim</b>
<b>Test Statistic</b>	,074	,119	,088
<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	,007 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

$p < 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

### 3.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Veriler Açısından Dağılımı

**Tablo 14:** Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı

Gruplara Göre Dağılım	Kişi Sayısı	Yüzde
Sağlıklı Kontrol Grubu	103	48,6
Obezite Grubu	109	51,4
<b>Toplam</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

Tablo 14'e göre katılımcıların %48,6 sı (103 kişi) Sağlıklı Kontrol Grubu, %51,4'ü (109 kişi) Obez Grup üyesi olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin toplam sayısı 212 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 15:** Katılımcıların Yaşlara Göre Dağılımı

Yaşlara Göre Dağılım	Kişi Sayısı	Yüzde
18-25 yaş grubu	49	23,1
26-40 yaş grubu	89	41,9
41-65 yaş grubu	74	34,8
<b>Toplam</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

	Grup	Sıra Ortalaması	P
Yaş	Sağlıklı Kontrol Grubu	31,45±9,10	,000
	Obez Grup	39,66±10,82	

Tablo 15'e göre çalışmaya dahil edilen 212 kadın katılımcının %23,1 i (49 kişi) 18-25 yaş aralığındaki bireylerden %41,9'u (89 kişi) 26-40 yaş aralığındaki bireylerden %34,8'i (74 kişi) 41-65 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır.

$p < 0,05$  olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun yaş değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 16:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyete Göre Dağılım	Kişi Sayısı	Yüzde
<b>Kadın</b>	212	100,0

Tablo 16'ya göre katılımcıların %100,0'ü kadınlardan oluşmaktadır.

**Tablo 17:** Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Duruma Göre Dağılım	Kişi Sayısı	Yüzde
<b>Evli</b>	148	69,8
<b>Bekar</b>	64	30,2
<b>Toplam</b>	212	100

		Sağlıklı Kontrol Grubu	Obez Grup	Toplam	p
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	53 % 51,5	95 % 87,2	148 % 100	,000
	<b>Bekar</b>	50 % 48,5	14 % 12,8	64 % 100	

Tablo 17 'ye göre katılımcıların %69,8'i (148 kişi) evli, %30,2'si (64 kişi) bekar bireylerden oluşmaktadır.

$p < 0,05$  ( $p = ,000$ ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun medeni durum değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 18:** Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Eğitim Durumuna Göre Dağılım</b>		<b>Kişi Sayısı</b>		<b>Yüzde</b>	
<b>Okur – Yazar</b>		14		6,6	
<b>İlk</b>		73		34,4	
<b>Orta-Lise</b>		76		35,8	
<b>Yüksek</b>		49		23,1	
<b>Toplam</b>		212		100	

		<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	<b>Obez Grup</b>	<b>Toplam</b>	<b>p</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okur-Yazar</b>	0 %0	14 %12,8	14 %100	,000
	<b>İlk</b>	18 %17,5	55 %50,5	73 %100	
	<b>Orta-Lise</b>	44 %42,7	32 %29,4	76 %100	
	<b>Yüksek</b>	41 %39,8	8 %7,3	49 %100	

Tablo 18' e göre katılımcıların %6,6'sı (14kişi ) okur-yazar, %34,4'ü (73 kişi ) ilkokul mezunu bireylerden, %35,8'i ( 76 kişi ) ortaokul ve lise mezunlarından, % 23,1'i ise yüksekokul mezunu bireylerden oluşmaktadır.

$p < 0,05$  ( $p = ,000$ ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun medeni durum değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.



**Tablo 19:** Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Mesleklere Göre Dağılım	Kişi Sayısı	Yüzde
İşçi	33	15,6
Memur	4	1,9
Esnaf/Tüccar	1	,5
Ev Kadını	121	57,1
Öğrenci	18	8,5
Diğer	35	16,5
<b>Toplam</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

		Sağlıklı Kontrol Grubu	Obez Grup	Toplam	p
<b>Meslek</b>	<b>İşçi</b>	24 %23,3	9 %8,3	33 %100	0,979
	<b>Memur</b>	3 %2,9	1 %0,9	4 %100	
	<b>Esnaf/Tüccar</b>	0 %0,0	1 %0,9	1 %100	
	<b>Ev Kadını</b>	34 %33,0	87 %79,8	121 % 100	
	<b>Öğrenci</b>	16 %15,5	2 %1,8	18 %100	
	<b>Diğer</b>	26 %25,2	9 %8,3	35 %100	

Tablo 19' a göre toplam katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde %57,1 ( 121 kişi ) oranla en yüksek değer ev kadını bireylerin en yüksek değeri aldığı görülmüştür. Tablo 17'ye göre Sağlıklı Kontrol Grubu ile Obez Grup arasında meslek tercihleri karşılaştırılmış ve genel toplamda katılımcıların büyük bölümünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. ( Obez: 87 kişi - Sağlıklı Kontrol: 34 kişi )

$p > 0,05$  (  $p=0,979$  ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun mesleki dağılım değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 20:** Katılımcıların Kilo Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Kiloya Göre Dağılım</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>40-60 kilo aralığı</b>	60	28
<b>61-80 kilo aralığı</b>	62	29
<b>81-100 kilo aralığı</b>	63	30
<b>101-120 kilo aralığı</b>	21	10
<b>121-140 kilo aralığı</b>	6	3
<b>Toplam</b>	212	100

	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>
<b>Kilo</b>	<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	60,08±9,69	,000
	<b>Obez Grup</b>	92,53±14,88	

Tablo 20'ye göre katılımcıların %28'i ( 60 kişi ) 40-60 kilo aralığında, %29'u ( 62 ) 61-80 kilo aralığında,%30'u ( 63 kişi ) 81-100 kilo aralığında, %10 'u ( 21 kişi ) 101-120 kilo aralığında, %3'ü ( 6 kişi ) 121-140 kilo aralığında bireylerden oluşmaktadır.

$p < 0,05$  (  $p= ,000$  ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun kilo değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 21:** Sağlıklı Grup Üyelerinin Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Dağılımı

<b>Beden Kitle İndeksi</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>18,5'un altında (zayıf)</b>	13	6,3
<b>18,5-24,9 (normal kilolu)</b>	62	29
<b>25,0-29,9 (fazla kilolu)</b>	28	13
<b>Toplam</b>	103	48,3

Tablo 21' e göre katılımcıların BMI değerleri % 6,3' ünde ( 13 kişi ) 18,5 altı, % 29' unun (62 kişi ) 18,5-24,9 aralığında ( normal kilolu ), %13 'ünde 28 kişi ) 25,0-29,9 aralığında (fazla kilolu) olduğu saptanmıştır. Çıkan sonuçlar ışığında bu bireyler çalışmamızın sağlıklı kontrol grubunu oluşturmaktadır.

**Tablo 22:** Obezite Tanılı Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Dağılımı

<b>Beden Kitle İndeksi</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>30,0-39,9 (obez)</b>	85	40
<b>40,0 ve üzeri (morbid obez)</b>	24	11,7
<b>Toplam</b>	109	51,7

Tablo 22' ye göre katılımcıların %40'ında (85 kişi ) 30,0-39,9 aralığında (obez), %11,7'sinin ( 24 kişi ) 40,0 ve üzeri değerlerde ( morbit obez ) olduğu saptanmıştır. Çıkan sonuçlar ışığında bu bireyler çalışmamızın Obezite tanısı almış bireyler grubunu oluşturmaktadır.

**Tablo 23:** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BMI) Değerlerine Göre Karşılaştırılması

	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>
<b>BMI</b>	<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	22,71±3,50	,000
	<b>Obez Grup</b>	36,98±5,21	

$p < 0,05$  ( $p = ,000$ ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun kilo değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 24:** Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Sigara Kullanımına Göre Dağılım</b>		<b>Kişi Sayısı</b>		<b>Yüzde</b>	
<b>Evet</b>		45		21,2	
<b>Hayır</b>		167		78,8	
<b>Toplam</b>		212		100	

		<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	<b>Obez Grup</b>	<b>Toplam</b>	<b>P</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>	<b>Evet</b>	29 %28,2	16 %14,7	45 %100	,017
	<b>Hayır</b>	74 % 71,8	93 %85,3	167 %100	

Tablo 24' e göre tüm katılımcıların %21,2'sinin ( 45 kişi ) sigara kullandığı %78,8'inin ( 167 kişi ) ise sigara kullanmadığı saptanmıştır.

$p < 0,05$  ( $p = 0,017$ ) olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun sigara kullanım değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 25:** Katılımcıların Sigara Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı

<b>Sigara Kullanımına Sürelerine Göre Dağılım</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>1-10 Yıl</b>	27	12,8
<b>11-19 Yıl</b>	11	5,3
<b>20-31 Yıl</b>	13	6,00
<b>Sigara Kullanmayanlar</b>	161	75,9
<b>Toplam</b>	212	100

Tablo 25' e göre tüm katılımcıların %12,8'inin ( 27 kişi ) 1-10 yıl arası sigara içenlerden, %5,3'ünün ( 11 kişi ) 11-19 yıl arası sigara içenlerden, %6,00'sının ( 13 kişi ) 20-31 yıl arası sigara içenlerden oluştuğu saptanmıştır.

**Tablo 26:** Katılımcıların Sigara Bırakma Girişimlerine Göre Dağılımı

<b>Sigara Bırakma Girişimlerine Göre Dağılım</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Evet</b>	19	9,0
<b>Hayır</b>	192	91,0
<b>Toplam</b>	212	100

Tablo 26' ya göre katılımcıların son 6 ay içinde sigara bırakma girişiminde bulunanlar %9,0 ( 19 kişi ) olarak saptanmıştır.

**Tablo 27: Katılımcıların Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Hastalık Durumlarına Girişimlerine Göre Dağılım</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kalp Hastalığı</b>	8	3,8
<b>Hipertansiyon</b>	21	9,9
<b>DM Tip 2</b>	16	7,5
<b>Hiperlipidemi</b>	3	1,4
<b>Horlama</b>	23	10,8
<b>Hastalık Diğer</b>	68	21,5
<b>Herhangi Bir Hastalığı Olmadığını Bildirenler</b>	73	45,1
<b>Toplam</b>	212	100

		<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	<b>Obez Grup</b>	<b>Toplam</b>	<b>P</b>
<b>DM Tip 2</b>	<b>Var</b>	2 %1,9	14 %12,8	16 %100	,003
	<b>Yok</b>	101 %98,1	95 %87,2	196 %100	
<b>Horlama</b>	<b>Var</b>	3 %2,9	20 %18,3	23 %100	,000
	<b>Yok</b>	100 %97,1	89 %81,7	189 %100	

Tablo 27’ de katılımcıların %3,8’inin ( 8 kişi ) kalp hastası, %9,9’unun ( 21 kişi ) hipertansiyon hastası, %7,5’inin ( 16 kişi ) DM Tip 2 hastası, % 1,4’ünün ( 3 kişi ) Hiperlipidemi hastası, % 10,8’inin ( 23 kişi ) horlama sorunu olan bireyler olduğu

saptanmıştır. Diğer hastalıklara cevap veren bireylerin %21,5'lik ( 68 kişi ) dilimi oluşturduğu; herhangi bir hastalığı olmayan bireylerin ise %45,1'lik ( 73 kişi ) dilimi kapsadığı saptanmıştır.

$p < 0,05$  olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun DM Tip 2 değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

$p < 0,05$  olduğundan araştırmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı grubun Horlama değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.





**Tablo 28:** Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Psikiyatrik Tanı Durumlarına Göre Dağılım</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Anksiyete</b>	2	,9
<b>Anksiyete-Panik Atak</b>	1	,5
<b>Asabiyet</b>	1	,5
<b>Asertivite</b>	1	,5
<b>Bipolar Bozuklukluk</b>	1	,5
<b>Bipolar Duygu Durum Bozukluğu</b>	1	,5
<b>Cinsel İsteksizlik</b>	1	,5
<b>Depresyon</b>	18	8,5
<b>Depresyon- Anksiyete</b>	1	,5
<b>Depresyon-Panik Atak</b>	1	,5
<b>Depresyon, Anksiyete</b>	1	,5
<b>Depresyon, Anksiyete</b>	1	,5
<b>Duygu Durum Bozukluğu</b>	1	,5
<b>Kaygı Bozukluğu</b>	1	,5
<b>Kaygı Bozukluğu, Panik Atak</b>	1	,5
<b>Okb</b>	1	,5
<b>OKB, Depresyon</b>	1	,5
<b>Panik Atak</b>	4	1,9
<b>Tanı Almayan Toplam</b>	173	81,2
<b>Toplam</b>	212	100,0

Tablo 28’ de katılımcıların %18,8’i ( 39 kişi ) psikiyatrik tanı aldığını saptanmıştır. Depresyon ve depresyonla eşlik eden diğer hastalıkların yüzdesi diğer hastalıklara oranla daha yüksek görülmüştür.

**Tablo 29:** Katılımcıların İntihar Girişimlerine Göre Dağılımı

<b>İntihar Girişimlerine Göre Dağılım</b>	<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	<b>Obez Grup</b>	<b>Toplam</b>
<b>Evet</b>	7	8	15
<b>Hayır</b>	96	101	197
<b>Toplam</b>	103	109	212

Tablo 29' a göre Sağlıklı Kontrol Grubu ile Obez Grup arasında intihar girişiminin varlığı karşılaştırılmıştır. Sağlıklı Kontrol Grubu üyelerinden 7'sinin intihar fikri varken; Obez Grupta bu sayı 8'dir. Yapılan analize göre her iki grup karşılaştırmasında anlamlı fark bulunamamıştır.

**Tablo 30:** Katılımcıların İntihar Düşüncelerine Göre Dağılımı

<b>İntihar Düşüncelerine Göre Dağılım</b>	<b>Sağlıklı Kontrol Grubu</b>	<b>Obez Grup</b>	<b>Toplam</b>
<b>Evet</b>	17	22	39
<b>Hayır</b>	86	87	173
<b>Toplam</b>	103	109	212

Tablo 30' a göre Sağlıklı Kontrol Grubu ile Obez Grup arasında intihar düşüncesi karşılaştırılmıştır. Sağlıklı Kontrol Grubu üyelerinden 17'sinde intihar düşüncesi varken; Obez Grup üyelerinin 22'si intihar düşüncesi taşımaktadır. Yapılan analize göre her iki grup karşılaştırmasında anlamlı bulunamamıştır.

### 3.3. Verilerin Her İki Grupta Karşılaştırılması

**Tablo 31: Mann-Whitney Testi**

Ölçekler	Grup	Sıra Ortalaması	P	Z
BECK Depresyon Ölçeği	Sağlıklı Kontrol Grubu	95,85	,014	-2,459
	Obez Grup	116,56		
BECK Anksiyete Ölçeği	Sağlıklı Kontrol Grubu	96,48	,028	-2,193
	Obez Grup	114,91		

p değeri 0.014 olduğundan sağlıklı kontrol grubu ile obezlerin depresyon verileri açısından ortalamaya göre anlamlı bir fark vardır (  $p < 0.05$  ). Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde obez grubun depresyon skoru (116,56) daha yüksektir.

p değeri 0.028 olduğundan sağlıklı kontrol grubu ile obezlerin anksiyete verileri açısından ortalamaya göre anlamlı bir fark vardır (  $p < 0.05$  ). Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde obez grubun anksiyete skoru ( 114,91) daha yüksektir.

**Tablo 32: Mann-Whitney Testi**

Ölçekler	Psikiyatrik Başvuru	Sıra Ortalaması	P	Z
BECK Depresyon Ölçeği	Evet	124,73	,003	-2,975
	Hayır	97,89		
BECK Anksiyete Ölçeği	Evet	130,87	,000	-4,082
	Hayır	94,17		

$p < 0,05$  ( BDÖ: 0,003 < 0,005 - BAÖ: 0,000 < 0,005 ) olduğundan psikiyatrik başvuru yapan bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark vardır.

Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde Psikiyatrik başvuru yapan bireylerin anksiyete skoru (130,87) depresyon skorlarından (124,73) daha yüksektir.

**Tablo 33: Mann-Whitney Testi**

<b>Ölçekler</b>	<b>Psikiyatrik Tanı</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>BECK Depresyon Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	129,31	,010	-2,572
	<b>Hayır</b>	101,36		
<b>BECK Anksiyete Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	134,96	,001	-3,283
	<b>Hayır</b>	99,43		

$p < 0,05$  olduğundan psikiyatrik tanı alan bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark vardır.

Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde Psikiyatrik tanı yapan bireylerin anksiyete skoru (134,96 ) depresyon skorlarından (129,31) daha yüksektir.

**Tablo 34: Mann-Whitney Test**

<b>Ölçekler</b>	<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>BECK Depresyon Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	135,41	,017	-2,395
	<b>Hayır</b>	102,98		
<b>BECK Anksiyete Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	141,78	,003	-2,979
	<b>Hayır</b>	101,62		

$p < 0,05$  olduğundan ilaç kullanımı olan bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark vardır. Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde ilaç kullanımı yapan bireylerin depresyon skorları (135,41) ve anksiyete skoru (141,78 ) daha yüksektir.

**Tablo 35: Mann-Whitney Testi**

<b>Ölçekler</b>	<b>İntihar Girişimi</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>BECK Depresyon Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	143,00	,017	-2,392
	<b>Hayır</b>	103,72		
<b>BECK Anksiyete Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	142,00	,018	-2,371
	<b>Hayır</b>	103,24		

$p < 0,05$  olduğundan intihar girişiminde bulunan bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark vardır. Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde intihar girişiminde yapan bireylerin depresyon skorları (143,00) anksiyete skorlarından (142,00) daha yüksektir.

**Tablo 36: Mann-Whitney Test**

<b>Ölçekler</b>	<b>İntihar Düşüncesi</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>BECK Depresyon Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	152,12	,017	-5,144
	<b>Hayır</b>	96,22		
<b>BECK Anksiyete Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	141,51	,000	,000
	<b>Hayır</b>	97,95		

$p < 0,05$  olduğundan intihar düşüncesi bulunan bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark vardır. Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde intihar düşüncesi olan bireylerin depresyon skorları (152,12), anksiyete skorlarından (141,51) daha yüksektir.

**Tablo 37: Mann-Whitney Testi**

<b>Ölçekler</b>	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>Barrat DÖ Toplam</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	104,44	,635	-,475
	<b>Obez</b>	108,44		
<b>Barrat DÖ Dikkat</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	111,24	,270	-1,103
	<b>Obez</b>	102,02		
<b>Barrat DÖ Bilişsel Düzensizlik</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	101,36	,229	-1,204
	<b>Obez</b>	111,35		
<b>Barrat DÖ Motor</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	111,88	,212	-1,247
	<b>Obez</b>	101,42		
<b>Barrat Dö İnatlaşma</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	104,54	,646	-,460
	<b>Obez</b>	108,35		
<b>Barrat DÖ Öz Kontrol</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	106,83	,938	-,078
	<b>Obez</b>	106,18		
<b>Barrat DÖ Bilişsel Karışıklık</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	98,51	,063	-1,856
	<b>Obez</b>	114,05		
<b>Barrat DÖ Dikkatlilik-Dikkate Dürtüsellik</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	106,97	,914	-,108
	<b>Obez</b>	106,06		
<b>Barrat DÖ Motor Dürtüsellik</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	110,12	,402	-,839
	<b>Obez</b>	103,08		
<b>Barrat DÖ Plansızlık- Plan Yapmama</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	101,66	,263	-1,120
	<b>Obez</b>	111,08		

Tablo 37' ye göre yapılan analizler ışığında  $p > 0,05$  olduğundan veriler arasında istatistiki açıdan anlamlı fark yoktur.

**Tablo 38: Mann-Whitney Test**

<b>Ölçekler</b>	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>EBBÖ Güvenli Bağlanma</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	103,65	,509	-,660
	<b>Obez</b>	109,20		
<b>EBBÖ İkircikli Bağlanma</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	107,57	,804	-,248
	<b>Obez</b>	105,49		

Tablo 38'e göre yapılan analizler ışığında  $p > 0,05$  olduğundan veriler arasında istatistiki açıdan anlamlı fark yoktur.

**Tablo 39: T Testleri**

<b>Ölçekler</b>	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>F</b>
<b>EBBÖ Kaçınan Bağlanma</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	19,3883	,905	1,199
	<b>Obez</b>	19,4954		

Tablo 39' a göre  $p > 0,05$  olduğundan EBBÖ Kaçınan Bağlanma biçiminde obez bireyler ile sağlıklı bireyler arasında anlamlı fark yoktur.

**Tablo 40: Mann-Whitney Testi**

<b>Ölçekler</b>	<b>Grup</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	<b>P</b>	<b>Z</b>
<b>ADÖ Problem Çözme</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	104,66	,669	-,428
	<b>Obez</b>	108,24		
<b>ADÖ İletişim</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	100,58	,171	-1,368
	<b>Obez</b>	112,09		
<b>ADÖ Roller</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	105,40	,799	-,255
	<b>Obez</b>	107,54		
<b>ADÖ Duygusal Tepki Verebilme</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	101,22	,221	-1,224
	<b>Obez</b>	111,49		
<b>ADÖ Gereken İlgiyi Gösterebilme</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	103,08	,429	--,791
	<b>Obez</b>	109,73		
<b>ADÖ Davranış Kontrolü</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	100,29	,151	-1,437
	<b>Obez</b>	112,37		
<b>ADÖ Genel Fonksiyonlar</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	100,81	,188	-1,316
	<b>Obez</b>	111,88		
<b>ADÖ Toplam</b>	<b>Sağlıklı Kontrol</b>	117,00	,015	-2,423
	<b>Obez</b>	96,58		

Tablo 40 incelendiğinde yapılan analizler ışığında Aile Değerlendirme Ölçeği ve tüm alt ölçekleri (  $p > 0,05$  olduğundan ) arasında anlamlı bir fark yoktur.

Buna karşılık  $p < 0,05$  olduğundan ADÖ Toplam skoru istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösterir. Sağlıklı kontrol grubu ADÖ toplam skoru 117 iken obez bireylerin toplam skoru 96, olarak test edilmiştir.





Tablo 41' tan alınan veriler ışığında:

Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar ile EBBÖ toplam puanı arasındaki ilişki de  $r = 0,354$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Depresyon ile Erişkin Bağlanma Stilleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar ile ADÖ' den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,314$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Depresyon ile Aile İşlevleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar ile BDÖ'den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,423$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Depresyon ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar ile Anksiyete Ölçeğinden alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,663$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Depresyon ile Anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Beck Anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile EBBÖ toplam puanı arasındaki ilişki de  $r = 0,346$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Anksiyete ile Erişkin Bağlanma Stilleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Beck Anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile ADÖ den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,250$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Anksiyete ile Aile İşlevleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

Beck Anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile BDÖ alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,346$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf, ancak istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Anksiyete ile Barrat Dürtüsellik toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Beck Anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile Depresyon'da alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,663$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Depresyon ile Anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

EBBÖ ölçeğinden alınan puanlar ile Depresyon toplam puanı arasındaki ilişkide  $r = 0,354$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Erişkin Bağlanma Stilleri ile Depresyon arasında anlamlı ilişki vardır.

EBBÖ ölçeğinden alınan puanlar ile ADÖ den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,314$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Erişkin Bağlanma Stilleri ile Aile İşlevleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

EBBÖ ölçeğinden alınan puanlar ile BDÖ alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,186$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Erişkin Bağlanma Biçimleri ile Barrat Dürtüsellik toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

EBBÖ ölçeğinden alınan puanlar ile Anksiyete' den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,346$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Erişkin Bağlanma Stilleri ile Anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

ADÖ ölçeğinden alınan puanlar ile Depresyon toplam puanı arasındaki ilişkide  $r = -0,314$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği ile Depresyon arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.

ADÖ ölçeğinden alınan puanlar ile EBBÖden alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,247$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre ile Aile İşlevleri ile Erişkin Bağlanma Stilleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

ADÖ ölçeğinden alınan puanlar ile BDÖ den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,219$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile İşlevleri ile Barrat Dürtüsellik toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

ADÖ ölçeğinden alınan puanlar ile Anksiyete' den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,250$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile İşlevleri ile Anksiyete puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.

BDÖ 'den alınan puanlar ile Depresyon toplam puanı arasındaki ilişkide  $r = 0,423$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre, Barrat Dürtüsellik Ölçeği puanları ile Depresyon arasında anlamlı ilişki vardır.

BDÖ 'den alınan puanlar ile EBBÖ'den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,186$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi çok zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Barrat Dürtüsellik Ölçeği Erişkin Bağlanma Stilleri arasında anlamlı ilişki vardır.

BDÖ 'den alınan puanlar ile ADÖ'den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = -0,219$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Barrat Dürtüsellik toplam puanı ile Aile İşlevleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır

BDÖ 'den alınan puanlar ile Anksiyete' den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,346$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Barrat Dürtüsellik toplam puanı ile Anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41' e göre Barrat Dikkatlilik- Dikkate Dürtüsellik puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,401$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Barrat Dikkatlilik- Dikkate Dürtüsellik puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre Beck Depresyon puanı ile EBBÖ İkiriklikli Bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,458$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği İkiriklikli Bağlanma puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre ADÖ İletişim puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,442$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre ADÖ Duygusal Tepki Verebilme puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,407$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre ADÖ Gereken İlgiyi Gösterebilme puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,421$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği Gereken İlgiyi Gösterebilme puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre ADÖ Davranış Kontrolü puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,461$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 41'e göre ADÖ Genel Fonksiyonlar puanı ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,481$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre Aile Değerlendirme Ölçeği Genel Fonksiyonlar puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

## SONUÇ

Bu çalışma İstanbul ili Bağcılar ilçesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniğine başvuran obezite tanısı almış hastalar ve obezite tanısı almayan (sağlıklı kontrol grubu sayılacaklar) bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmamızda hem obezite tanısı almış bireyler ile sağlıklı kontrol grubu kadınlar arasında bağlanma, dürtüsellik, aile işlevselliği açısından farklılık olup olmadığını araştırmayı hem de ilişkili olabilecek faktörleri ( depresyon, anksiyete ) belirlemeyi hedefledik.

Araştırmamızın bu bölümünde istatistiki sonuçlar üzerine tartışarak -yapılan alanyazın araştırma verilerinin ışığında- bir sonuç gösterme ve önerilerde bulunmayı amaçladık.

Çalışmamız sosyodegrafik veriler açısından karşılaştırıldığında toplam katılımcılar ( n=212 ) dir. Katılımcı bireylerden %51,4 'ü ( n=109 ) obez tanısı alanlar, %48,6'sı (n=103 ) sağlıklı kontrol grubu üyelerinden oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin yaş ortalamaları incelendiğinde % 41,9'unun 18-25 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Ancak yaş ortalamaları her iki grupta karşılaştırıldığında obezite tanılı bireylerin yaş ortalamalarının ( 39,66 ) sağlıklı kontrollere oranla ( 31,4 ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların çalışmamızdaki obezite tanılı hastaların daha fazla evli oluşuna, daha fazla gebelik hikayesi bulunmasına, düzenli öğün seçimi açısından farklılaşmasına bağlanabileceği düşünülmüştür. Katılımcı bireylerin medeni durumu, mesleki dağılımı, eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde bu kanı desteklenecektir. Yapılan araştırmalarda sağlıksız yeme davranışı ve obezitenin tüm yaş aralıklarında görülebildiği; bireyin yaş almasıyla birlikte obezite görülme sıklığının da arttığı gözlemlenmiştir (Gümüşler, 2006; Parlak ve Çetinkaya, 2007).

Araştırmamız sonuçlarına göre, obez bireylerin eğitim düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü; ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, iş hayatına katılım oranları da daha düşüktü. Bu veriler ışığında Çalışmamızın sonuçları alanyazındaki çalışmaların sonuçlarına benzerdir.

Araştırmaya yalnızca kadın obez ve kadın sağlıklı kontroller dahil edilmiştir. Çalışmanın taslağı planlanırken cinsiyet ayrımı gözetmeksizin uygulanması kurgulanmış

ancak ön hazırlık aşamasında dahiliye polikliniğine kiloluluk şikayetiyle gelen hastaların neredeyse tamamının kadınlar olması nedeniyle çalışma tek cinsiyetle sınırlandırılmıştır. Tartışma kısmında bulguların çalışmaları büyük çoğunluğunda da cinsiyet farkı gözlemlenmeyen araştırmalardaki kadın örneklem yüzdesinin erkek örneklem yüzdesinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Aşırı kiloluluk ve obezite prevalansı incelendiğinde her iki cinsiyette de görüldüğü tespit edilmiştir; fakat kadınlarda görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erbaş, 2007; Peker ve ark. 2000). Obezite konulu başka araştırmalar incelendiğinde de cinsiyetin obeziteye etki ettiği ve kadın cinsiyetinin erkeklere oranla daha fazla risk faktörü olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin medeni durumları değerlendirildiğinde obez tanımlı katılımcıların %87,2'si evli iken sağlıklı kontrol grubunun %51,5'i evliydi. Evlilikle obezite arasındaki bu dolaylı ilişkiyle ikincil bir etken olabileceği düşünülebilir. Evlilik sosyal destek anlamında genellikle koruyucu olmakla birlikte, bazen aile içi sorunlar depresyon nedeniyle başvuruyu artıran nedenlerden biri olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

Yükseköğretim mezunu bireylerin %39,8'ini sağlıklı kontroller oluştururken; ilköğretim mezunu bireylerin %50,5'ini obez tanımlı bireyler oluşturmaktaydı. Ayrıca her iki grubun meslek seçimleri karşılaştırıldığında obezite tanımlı bireylerin %79,8'i (n=87) ev kadınıydı. Bu veriler ışığında obez bireylerin genelinde evlenme oranı daha yüksek ve eğitim düzeyi daha düşük; bununla birlikte iş yaşamında bulunma oranının sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu söylenebilir.

Psikiyatrik başvuruda bulunarak tanı almış bireylerin ( n=39 ) 18'i depresyon tanısı ile tedavi olurken; 5'i depresyon ve eşlik eden başka bir psikiyatrik tanıyla ( anksiyete, panik atak, OKB ) takip ediliyordu. Bizim çalışmamızdan elde edilen verilere göre obeziteye eşlik eden en önemli psikiyatrik tanımlar arasında depresyon ve anksiyete tespit edilmiştir.

Depresyon ve obezite tüm dünyada en sık rastlanan sağlık sorunu olarak göze çarpmaktadır. Son dönem çalışmalarında obezite ve depresyon arasında bir ilişki olduğu bulgulanmakta ancak tam olarak neden-sonuç ilişkisi saptanamamaktadır. Olumsuz yeme

tutumunun mutlak bir psikolojik nedene dayandırılması mümkün değildir ancak obezite ya da aşırı kiloluluğun geliştiği bireylerde psikososyal bozuklukların arttığı söylenebilir. Obezlerde en sık görülen sorunlar aşağılık duygusu, kendine güvende azalma, çekingenlik, sosyal hayattan soyutlanma, işsizlik, evlilikle ilgili problemler, sıkıntı ve depresyondur. Diğer yandan eşlik eden ilgi kaybı, fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite sorununda büyüme yol açmaktadır.

Toplumsal ortamlarda iş, evlilik ya da sosyal ilişkiler açısından obezlerin maruz kaldıkları ayrımcılık, onların özsaygısının azalmasına ve böylelikle depresyona daha açık hale gelmelerine de sebep olabilmektedir. Literatürde uzunlamasına yapılan çalışmalar incelendiğinde obezitenin depresyon riskini arttırdığı; aynı zamanda depresyonun obezite gelişimi için etkili bir faktör olduğu ile ilgili bulgulara rastlanmıştır.

Bizim çalışmamızda Obezite tanısı alan hastaların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek sonuçlarının herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgulanmıştır. Tablolar incelendiğinde sağlıklı kontrol grubu ile obezite tanılı hastaların depresyon verileri açısından ortalamaya göre anlamlı bir fark vardı (  $p < 0.05$  ). Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde obezite tanılı grubun depresyon skoru (116,56) daha yüksektir. Yine sağlıklı kontrol grubu ile obez hastaların anksiyete anksiyete verileri açısından -ortalamaya göre- anlamlı bir fark vardı (  $p < 0.05$  ). Sıra ortalaması değerleri incelendiğinde obezite tanılı grubun anksiyete skoru ( 114,91) daha yüksektir.

Yaptığımız alan yazın çalışmalarında yurtiçi ve yurtdışı çalışmalar taranmıştır. Buna göre, Özdel ve arkadaşlarının 2011 yılında Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda "Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı" konulu 55 obezite hasta ve 55 sağlıklı kontrol grubu kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada; tanılanmış psikiyatrik bozukluk oranları obez grupta %60 (s=33), kontrol grubunda %9.1 (s=5) olarak saptanmıştır. Obez grupta psikiyatrik bozukluk sıklığı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ( $\chi^2 = 37.162$ ,  $p < 0.001$ ). Obez kadınlarda en sık görülen tanıları sırasıyla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, komorbid depresyon ve anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, komorbid somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğu olarak tespit edilmiştir. Depresif bozukluklar sıklık



sırasına göre major depresif bozukluk, distimi, distimi ve üzerine eklenmiş major depresif bozukluk, major depresif bozukluk rekküran olarak belirlenmiştir. Obez grupta anksiyete bozuklukları 2. en sık görülen tanı grubuydu. Bu tanıları sıklık sırasına göre Fobik Bozukluk (sosyal fobi ve basit fobi), Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Posttravmatik Stress Bozukluğu olarak belirlenmiştir. Pınar'ın yaptığı Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı (BS) ve Beden İmajı (Bİ) Düzeylerini inceleyen araştırmasında da obezite tanılı grubun %42.5'i ve kontrol grubunun %35'i depresif bulunmuştur. Bu çalışmaya 87 obez tanılı 57 nonobez birey dahil edilmiştir. Bireylerin cinsiyet dağılımları incelendiğinde kadın katılımcıların oranı obezlerde %73,6, sağlıklı kontrol grubunda %71.9' dur. Ülkemiz alanyazınındaki bir başka çalışma olan, Özkan'ın 2017' de %38'i yeme bağımlısı olan hafif şişman/obez 100 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, yeme bağımlılığı olan popülasyonun Beck Depresyon skorlarının sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Onyike ve arkadaşlarının 3. Ulusal Sağlık ve Beslenme Anketi verilerine göre hazırladıkları bir çalışmada obez olan ve olmayan her iki cinsten bireyler karşılaştırılmıştır. Verilerin analizi ışığında tüm kadın katılımcıların obezite verileri ile depresyon değerleri arasında anlamlı ilişki olduğunu bulgulamışlardır. Dolayısıyla bu araştırmadan elde edilen veriler ile çalışmamıza ait sonuçlar uyumludur. Bu veriler ışığında çalışmamızın sonuçları ile bu araştırmalardan elde edilen veriler uyumludur. Ruhsal rahatsızlıklardaki obezite sıklığını ele alan bir çalışmada ise obezitenin en sık şizofreni ve depresyon hastalarında görüldüğünü ortaya koymuştur (Allison 2009). Zhong ve arkadaşlarının ( 2010 ), obezitenin depresyona katkıda bulunup bulunmadığı konusunda yaptıkları çalışmada orta yaşta bir toplumda obezite ve depresyon belirtileri arasında tutarlı bir ilişki gözlemlenmiş; obezitenin, “Depresif Duygudurum”, “Somatik Şikayetler” ve “Olumlu Etkiler” alanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Luppino ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında şişmanlığın ve obezitenin depresyonla ilişkisi taranmış depresyon ile obezite arasında iki yönlü ilişki bulgulanmıştır. Başka bir deyişle obezitenin depresyonu, depresyonun da obeziteyi tetiklediği bulgulanmıştır. Veriler ışığında depresyon ile obezite arasındaki ilişkinin aşırı kiloluluk ile depresyon arasındaki ilişkiden daha kuvvetli olduğu sonucuna varılmıştır. Gadalla ve Piran'ın 2008'de yaptığı, Kanada'daki Toplum Sağlığı Araştırması'nın (n = 20,211) Ruh Sağlığı ve İyi Olma Döngüsü İstatistiği aracılığıyla toplanan veriler, bozuk yeme

davranışı ile seçilen ruh hali, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Buna göre 3 gruba ayrılan yetişkin kadınlarda düzensiz yeme davranışı ile majör depresyon, madde bağımlılığı ve psikolojik sıkıntı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda çalışmamızın sonuçları ile alanyazın araştırma sonuçlarından elde ettiğimiz veriler benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızın analiz sonuçlarına göre Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiye rastkanmazken; Barrat Dikkatlilik- Dikkate Dürtüsellik puanları ile Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,401$  ve  $p < 0.05$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesi orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre, Barrat Dikkatlilik- Dikkate Dürtüsellik puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dürtüsellik ve BMI arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda, özellikle dürtüsellüğün plan yapmama ve dikkatsizlik gibi bilişsel yöndeki alt birimlerinin BMI artışı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu dürtüsellik sonucu özellikle obez bireylerin hazzı geciktirmede başarısız oldukları, ödülün gecikmesine dayanamadıkları, plan yapma yetersizliği nedeniyle o an gelecek küçük ödülleri (karbohidrat ağırlıklı bir yiyecek gibi), daha geç gelecek büyük ödüllere (sağlıklı yaşam, yaşam kalitesinde artış vb.) tercih edebilecekleri gözlenmiştir. (Yeomans ve Ark. , 2008 )Türkiye’de bu konuda yapılan bir çalışmada, BKİ değerleri yüksek ve normal olan bireyler karşılaştırılmış ve dürtüsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Aynı bireyler arasından MD’si olanlar BKİ’lerine göre gruplandırılmış, dürtüsellikle ilişkileri incelenmiş ve dürtüsellüğün BKİ’den çok depresyonla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada depresyon hastalarının ötimik olsa da, sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel oldukları, BIS-11 puanlarının istatistiksel olarak yüksek çıktığı saptanmıştır; nörokimyasal etkenler açısından ve diğer psikososyal yatınlık yaratan etkenlerin hem depresyon, hem de dürtüsellikte ortak olabilmesinin bu sonucu doğurabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmalar ile yaptığımız araştırmadaki veriler birbiriyle örtüşmektedir. Sarısoy ve arkadaşlarının (2013), hazırladığı Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüsellüğün Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi konulu araştırmada Morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontroller arasında dürtüsellik açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Çalışmaya 76 obezite hastası ve bu hastalarla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş 76 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen obez

kadınlar grubun % 75.0 'ini oluşturuken; sağlıklı kontrol grubu kadınların oranı % 68.4 olarak bildirilmiştir. Nederkoorn ve arkadaşlarının (2006 ), Obez Kadınlarda Dürtüsellik konulu çalışmalarında obez kadınların davranışsal bir ölçütle karşılık vermeyi engellemekte iken, öz bildirim önlemleri konusunda dürtüsel görünmemekte oldukları bildirilmiştir. Meule ve Platte tarafından (2015) Facets of İmpulsivity İnteractively Predict Body Fat and Binge Eating in Young Women adlı çalışmada dürtüsellik ile obezite arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Öztürk ve arkadaşlarının (2018) yaptığı Majör Depresif Bozukluk Tanısı ile Başvuran Hastalarda Beden Kitle İndeksinin Depresyon Şiddeti, Yeme Tutumu ve Dürtüsellikle İlişkisi konulu çalışmada 120 kişi ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %62.5'i (n=75) kadınlardan oluşmaktaydı. Bu çalışmada katılımcıların depresyon skorlarının BMI'e göre gruplandırılıp dürtüsellikle ilişkisine bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını saptamışlardır. Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızın veri sonuçları ile yapılan alan yazın araştırmalarındaki verilerin örtüştüğü söylenebilir. Bir başka alanyazın çalışmasında 24 obezite tanılı 32 sağlıklı kontrol grubu adölesan ile ERP kaydı sırasında standart gıda ve obje görüntülerini izlemek koşuluyla katılımcıların dürtüsellik ve yeme stilleri (istek özlemi ve diyet kısıtlaması) verileri ölçümlendi. Her iki grupta da daha yüksek dürtüsellik puanlarının, daha yüksek oranlarda yemek yeme isteği ile birlikte gittiği gözlemlendi. Bu araştırmada bizim -araştırmamızdan farklı olarak- dürtüsellikle obezite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar televizyon, video, bilgisayar oyunları veya internette geçirilen zamanın açık ya da subliminal mesajlarla gıda tüketimini destekleyebileceği ve yeme davranışını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmüştü; bu nedenlerle araştırma sonuçlarının farklılaştığını akla getirmiştir. Stop-Signal Task (SST), testi ile dürtüsellik ölçümlendiği bir başka çalışmada Obezite ve dürtüsellik arasındaki ilişki incelenmiş, obezite tanılı 511 genç yetişkinin dürtüsel davranışlar sergilediği gözlemlenmiştir (Chamberlain, 2015). Bu çalışmadan elde edilen verilerde bizim - çalışmamızdan farklı olarak- dürtüsellikle obezite arasında anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. Bunun nedeninin kullanılan dürtüsellik ölçüm aracının farklılığı ve katılımcı sayısının fazlalığı olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızın analiz sonuçlarına göre Erişkin Bağlanma Stilleri Ölçeğinden alınan sonuçlar doğrultusunda obezite hastalarının EBBÖ ikircikli bağlanma, kaçınan bağlanma, güvenli bağlanma stillerinden herhangi birini karşılamadığı sonucuna varıldı.

Buna karşılık kolerasyon tabloları incelendiğinde Beck Depresyon puanı ile EBBÖ İkircikli Bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkide  $r = 0,458$  olarak bulunmuştur. İlişki derecesinin orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Buna göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği İkircikli Bağlanma puanları ile Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır. Tarafımızca yapılan yerli ve yabancı kaynaklı alanyazın taramasında ise hem tezimizi destekleyen hem karşıt sonuçlar elde edilmiştir. Bu çelişkili sonuçların nedeni olarak çalışmalara ait yöntem farklılıkları, katılımcı sayısı, kültürel farklılıklar, aile yapısı farklılıkları, eşlik eden biyolojik ve psikolojik hastalıklar olabileceği öngörülmüştür. Alanyazında bu çıkarılamayı destekleyen verilere de rastlanmıştır. Obeziteyle psikolojik sorunlar arasındaki ilişki, araştırmacılar ve klinisyenler tarafından tartışılmaya devam etmektedir. Psikopatolojik tanımlarla yeme tutum bozuklukları arasındaki bağ, uluslararası alanyazında geniş yer bulmakta, bununla birlikte obezite konusunda yapılmış araştırmalar incelendiğinde obez bireylerin özellikleriyle ilgili çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Bu durum zaman zaman araştırma yöntemlerindeki eksikliklere bağlanmış, ancak bu eksikliklerin giderilmesi de bir fark yaratmamıştır. Çok sayıda araştırmacı obez kişilerde emosyonel bozukluklar, duygusal olgunlaşmamışlık, kişilik bozuklukları ve sosyal uyum veya işlev bozukluğu bulgularını ifade etmiştir. Bazı çalışmalarda, obez kişilerle normal kiloda olanlar arasında ciddi psikopatolojik bozukluklar bakımından anlamlı farklar olmadığını göstermiştir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Friedman'a (2002) göre, obez kişilerle yapılan çalışmalar, obezlerin, psikolojik semptomlar, psikopatoloji veya genel olarak kişilik özellikleri bakımından obez olmayanlardan farklı olmadıklarını göstermektedir. Bu çelişkili bulgular tutarsız bir durumu işaret etmektedir, yani obez olmanın etkisi kişiden kişiye değişmektedir. Obezite, bazı kişiler için ciddi psikososyal problemlere yol açarken, bazılarında hafif bir etki meydana getirmekte, bazılarında ise hiç sorun yaratmamaktadır (Friedman ve Brownell, 1995). Ülkemizde yapılan alan araştırmalarında, 100'ü obez tanımlı, 100'ü sağlıklı kontrol grubu bireylerden oluşan, toplam katılımcıların %50'sini kadınların oluşturduğu Obezite Olan ve Olmayan Bireylerde Benlik Saygısı ve Bağlanma Biçimi konulu araştırmada, obez olan kişiler ile obez olmayanlar arasında güvenli bağlanma biçiminde, kaçınan bağlanma biçiminde ve kaygılı-ikircikli bağlanma biçiminde anlamlı farklılıklar bulunmuş; obez bireylerin sağlıklı kontrollere oranla daha güvensiz bağlandığı

bildirilmiştir ( Aydoğan, 2017 ). Kieseewetter ve arkadaşlarının ( 2012 ) Attachment Style Contributes to the Outcome of Amultimodal Lifestyle İntervention konulu, % 91'i obez kadın katılımcılardan oluşan çalışmasında obezlerin daha güvensiz bağlandığına ilişkin veri bulunmadığını bildirmiştir ve bu veriler bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Alanyazın çalışması esnasında gözlemlediğimiz bir başka çıkarsama da son dönem çalışmaların obeziteden ziyade yeme bozuklukları ile bariatrik cerrahi hastaları üzerine yoğunlaştığıydı. Çalışmamızın tartışmasına katkı sağlayacağı düşünülerek bu alandaki analizlerden de örnekler vermenin diğer araştırmalara faydalı olacağı düşünüldü. Yeme bozukluklarında bağlanma paternlerinin değerlendirildiği çalışmalarda; Friedberg ve Lyddon (1996) 27 sağlıklı 17 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada yeme bozukluğu olan bireylerin bağlanma skorlarının, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ward, Ramsay, Turnbull ve Treasure (2000) anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, obezite ve EDNOS bireylerde yaptıkları çalışmada tanı alan grubun güvensiz bağlandığına ilişkin veriler olduğu bildirilmiştir. Anoreksikler (n = 37) ve bulimikler (n = 41) ile eşlenik sayıda sağlıklı kadın üzerine yapılan bir başka araştırmada kontrol olgularının ve yeme bozukluğu olan hastaların bağlanma biçimleri önemli ölçüde farklıydı ( Troisi ve Ark. , 2005 ). Bariatrik cerrahiye yönlendirilmiş 299 morrbit obez hastada bağlanma paternlerinin fiziksel aktiviteyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (= -.188, p <.001). Bariatrik cerrahiye yönlendirilmiş 195 obez hasta ile 195 sağlıklı kontrol grubu arasında 1 yıllık takip süresinde bağlanma paternleri incelenmiş ve obez bireylerin sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde kaygılı bağlandığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda, Obezite tanısı almış hastaların aile işlevselliklerinin kontrol örnekleme göre anlamlı düzeyde düşük olacağı öngörülmekteydi. Başka bir deyişle obez tanılı bireylerin Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının sağlıklı kontrol grubuna oranla daha yüksek olacağı öngörülmüştü. Yapılan analizler ışığında Aile Değerlendirme Ölçeği ve tüm alt ölçekleri (  $p > \alpha = 0,05$  olduğundan ) arasında anlamlı bir fark yoktu. Buna karşılık  $p < \alpha = 0,05$  olduğundan Aile Değerlendirme Ölçeği toplam skoru istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Sağlıklı kontrol grubu Aile Değerlendirme Ölçeği toplam skoru ( 117) iken obez bireylerin toplam skoru ( 96 ) olarak test edilmiştir. Alan yazın taramasında, Chen ve Kennedy'nin ( 2004 ) "Family Functioning, Parenting Style and Chinese Children's Weight Status" konulu çalışmalarında yetersiz aile işlevinin çocuklarda yüksek BMI değerleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma yaşları 8 ile

10 arasında değişen 163 obez çocuk ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Aşırı kilolu ve obez tanılı çocuk ve ergenlerde aşırı aile işleyişini konu alan bir gözden geçirme çalışmasında aile işleyişinin çocukluk çağı kiloluluk ve obezite ile bağlantılı olduğuna dair kanıtlar vardır; bunların ikisinde çocuk ve ergenlerde olumsuz sağlık sorunlarına işaret ettiği bildirilmiştir (Halliday ve Ark. , 2014). Ülkemiz alanyazınında yaptığımız araştırmalar sonucunda; 298 kız öğrenci üzerinde yapılan "Anormal Yeme Tutum ve Davranışlarının Aile Ortamı, Öz Güven ve Mükemmeliyetçilikle İlişkisi" konulu çalışmada anormal ve normal yeme tutum ve davranışları gösteren öğrenciler, ADÖ ve alt testlerine göre karşılaştırıldığında ise, özellikle aile içindeki rol ve sorumlulukların dağılımı bakımından anormal yeme tutum ve davranışları gösteren öğrencilerin, normal gruptakilere oranla, ailelerini daha sağlıksız olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (Alşan, 2005 ). Bu veriler araştırmamızın sonuçlarını destekler durumdadır. Çalışmamızda yapılan kolerasyon testi sonuçları ışığında Aile Değerlendirme Ölçeği ve ölçeğin alt itemlerinin - iletişim, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar - depresyon ile ilişkisi yükseğe yakın orta derecede anlamlı bulunmuştu. Bu konuda yapılan alanyazın araştırmasında; Palabıyıkoglu ve arkadaşarının (2012) yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunan, girişimi olmayan depresyon tanılı ve sağlıklı bireyleri ve ailelerini, aile işlevlerini algılama biçimlerine göre karşılaştırmışlardır. Aile Değerlendirme Ölçeğinin kullanıldığı araştırmada, intihar girişiminde bulunan grup, aile işlevlerini depresif ve normal gruptan daha bozuk algılamaktaydı. İntihar girişimi olan ve olmayan depresif ve normal bireyler diğer aile üyeleri ile karşılaştırıldığında intihar girişimi grubunda problem çözme, iletişim, duygusal tepki verme ve genel fonksiyonlar alt testleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Girişimi olmayan depresif grup diğer aile üyelerinden anlamlı olarak duygusal tepki verme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt testinde işlevleri bozuk algılamaktadır. Normal grupta ise diğer aile üyeleri karşılaştırıldığında alt testler açısından anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ayaz ve arkadaşarının hazırladığı (2012) çalışmada Somatoform bozukluk tanılı 33 genç yaş eşleniği gözetilerek herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan 28 genç ile ve tüm katılımcıların anneleri ile karşılaştırıldı. Aile Değerlendirme Ölçeği anne formunda roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçeklerinde vaka grubunun daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. 565 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada, %22'si kız, %11'i erkek

öğrencilerin yaşamış oldukları aile ortamları, yeme tutumları ve obezite durumlarının ölçümlenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler ışığında aile ortamının anormal yeme davranışı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Aile ortamındaki sağlıklı birliktelik, aile üyelerinin birbirleriyle olan uyumunu, paylaşımlarını, karşılıklı desteğin ve bağlılığın seviyelerini belirlemektedir. Aile içi denetim ise, kuralları ve aile içi ilişkilerdeki katılığı yansıtmaktadır. Yapılan bir araştırmada, aile ortamındaki düşük bağlılığın (Ackard ve Neumark-Sztainer, 2001) ve yüksek çatışmanın anormal yeme davranışı orantılı olduğunu göstermektedir (Stern ve diğ., 1989; Vidovic ve Ark., 2005). Felker ve Stivers'ın (1994) 393 adölesan ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ailede bağlılığın düşük ve kontrolün yüksek düzeyde olması bozuk yeme tutumu için risk faktörü olarak görülmüştür. Tüm bu çalışmalar ışığında çalışmamızın veri analiz sonuçları alanyazın bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmamızın nihai amacı için yapılan analizlere göre alan çalışanlarına ve araştırmacılara önerilerimiz şunlardır;

Obezitenin dünya genelinde artan ve mortalite riski olan bir sağlık sorunu olması nedeniyle çok merkezli, ortak metodolojili ve katılımcı sayısının daha yüksek olduğu araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu konudaki alanyazın tarandığında araştırmaların ortak probleminin yaş cinsiyet eşleniğini sağlamak olduğu tespit edilmiştir. Yeni araştırmacılara bağlanma paternleri incelenirken yakın ilişkilerde yaşantılar ölçeği ya da diğer bazı bağlanma ölçekleri kullanarak ölçümlenmeleri tavsiye edilebilir.

Yine dürtüsellik ölçüm araçlarının ‘‘Stop Signal Test‘‘ vb. çeşitlendirilmesinin ve/veya geliştirilmesinin faydalı olacağı önerilir. Araştırmamızda obezite tanılı grubun aileyi değerlendirme verilerinin sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu sonucuna varılmıştı. Bu sonuçlar ışığında obezite tanılı hastalarda, hastalığın tespiti ve tıbbi tedavi yöntemlerinin belirlenmesinin yanında hastalığın gelişiminde rolü olduğu tespit edilen aileyi değerlendirme, ailenin işlevleri ve fonksiyonları vb. gibi konularda araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Gerek yaptığımız çalışmada gerek alanyazın taramalarında aile işlevleri konusunda yapılmış çalışmaların genelde çocuk ve adölesan grupta olduğu gözlemlendi. Araştırmacıların aile değerlendirme araştırmalarını genç yetişkin, yetişkin ve ileri yetişkinlere yönlendirmeleri önerilebilir.

Araştırmacıların halk sağlığı ve aile hekimliği sistemi üzerinden obezite hastalarının yaşadığı toplumsal etiketlenmeyi ve polikliniğe başvuruların daha çok kadın hastalar olmasını göz önünde bulundurarak erkek hastalara ulaşmayı kolaylaştırıcı yöntemlerin geliştirilmesine n ayak olmaları önerilebilir.

Bir başka husus ise obezite tanılı bireylerin sosyal yaşamda ve iş hayatında karşılaştıkları sorunlardır. Bu sorunlara çeşitli kurum ve kuruluşlarca (sivil toplum kuruluşları, meslek odaları vb.) zmler üretilmesi, algı çalışmaları yapılması önerilebilir.





## KAYNAKÇA

- Aarts, F.ve Ark. ( 2014 ). Coping Style as a Mediator Between Attachment and Mental and Physical Health In Patients Suffering From Morbid Obesity. *Int'l. J. Psychiatry In Medicine*. Vol. 47(1) , 75-91.
- Ackard, D. M. ve Sztainer, D. N. ( 2001 ). Family Mealtime While Growing Up: Associations With Symptoms of Bulimia Nervosa. *Eating Disorders*. 9, 239-249.
- Açar, M. ( 2016 ). Alkol ve Kannabis Bağımlıları ile Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
- Ainslie, G. (1975). Specious Reward: A Behavioral Theory of İmpulsiveness and İmpulse Control. *Psychological Bulletin*. 82, 463-498.
- Akman, C. , Uğuz, F. ve Kaya, N. ( 2007 ). Postpartum Başlangıçlı Majör Depresyonun Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi. *14. Sosyal Psikiyatri Kongresi*, İstanbul. 168-169.
- Aktaş, M.A. ( 2005 ). *Ailelerle Çalışma, Aile Danışmanlığı El Kitabı*. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. 27-39.
- Allison, D.B. , Newcomer J. W. , Dunn, A. L. ve Ark. ( 2009 ). Obesity Among Those With Mental Disorders: A National Institute of Mental Health Meeting Report. *Am J Prev Med*. 36, 341-350.
- Alşan, Z. Ç. ( 2005 ). Anormal Yeme Tutum ve Davranışlarının Aile Ortamı, Öz Güven ve Mükemmeliyetçilikle İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE.
- Annagür, B. B. , Orhan, F. , Özer, A. , Tamam, L. ve Erhan, Ç. ( 2012 ). Obezitede Dürtüsellik Ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 49, 14-19.
- Annagür, B. B. ( 2010 ). Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri Ve Dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2, 4.
- Anokhin, A. P. , Golosheykin, S. , Grant, J.D. , Heath, A. C. ( 2011 ). Heritability of Delay Discounting in Adolescence: a Longitudinal Twin Study. *Behav. Genet*. 41, 175–183.
- Arce, E. ve Requena, C. S. ( 2006 ). Impulsividad: Una Revision. *Psicothema*. 18 ( 2 ) , 213-220.
- Ayaz, A. B., Ayaz, M. , Fiş, N. P. , Güler, A.S. ( 2012 ). Gençlerdeki Somatorform Bozukluklarda Kaygı Düzeyi, Annenin Bağlanma Biçimi ve Aile İşlevselliği. *Klinik Psikiyatri*. 15, 121-1.

- Aydoğan, H. ( 2017 ). Obezite Olan ve Olmayan Bireylerde Benlik Saygısı ve Bağlanma Biçimi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. 114.
- Bal, H. ( 1995 ). *Turizmin Kırsal Toplumda Aile İçi İlişkilere Etkisi*. İstanbul: Doğa-İnsan Yayınları.
- Baltaş, A. ( 1993 ). Eğitim Başarısını Yükseltmede, Sağlıklı ve Mutlu İnsanlar Yetiştirmede Ailenin Rolü. Yavuzer, H. (Der.). *Ana-Baba Okulu*. 157-194. 4. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barratt, E. S. ( 1994 ). Impulsiveness and Aggression. *Violence and Mental Disorder: Developments In Risk Assessment*. 1, 61-79.
- Barratt, E. S. ve Patton, J.H. ( 1983 ). Impulsivity: Cognitive, Behavioral, and Psychophysiological Correlates, In: Zuckerman, M. ( Ed. ). *Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale NJ. 77, 116.
- Bartholomew, K. ve Horowitz, L. M. ( 1991 ) Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of a Four-Cate Gory Model. *J Pers Soc Psychol* . 61, 226-244.
- Beck , A. T. ( 1976 ). *Cognitive Therapy And The Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. ( 1983 ). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. , Rush, A. J. , Shaw, B.F. ve Emery, G. ( 1987 ). *Cognitive Therapy Of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. , Epstein, N. , Brown, G. ( 1988 ). An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol*. 56, 893-7.
- Becker, B.J. ( 1960 ). The Obese Patients in Psychoanalysis. *American Journal of Psychotherapy*. 14, 322.
- Belsky J. ( 2002 ). Developmental Origins Of Attachment Styles. *Attachment & Human Development*. 4, 166- 170.
- Bevilacqua, L., ve Goldman, D. ( 2013 ). Genetics Of Impulsive Behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 368 ( 1615 ).
- Bifulco, A. ve Ark. ( 2006 ). Adult Attachment Style As Mediator Between Childhood Neglect/Abuse and Adult Depression and Anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41, 796-805.

- Bilgin, V. ( 1991 ). *Yapısal Özellikleri İtibariyle Ailelerin Görünümü. Türkiye’de Aile Yıllığı*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.
- Bowlby, J. ( 1969 ). *Attachment and Loss*. London. Ed. : Press, H.
- Bowlby, J. ( 1998 ). *Attachment and Loss*. Vol. II. *Seperation, Anxiety And Anger*. Australia. Pimlico.
- Bowlby, J. ( 1973 ). *Attachment and Loss ( Vol. 2 ). Separation*. New York: Basic Books.
- Bulut, I. ( 1993 ). *Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları.
- Bulut, I. ( 1990 ). *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*. Ankara: Özgüzelış Matbaası.
- Bulut, I. ( 1993 ). *Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. 15.
- Bychowski, G. ( 1950 ). On Neurotic Obesity. *Psychoanalysis Reviews*. 37, 301-319.
- Cassin, S. E., ve Von Ranson, K. M. ( 2005 ). Personality and Eating Disorders: A Decade in Review. *Clinical Psychology Review*. 25 ( 7 ), 895-916.
- Castelnuovo-Tedesco, P. , Schievel, D . ( 1975 ). Studies Of Super Obesity, I: Psychological Characteristics Of Super Obese Patients. *Int J Psychiatry Med*. 6, 465-480.
- Chamberlain, S. R. , Derbyshire, K. L . , Leppink, E. ve Grant, J.E. ( 2015 ). Obesity and Dissociable Forms of İmpulsivity in Young Adults. *CNS Spectrums*. 20, 500–507.
- Chen, J. and Kennedy, C. ( 2004 ). Family Functioning, Parenting Style and Chinese Children’s Weight Status. *Journal of Family Nursing*. 10 ( 2 ), 262-279.
- Cloninger, C. R. ( 1987 ). *Neurogenetic Adaptive Mechanisms in Alcoholism*. *Science*. 236 ( 4800 ), 410-416.
- Collins, N.L. , Cooper, L. M. , Albino, A. ve Allard, L. ( 2002 ) Psychosocial Vulnerability From Adolescence to Adulthood: A Prospective Study Of Attachment Style Differences İn Relationship Functioning And Partner Choice. *J Pers*. 70, 965-1008.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G. ( 2001 ). A New Cognitive Behavioral Approach to the 2001 Treatment of Obesity. *Behaviour Research and Therapy*. 39, 499-511.
- Coşkun, Y. ( 2007 ). Ortaöğretim Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülükleri ve Aile İçi İlişkileri. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul.

Culbert, K. M., ve Klump, K. L. ( 2005 ). Impulsivity As An Underlying Factor İn The Relationship Between Disordered Eating And Sexual Behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 38(4), 361-366.

Çağan K. ( 2016 ) *Ailenin İşlevleri*. İçinde: Canatan K., Yıldırım, E. (Editörler). *Aile Sosyolojisi*. 5.Baskı. İstanbul,: Açılım Kitap.

Çalışır, H. ( 2003 ). İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.

Çayır , A. , Atak, N. ve Köse, S. K.( 2011 ). Assessment of Obesity Frequency and Related Factors on Individuals At-Tending To The Department of Nutrition And Dietetics. *Med J Ankara Univ* . 64 ( 1 ).

Demirci, E. ,Özmen, S., Behice, D. ve Ark. ( 2016 ). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuk ve Ergenlerde Dürtüsellik ve Serum Oksitosin İlişkisi: Bir Ön Çalışma. *Arch Neuropsychiatry*. 53, 291-295.

Dickman, S. J. ( 1993 ). Impulsivity And İnformation Processing, in The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment. ( Ed. ) Mc Cown, W.G. , Johnson, J. L. , Shure, M.B. *Washington, DC, American Psychological Association* .151–184.

DSM V ( 2013 ). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

DSMV ( 2014 ). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Dürü, Ç. (1999). Kaygı ve Depresyon: Psikopatolojik Bir Bakış, *Doğu Batı Dergisi*. 2 (6), 189-194.

Ekinci, O. , Albayrak, Y. , Caykoylu, A. ( 2011 ). Impulsivity in Euthymic Patients With Major Depressive Disorder: The Relation to Sociodemographic and Clinical Properties. *J Nerv Ment Dis*.199 ( 7 ), 454-458.

Elbert, M. , Loosen, P.T. , Nurcombe, B. ( 2003 ). Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz, S. , Karaman, T. (Çevirenler). Ankara: Güneş Kitapevi. 467-484 , 290-298.

Elfahg, K. ( 2003 ). Rorschach Personality Characteristics in Obesity, Eating Behaviour and Treatment Outcome. *Doktora Tezi*. Stockholm.

Epstein, N.B. , Baldwin, L. M. , Bishop, D. S. ( 1983 ). The McMaster Family Assesment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9, 171-180.

Erbaş, Ü. (2007). Orta Yaş Obez Bayanlara Yönelik Kalistenik Egzersizlerin Fiziksel Ve Fizyolojik Etkileri. Yayınlanmamış *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi.

- Erözkan, A. ( 2004 ). Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4, 155-175.
- Evenden, J. ( 1999 ). Varieties Of İmpulsivity. *Psychopharmacol*. 146, 348–361.
- Felker, K. R. ve Stivers, C. (1994). The Relationship of Gender and Family Environment Toeating Disorder Risk in Adolescents. *Adolescence*. 29, 821-835.
- Fenichel, O. ( 1945 ). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: WW Norton.
- Fidaner, H. (1995). *Ruh Sağlığı Hizmetinde Aileye Yaklaşım*. İzmir: Sevdı Matbaacılık.
- Field, A.E., Barnoya, J. ( 2003 ). Obezitenin Epidemiyolojisi, Sağlık ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri. Çev: Saçıkara, A. , Yılmaz, A. M.
- Fişek, G. ( 1992 ). Türk Ailesinin Dinamik ve Yapısal Özellikleri Üzerine Düşünceler ve Konuya İlişkin Bir Ön Çalışma. Aile Yazıları: Birey Kişilik ve Toplum. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.
- Foster, G.D., Wadden, T.A. ( 1994 ). The Psychology of Obesity, Weight Loss and 1994 Regain: Research and Clinical Findings. *Obesity, Pathophysiology, Psychology and Treatment*, Ed.: George L. Blackburn, Beatrice S. Kanders. 140-165.
- Freud, A. (2013). Ben ve Savunma Mekanizmaları. Çev. : Y. Erim. 3. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1937.)
- Friedberg, N. L., ve Lyddon, W. J. ( 1996 ). Self-Other Working Models and Eating Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 10, 193–203.
- Friedman, K.E. , Reichmann, S.K. , Costanzo, P.R. , Musante, G.J. ( 2002 ). Body Image Partially Mediates the Relationship Between Obesity and Psychological Distress. 10 ( 1 ) , 33-41.
- Friedman, M.A. , Brownell, K. ( 1995 ). Psychological Correlates of Obesity: Moving 1995 to the Next Research Generation. *Psychological Bulletin* 117/1, 3-20.
- Sarısoy, G. , Atmaca, A. , Ecemiş, G. ve Ark. ( 2013 ). Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüsellikğin Beden Algısı ve Benlik Saygısı İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 14, 53-61.
- Gadalla, T. , Piran, N. ( 2008 ). Psychiatric Comorbidity in Women With Disordered Eating Behavior: A National Study. *Women Health*. 48 ( 4 ) , 467-484.
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C. ve Jansen, A. (2007). How İmpulsiveness and Variety İnfluence Food İntake in a Sample of Healthy Women. *Appetite*. 48 ( 1 ) , 119-122.

Guyton, A.C. , Hall, J.E. ( 2001 ). *Textbook of Medical Physiology*. İstanbul: Nobel Kitapevi. 797-800.

Güleç, H. , Tamam, L. , Güleç, M. Y. , Turhan, M. , Karakuş, G. , Zengin, M. , Stanford, M. S. ( 2008 ). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt İmpulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 18, 251-258.

Gülerce, A. (1996). Türkiye'de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Gülmez D. ( 2016 ). Veri Toplama ve Ön Değerlendirme. Çev. : Çiftçi, D.B. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Sheafor, B. W., Horejsi, C.J. 3.Baskı, Ankara: Nika Yayınevi.

Gümüşler, A. ( 2006 ). Rize İli Çayeli İlçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları. Yayımlanmamış *Yüksek Lisans Tezi*. Trabzon :Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Halliday, J.A , Palma, C.L. , Mellor, D. , Green, J. and Renzaho, AMN. ( 2014 ). The Relationship Between Family Functioning and Child and Adolescent Overweight and Obesity: A Systematic Review. *International Journal of Obesity*. 38, 480–493.

Hamburger, W.W. ( 1951 ). Emotional Aspects of Obesity. *Medical Clinics of North America*. 35,483-499.

Hazan, C. ve Shaver, P. R. ( 1994 ). Deeper İnto Attachment Theory. *Psychological Inquiry*. 5(1), 68-79.

Hazan, C.ve Shaver, P. R. ( 1987 ). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal Of Personality and Social Psychology*. 52 ( 3 ), 511.

Hazan, C. , Shaver, P.R. ( 1987 ). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 52, 511-24.

Hisli, N. ( 1988 ). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 6, 118-126.

<http://hsgm.saglik.gov.tr>. Er. Tar: 28.05.2018.

<http://tr.euronews.com>. Er. Tar: 04.06.2017.

<http://dergipark.ulakbim.gov.tr> Er Tar: 07.05.2018.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., ve Kessler, R. C. ( 2007 ). The Prevalence And Correlates of Eating Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 61(3), 348-358.

Hofmann, J. , Ardel-Gattinger, A. , Paulmichl, K. , Weghuber, D. and Blechert, J. (2015). *Dietary Restraint and Impulsivity Modulate Neural Responses to Food in Adolescents with Obesity and Healthy Adolescents Obesity*. 23, 2183–2189.

Işık, E. , Taner, Y. ( 2006 ). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print. 445-448.

İskender, M. , Tura, G. , Akgül, Ö. , Turtulla, S. ( 2014 ). Orta Okul Öğrencilerinde Aile Ortamı, Yeme Tutumu ve Obezite Durumları Arasındaki İlişki. *Journal of Human Sciences*. 111, 2.

Jones, S.M. ( 2005 ). Attachment Style Differences and Similarities İn Evaluations of Affective Communication Skills Aad Person-Centered Comfoting Messages. *Western Journal of Communication*. 69, 233-249.

Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., ve Reznick, J. S. (1994). Galen's prophecy: Temperament in human nature. *Basic Books*.

Kalan, I. , Yeşil, Y. ( 2010 ). Obezite ile İlgili Kronik Hastalıklar. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dah*. 23- 24.

Kandiyoti, D. (1984). Aile Yapısında Değişim ve Süreklilik: Karşılaştırmalı Bir Yaklaşım. Türkiye’de Ailenin Değişimi, Toplumbilimsel İncelemeler. *Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayınları*. 15-36.

Kerimoglu, E. (1996). *Aile Tedavileri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Kesebir, S. , Özdoğan-Kavzoğlu, S. , Üstündağ, M. F. ( 2011 ). Bağlanma ve Psikopatoloji Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 3 ( 2 ), 321-342.

Kılıç, E.Z., Uslu R. İ. ( 2000 ). Aile Terapisinin Temel Kavramları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ed: Sayıl, I. Ankara: Antıp Aş. Yayınları. 423 – 434.

Kiesewetter, S. , Köpsel, A. , Mai, K. , Stroux, A. , Bobbert, T. , Spranger, J. ve Ark. ( 2012 ). Attachment Style Contributes to the Outcome of a Multimodal Lifestyle Intervention. *Biopsychosocial Medicine*. 6, 3.

Kocabaşoğlu, N. ( 2005 ). Stres ve Anksiyete. İstanbul Üniversitesi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 47, 81-98.

Kohut, H. ( 1977 ). *The Restoration of The Self*. New York: International Universities Press.

Kongar, E. ( 1986 ). *Türkiye Üzerine Araştırmalar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Kornhaber, A. ( 1970 ). The Stuffing Syndrome. *Psychosomatics*. 11, 580.
- Köknel, Ö. ( 2005 ). Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köksal, E. ve Küçükerdönmez, Ö. ( 2008 ). *Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar*. Ed. : Baysal, A. ve Baş M. *Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi*. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını. Ankara: Ekspres Baskı A.Ş. 35-70.
- Köroğlu, E. *Major Depresif Bozukluk*. Ed. : Güleç, C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Cilt 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 390-421.
- Kramer, F.M. , Jeffrey, R.W. ( 1989 ). *Long-term Follow up of Behavioral Treatment*.
- Kutlu, R. , Işıklar-Özberk, D. , Gök, H. ve Demirbaş, N. ( 2016 ). Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 24 ( 4 ), 672-9.
- Dağlar, D. ( 2016 ). Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Belirtileri ile Annelerinin Bağlanma Biçimleri ve Ayrılık Anksiyeteleri Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul. 11-12.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364 (9432 ), 453-461.
- Luppino, F. S. ( 2010 ). Overweight, Obesity, and Depression. A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 67. Cilt. 3.
- Öztürk, M. , Volkan, İ. , Şahiner, Ş. , Çayköylü, A. ( 2018 ). Majör Depresif Bozukluk Tanısı ile Başvuran Hastalarda Beden Kitle İndeksinin Depresyon Şiddeti, Yeme Tutumu Ve Dürtüsellikle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 19 ( 2 ), 117-125.
- Marcus, M. , Stunkard, A. ( 1992 ). *Journal of Eating Disorders*. 3, 191 - Wadden, T. , Yanovski, S. , Agras, 203. Mitchell, J., Nonas, C.
- Martin, G. , Waite, S. ( 1994 ). Parental Bonding and Vulnerability to Adolescent Suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 89, 246-254.
- Meredith, P.J. , Strong, J. , Feeney, J.A. ( 2007 ). Adult Attachment Variables Predict Depression Before and After Treatment For Chronic Pain. *Eur J Pain*. 11, 164-170.
- Meule, A. and Platte, P. ( 2015 ). Facets of İmpulsivity İnteractively Predict Body Fat and Binge Eating in Young Women. *Appetite*. 87, 352-357.
- Mikulincer, M. , Florian, V. , Tolmacz, R. ( 1990 ). Attachment Styles and Fear Of Personal Death: A Case Study of Affect Regulation. *J Pers Soc Psychol*. 8, 273-280.



- Moeller, F.G. , Barratt, E.S. , Dougherty, D.M. ve Ark. ( 2001 ). Psychiatric Aspects of İmpulsivity. *Am J Psychiatry*. 158, 1783–1793.
- Molinari, E. , Ragazzoni, P. ( 1997 ). Psychopathology in Obese Subjects with and without Binge-Eating Disorder and in the Bulimic Subjects. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. 3/2, 1327-1340.
- Morsünbül, Ü. , Çok, F. ( 2011 ). Bağlanma ve İlişkili Değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3 ( 3 ), 553-570.
- Murati, R. ( 2016 ). Family in Contemporary Society. *Journal of Human Sciences*. 13 ( 1 ), 510-513.
- Nancarrow, A. ( 2018 ). The Role of Attachment in Body Weight and Weight Loss in Bariatric Patients. *Obes Surg*. 28, 410–414 .
- Nederkoorn, C. , Smulders, F.T. , Havermans, R.C. , Roefs, A. , Jansen, A. ( 2006 ). İmpulsivity in obese women. *Appetite*, 47, 253–256.
- Nederkoorn, C., Braet, C. , Van Eijs, Y. , Tanghe, A. ve Jansen, A. ( 2006 ). Why Obese Children Cannot Resist Food: The Role Of İmpulsivity. *Eating Behaviors*. 7 ( 4 ), 315-322.
- Nural, S.H. ( 2003 ). Anksiyete Bozuklukları. Ebert, H.M. , Loosen, T.M. , Nurcombe, B. Ed. : Birsöz, S. , Karaman, T. , Çev. Ed. : Current Psikikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitabevi. ( 3 ), 28-40.
- Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu : Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara : 2014.
- Onat, A. ( 2003 ). Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi. *Türk Kardiyoloji Dergisi*. 31 ( 5 ), 279-289.
- Onyike, C. U. , Crum, R. M. , Lee, H.B. ve Ark. ( 2003 ). Is obesity associated with major depression? Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 158, 1139-1147.
- Özdel, O. , Sözeri- Varma, G. , Fenkçi, S. ve Ark. ( 2011 ). *Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı Üzerine Bir Araştırma*.
- Özdemir, P. G., Selvi, Y., ve Aydın, A. ( 2012 ). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4 ( 3 ).
- Özgüven, İ. E. ( 2000 ). *Evlilik ve Aile Terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları.
- ÖZKAN, İ. ( 2017 ). Hafif Şişman/ Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon Ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi* . Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk, M. O. ( 2001 ). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 305-310 , 427-440.

Öztürk, M. O. ( 2004a ). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi. 3 , 43-89.

Öztürk, M.O. ( 2004b ). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 1.Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık. 3, 25-80.

Öztürk, M.O. , Uluşahin, A. ( 2015 ). *Duygudurum bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara: Tuna Maatbacılık. 261-296.

Park, L. E. , Crocker , J. ve Mickelson, K. D. ( 2004 ). “Attachment Styles and Contingencies Of Self-Worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 30, 1243-1254.

Parlak, A. ve Çetinkaya, Ş. (2007). Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2( 5 ), 27-33.

Patton, J.H. , Stanford, M. S. , Barratt, E. S.( 1995 ). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psycho*. 51, 768-774.

Pearson, J. L. , Cowan, P. A. , Cowan, C. P. ( 1993 ).Adult Attachment and Adult Child-Order Parent Relationships. *Am J Orthopsychiatry*. 4, 606-613.

Pedersen, N. L. , Plomin, R. , Mc Cleary, G. E. , Friberg, L. ( 1988 ). Neuroticism, Extraversion, and Related Traits in Adult Twins Reared Apart and Reared Together. *J. Pers. Soc. Psychol*. 55, 950–957.

Peker, İ. , Çiloğlu, F. , Buruk, Ş. ve Bulca, Z. ( 2000 ). *Egzersiz Biyokimyası Ve Obezite*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pınar, R. ( 2002 ). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6 ( 1 ), 30-41.

Puhl, R., Brownell, K. ( 2001 ). Bias, Discrimination and Obesity. *Obesity Research*. 9, 788-805.

Palabıyıkoglu, R. , Azizoğlu, S. , Özayar, H. , Berksun, O. E. ( 2012 ). İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Depresiflerin Aile İşlevselliği. *Kriz Dergisi*. 1 ( 3 ), 114-123.

Resch, M. , Haasz, P. , Sido, Z. ( 1998 ). Obesity as Psychosomatic Disease. *Eur Psychiatry*. 13 ( Suppl 4 ), 315.

Rodin, J., Schank, D. ( 1989 ). Psychological Features of Obesity. *Medical Striegel-Moore. Clinics of North America*. 73/1, 47-66.

- Sabuncuoğlu, O. , Berkem, M. ( 2006 ). Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1, 252-8.
- Sachs-Ericsson, N. , Burns, A. B. , Gordon, K. H. , Eckel, L. A. , Wonderlich, S. A. , Crosby, R. D. ve Ark. ( 2007 ). Body Mass İndex and Depressive Symptoms in Older Adults: The Moderating Roles of Race, Sex, and Socioeco-Nomic Status. *Am J Geriatr Psychiatry*. 15, 815-825.
- Sanay, E. ( 1990 ). Türk Ailesinin Eğitim Yapısı. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Türkiye Yıllığı. 76.
- Sansone, R. A., ve Sansone, L. A. ( 2013 ). The Relationship Between Borderline Personality and Obesity. *Innovations in Clinical Neuroscience*.10 ( 4 ).
- Savaşır, I. , Yıldız, S. ( 1996 ). *Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi*. Ed.: Savaşır, I. , Boyacıoğlu, G. , Kabakçı, E. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 17-50.
- Schwartz, M.B., Brownell, K.D. ( 2014 ). Obesity and Body Image. *Body Image*. 1/1, 43-56.
- Scinto, A. , Marinangeli, M. G. , Kalyvoka, A. , Daneluzzo, E. , Rossi, A. ( 1999 ). The Use of the Italian Version of the Parental Bonding Instrument (PBI) İn a Elinical Sample and in a Student Group: an Exploratory and Confirmatory Factor Analysis Study. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 8, 276-283.
- Shafran, R., de Silva, P. ( 2003 ). *Cognitive-Behavioral Models. Handbook of Eating Disorders*. Ed. : Treasure, J. ,Schmidt, U. , Furth, E. 121-138.
- Shorey, H. S. ve Snyder, C. R. ( 2006 ). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy. *Review of General Psychology*. 10 ( 1 ), 1-20.
- Smoller, J. W. , Wadden, T. A. ( 2009 ). Dieting and Depression: A Critical Review. Soysal, A. Ş. , Özçelik, A. , Arhan, E. , İşeri, E. , Gücüyener, K. Bir Olgu Sunumu Eşliğinde Tepkisel Bağlanma Bozukluğunun Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*. 18, 248-252.
- Stern, S. L. , Dixon, K. N. , Jones, D. , Lake, M. , Nemzer, E. ve Sansone, R. ( 1989 ). Family Environment in Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journalof Eating Disorders*. 8 ( 1 ), 25- 31.
- Stunkard, A.J.( 1987 ). *Journal of Psychosomatic Research*. 31, 429.
- Sungur, M. Z. ( 2006 ). Anksiyete Bozukluklarının Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel ve Davranışçı Modellerin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2 ( 12 ), 81-8.
- Tan, O. ( 2008 ). Depresyon. 7. Baskı. İstanbul: Timas Yayınları.

Tegin, B. ( 1980 ). Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.

Ulusoy, M. , Şahin, N. , Erkman, H. ( 1998 ). Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*. 12, 28-35.

Wadden, T. A. ve Stunkard, A.J. Ed. : Kahramanoğlu, M. ( 2003 ). *Obezite Tedavisi El Kitabı*. 3-18.

Tedik, S. E. ( 2017 ). Prevention and management of the global epidemic of obesity. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, Derleme.

Tuğrul, C. , Sayılğan, M. A. ( 1997 ). Depresyonla Başa Çıkma Yolları. *Türk Psikologlar Derneği*.

Türkiye İstatistik Kurumu. ( 2006 ). Türkiye Aile Yapısı Araştırması.

Troisi, A. , Massaroni, P. ve Cuzzolaro, M. ( 2005 ). Separation Anxiety and Attachment Style in Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 44, 89-97.

Vidovic, V. , Juresa, V. , Begovac, I. , Mahnik, M. ve Tocilj, G. ( 2005 ). Perceived Family Cohesion, Adapt Ability and Communication İn Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 13, 19- 28.

Von, I. J. , Zendoom, M. H. ( 1995 ). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness and Infant Attachment: A Meta Analysis on The Predictive Validity of The Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*. 117:387-403

Wadden, T.A. , Stenberg, J.A. ( 1989 ). Treatment of Obesity by Very Low Calorie.

Ward, A. , Ramsay, R. ve Treasure, J.( 2000 ). Attachment Research in Eating Disorders. *The British Journal of Medical Psychology*. 73 ( Pt 1). 35-51.

Warren, S. L. , Huston, L. , Egeland, B. , Sroufe, L. A. ( 1997 ). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36, 637-644.

Weiss, F. ( 2018 ). Implications of Attachment Theory and Neuroscience for the Psychotherapeutic Treatment of Obesity and Overeating. *The American Journal of Psychotherapy*.

Weger, Jr. H. , Polcar, L. E. ( 2002 ). Attachment Style And Person-Centered Comforting. *Western Journal of Communication*. 66, 84-103.

WHO <http://apps.who.int>. Er. Tar. : 10.11.2017.

WHO <http://www.who.int>. Er. Tar. : 12.01.2018.

Wilson, G.T. ( 1996 ). Behavioral Treatment of Obesity: Thirty Years and Counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 27, 417-439.

Wittchen, H.U. , Carte, R. M. , Pfister, H. , Montgomery, S.A. , Kessler, R. C. ( 2000 ). Disabilities and Quality of Life in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression in a National Survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 15, 319–328.

Yazıcı, K. , Yazıcı, A. E. ( 2010 ). Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2, 254-280.

Yemez, B. ve Alptekin, K. ( 1998 ). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*. 1, 21-5.

Yeomans, M. R. , Leitch, M. , Mobini, S. ( 2008 ). Impulsivity is Associated With the Disinhibition But Not Restraint Factor From the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite*. 50, 469-476.

Yeşilbaş, D. ( 2008 ). Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul : T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Yörükan, T. (2011). Bağlanma ve Sonraki Yaşlarda Görülen Etkileri. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Yüksel, E. , Adıyaman, F. , Keçeli, D. , Doruk, Ö. , Yavuz, Ö. , Kasdemir, B. , ( 2014 ). Obezite Konusu Basında Nasıl Çerçevenmektedir?

Zeyrek, E. Y. ve Ark. ( 2009 ). Suicidality, Problem-Solving Skills, Attachment Style and Hopelessness in Turkish Students. *Death Studies*. 33, 815-827.

Zhong, W. , Cruickshanks, K. J. , Schubert, C. R. ve Ark. ( 2010 ). Obesity and Depression Symptoms in the Beaver Dam Offspring Study Population. *Depress Anxiety*. 27, 846-851.

## EKLER

### EK 1: Hasta Bilgilendirme Onam Formu

Doktorunuz sizde Obezite tespit etmiş / tespit etmemiş olup, bu durumun bağlanma stilleri, aile işlevselliği, dürtüsellik ve başka faktörlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sizden yaşadığımız rahatsızlığın tedavisine yardımcı olabileceğini düşündüğümüz bazı testleri cevaplamanızı isteyeceğiz. Katılacağınız bu uygulamalarda rahatsızlığın derecesini ölçmeye çalışacağız. Vereceğiniz samimi cevaplar hiçbir şekilde ifşa edilmeyecek olup bu çalışmanın dışında kullanılmayacaktır. Test sonuçlarınız gizli kalacaktır.

Eğer testleri cevaplandırmak istemezseniz doktorunuzun yürüttüğü tedavi bu durumdan hiç etkilenmeyecek ve tedaviniz yarım kalmayacaktır. Eğer testleri cevaplarsanız uygulama sonuçları hem sizin tedavinize katkı sağlayacak hem de sizden sonra benzer problemleri yaşayan insanların tedavisine ışık tutacaktır. Ayrıca test sonuçları hakkında uygulayıcı tarafından size bilgi verilecektir.

Çalışmaya katılmanız tamamen gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Çalışmaya girmeyi kabul etmekle hiçbir yükümlülük altına girmeyeceksiniz. Çalışmaya katılmayı istediğinizi belirttikten ve işlemler başladıktan sonra çalışmanın herhangi aşamasında vazgeçebilirsiniz, istediğiniz an çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Teşekkür ederiz.

Ben ..... yukarıda okuduğum çalışma ile ilgili bilgiler bana iletildi. Bu çalışmaya gönüllü olarak, kendi rızam ile katılmak istiyorum.

Hastanın adı soyadı imzası  
adı soyadı imzası

Varsa Hasta yakınının

Araştırmacının adı soyadı:

**EK 2: Demografik Soru Formu**

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış
4. Eğitim durumu: 1) Yok 2) İlk 3) Orta - Lise 4) Yüksek
5. Meslek: 1) Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/tüccar  
5) Ev kadını 6) Öğrenci 7) Başka ( Belirtiniz  
.....)
6. Kilo: ..... kg
7. BMI: .....
8. Sigara içiyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
9. Sigara içiyorsanız süresini belirtiniz (yıl) : .....
10. Son 6 ay içinde bir aydan uzun süren sigara bırakma girişiminiz oldu mu ?  
1) Evet 2) Hayır
11. Herhangi bir dahili hastalığınız var mı ? ( aşağıdaki hastalıkları özellikle sorunuz, birden fazla işaretlenebilir)  
1) Kalp hastalığı 2) Hipertansiyon 3) DM Tip2 4) Hiperlipidemi  
5) Horlama (Uyku apne sendromu) 6) Başka ( yazarak belirtiniz)  
.....
12. Daha önce Psikiyatrik başvuru da buldunuz mu ?  
1) Evet 2) Hayır
13. Daha önce psikiyatrik bir tanı kondu mu ?  
1) Evet 2) Hayır

14. Yanıt evet ise tanı neydi ?

.....

15. Şu anda psikiyatrik bir tanı ile takip ediliyor musunuz ?

1) Evet

2) Hayır

16. Yanıt evet ise tanı neydi ?

.....

17. Şu anda psikiyatrik bir tanı sebebiyle ilaç kullanıyor musunuz ?

1) Evet

2) Hayır

18. Son 6 aydır önemli bir yaşam stresörü oldu mu ( ör: boşanma, göç, işten atılma, bir yakının ölümü) ?

1) Evet

2) Hayır

19. Son altı aydır etkisi halen devam eden bir yaşam stresörünüz var mı ?

1) Evet

2) Hayır

20. Daha önce intihar girişimi oldu mu ?

1) Evet

2) Hayır

21. Daha önce intihar düşünceleri oldu mu ?

1) Evet

2) Hayır



### **Ek 3: Erişkin Bağlanma Stilleri Ölçeği (EBBÖ)**

#### **(I. Bölüm- Çocukluk Çağı)**

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatlice okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz, A, B veya C.

Bir çocuk olarak, annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı ve eğer zorluklarla karşılaşırsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek (ve onların da bana güvenmesi) benim için kolaydır. Terk edilmekten veya bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

#### **(II. Bölüm Yetişkinlik Çağı)**

Annem ve babam bakım konusunda genelde ilgisizdi, benden birçok istemleri vardı, çoğu kez yaptıklarımı eleştirirler ve bana birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir; onlara tam anlamıyla güvenmekte ve dayanmakta zorlanırım. Herhangi bir kimse bana çok yakınlık gösterdiği zaman veya birlikte olduğum insan (eş veya diğerleri) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi rahat hissetmem, sıkıntılı hissederim.

Annemin ve babamın ne yapacağı öngörülemezdi (yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler, bazen göstermezlerdi) çoğu kez haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benim istediğim kadar yakın olma konusunda isteksiz buluyorum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında çoğu kez endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle çoğu kez daha yakın olmak isterim (onunla bir bütün olmak) ve bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

Aşağıda 15 tane cümle bulunmaktadır, lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin. Yanıtlarınız yalnız sizin kişisel yorumunuza dayanmalıdır. Her sorunun yanında 7 numaralı bir dizi bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan rakamı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle Doğru değil	Doğru değil	Pek doğru sayılmaz	Bazen doğ- ru bazen yanlış	Hemen hemen doğ- ru	Doğru	Kesinlikle doğru

1. Kolaylıkla yakın ilişkiler kurarım. 1 2 3 4 5 6 7
2. Diğer insanlara yakınlaşırken kendimi rahat hissetmem. 1 2 3 4 5 6 7
3. Yakın bir ilişki çerçevesinde kendimi diğer insanlara bağlı hissetmekle ilgili zorluğum yok. 1 2 3 4 5 6 7
4. Birlikte olduğum insan kendisine sağlayabileceğim yakınlıktan çok daha samimi bir ilişki istiyor. 1 2 3 4 5 6 7
5. Birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceğinden sık sık endişe duyuyorum . 1 2 3 4 5 6 7
6. Belli insanlarla çok güçlü ilişkiler kurmak istiyorum. 1 2 3 4 5 6 7
7. Yakın bir ilişki çerçevesinde birlikte olduğum insan bana dayanıyorsa herhangi bir zorluk yaşamıyorum. 1 2 3 4 5 6 7
8. Birlikte olduğum insana tam olarak güvenmekte zorlanırım. 1 2 3 4 5 6 7
9. Diğer insanların benimle benim istediğim kadar yakın bir ilişki kurmadıklarını düşünürüm. 1 2 3 4 5 6 7
10. Bana yakın birisinin beni aşırı üzebileceği gibi endişelerim yok. 1 2 3 4 5 6 7
11. Bazen birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılıyorum. 1 2 3 4 5 6 7
12. Bir başkasının bana yakınlaştığını hissettiğimde gerginleşiyorum. 1 2 3 4 5 6 7
13. Yakın ilişkiler çerçevesinde diğer insanlara güvenmekle ilgili zorluklarım vardır. 1 2 3 4 5 6 7

14. Tam ve eksiksiz bir ilişki kurma konusundaki

isteğim insanları benden uzaklaştırıyor.

1 2 3 4 5 6 7

15. Bir başkasının bana çok yakınlaşabileceği ihtimali

beni endişelendirmiyor.

1 2 3 4 5 6 7

#### Ek 4: Aile Değerlendirme Ölçeği

**AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)**

**Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	Büyük			
	Aynen Katılıyorum	Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )

<b>3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle</b>	( )	( )	( )	( )

ailece aldığımız kararları uygularız.				
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı	( )	( )	( )	( )

<b>birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.</b>				
<b>23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum</b>	( )	( )	( )	( )

<b>olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.</b>				
<b>34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>36.Aile içinde birbirimize hoşgörölü davranırız</b>	( )	( )	( )	( )
<b>37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.</b>	( )	( )	( )	( )

<b>43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>52.Sinirlenince birbirimize küseriz.</b>	( )	( )	( )	( )
<b>53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle</b>	( )	( )	( )	( )



umduğumuz görevler verilmez.				
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

## Ek 5: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her

	Nadiren/Hiç Bir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen Herzaman	Herzaman/ Herzaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde	-	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmeme gerektiğinde kolayca sıklırım.	-	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey	-	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla	-	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat	-	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-	-

cümleyi okuyunuz ve size en uygun alana X koyunuz.

## EK 6: Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)

**AÇIKLAMA:** Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- A- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- B- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- C- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
- D- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
  1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- E- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
  1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
  3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- F- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- G- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- H- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- İ- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- J- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiębir řey dūřünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



## EK 7: Beck Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

## EK: 8 Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onay Formu

### BAğCILAR EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAşTIRMANIN AçIK ADI	Obesite tanılı hastalarda bağlanma stilleri, aile işlevselliği ve dürtüsellik
VARSA ARAşTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AçIK ADRESİ:	Bağcılar EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2. Kat (Biyokimya Laboratuvarı yanı) Merkez Mahallesi Mimar Sinan Caddesi 6. Sokak BAğCILAR
	TELEFON	0 (212) 440 40 00/1053
	FAKS	0-212-4404269
	E-POSTA	behkaetikkurul@gmail.com

BAşVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans (tezli) öğrencisi Lara Sevcan Genç		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikoloji		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACININ BULUNDUğU MERKEZ	Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAşTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz ANKET				
ARAşTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı  
Doç. Dr. Adil Polat  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaldır.



**BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obesite tanılı hastalarda bağlanma stilleri, aile işlevselliği ve dürtüsellik
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10/10/2017	-
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10/10/2017	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	10/10/2017	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017.10.2.01.002	Tarih: 27/10/2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

Etik Kurul Başkanı  
Doç. Dr. Adil Polat  
İmza:



*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

**BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obesite tanılı hastalarda bağlanma stilleri, aile işlevselliği ve dürtüsellik
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Adil Polat

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Adil Polat	Kalp ve Damar Cerrahisi	Bağcılar EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nilüfer Kale İçen	Nöroloji	Bağcılar EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan Şahin	Kardiyoloji	Bağcılar EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Aynur Özen	Nükleer Tıp	Bağcılar EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Meltem Erol	Pediyatri	Bağcılar EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mürselin Güney	İç Hastalıkları	Bağcılar EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Işıl Onat	Halk Sağlığı Uzmanı	Gaziosmanpaşa Toplum Sağlığı Merkezi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Burak Önal	Farmakolog	Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Ana Bilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Alev Meltem Ercan	Biyofizikçi	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyofizik Ana Bilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yeter Kılıç	Avukat	Özel Hukuk Bürosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Deniz Özen	Sivil Üye	İstanbul Teknik Üniversitesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Doç. Dr. Adil Polat  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Ankara’da dünyaya geldi. İlköğretim ve liseyi Ankara’da tamamladı. 2009 yılında Kocaeli Üniversitesi İletişim Fakültesi’nden mezun oldu. Okul yıllarında çalışmaya başladığı meslek edindirme kurslarında ve halk eğitimlerde “ diksiyon, beden dili, kişisel gelişim” dersleri verdi. Özel ve tüzel kurumlarda İşe Alım uzmanlığı ve İnsan Kaynakları görevlerinde bulundu. Psikoloji alanında çok sayıda eğitim, kurs ve seminerlere katıldı. 2016’da Nişantaşı Üniversitesi Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programına -Bilimsel Hazırlık Sınavını başarıyla tamamlayarak- dahil oldu ve eğitime ek olarak bilimsel hazırlık dersleri aldı. 2018 Haziran ayında tezini tamamlayarak mezun oldu. Hali hazırda çeşitli kurum ve kuruluşlara eğitimler vermeye ve bir firmaya İK Danışmanlığı yapmaya devam etmektedir.

İletişim: larasevcangenc@gmail.com