



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBEZİTE TANISI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON,  
BİLGECE FARKINDALIK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Duygu CENGİZ**

**Danışman  
Dr. Öğretim Üyesi Bengisu Nehir AYDIN**

**İstanbul - 2021**

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBEZİTE TANISI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON,  
BİLGECE FARKINDALIK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Duygu CENGİZ**

**Danışman  
Dr. Öğretim Üyesi Bengisu Nehir AYDIN**

**İstanbul - 2021**

## LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Duygu Cengiz tarafından hazırlanan **“Obezite Tanısı Olan Bireylerde Depresyon, Bilgece Farkındalık ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkiler”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/02/2021

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : (Dr. Öğretim Üyesi Bengisu Nehir Aydın)  
(Haliç Üniversitesi)

Jüri Üyesi : (Dr. Öğretim Üyesi Burcu Türk)  
(Haliç Üniversitesi)

Jüri Üyesi : (Dr. Öğretim Üyesi Nesrin Duman)  
(İstanbul Ayvansaray Üniversitesi)

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

(Prof. Dr. Hatice Yorulmaz)  
Vekil Müdür

## OBEZİTE TANISI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON, BİLGECE FARKINDALIK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

### ORIJINALLIK RAPORU

|                   |                     |            |                  |
|-------------------|---------------------|------------|------------------|
| % <b>7</b>        | % <b>6</b>          | % <b>2</b> | % <b>3</b>       |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR   | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

|          |                                                                                                                    |             |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1</b> | <a href="http://www.turkailehekderg.org">www.turkailehekderg.org</a><br>İnternet Kaynağı                           | % <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <a href="http://docs.neu.edu.tr">docs.neu.edu.tr</a><br>İnternet Kaynağı                                           | <% <b>1</b> |
| <b>3</b> | <a href="http://openaccess.maltepe.edu.tr">openaccess.maltepe.edu.tr</a><br>İnternet Kaynağı                       | <% <b>1</b> |
| <b>4</b> | <a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a><br>İnternet Kaynağı | <% <b>1</b> |
| <b>5</b> | Submitted to Istanbul Gelisim University<br>Öğrenci Ödevi                                                          | <% <b>1</b> |
| <b>6</b> | <a href="http://klinikpsikoloji.org">klinikpsikoloji.org</a><br>İnternet Kaynağı                                   | <% <b>1</b> |
| <b>7</b> | <a href="http://wcssr.org">wcssr.org</a><br>İnternet Kaynağı                                                       | <% <b>1</b> |
| <b>8</b> | Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)                                   | <% <b>1</b> |

02/03/2021

## **TEZ ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obezite tanısı olan bireylerde depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiler” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bengisu Nehir Aydın’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Duygu Cengiz

## ÖNSÖZ

Tez sürecimin her aşamasında akademik bilgisi, üretken geri bildirimleri, sabrı, anlayışı, yol göstericiliği ve teşvik edici tutumundan dolayı değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bengisu Nehir Aydın’a teşekkürlerimi sunarım.

Psikoloji bölüm başkanı Dr. Öğr. Üyesi Burcu Türk’e yüksek lisans eğitimim süresince destekleri, değerli görüşleri, önerileri ve katkıları için çok teşekkür ederim.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında öncü olan, yol gösteren, görüş ve önerileri ile bana rehberlik eden, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Tamer Karşıdağ’a çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda ve hayatımdaki başarıları elde etmemde motivasyon kaynağım olan, her türlü destekleri, emekleri, sonsuz ve koşulsuz sevgileri için aileme teşekkürlerimi sunarım.

Duygu CENGİZ

11.03.2021

## İÇİNDEKİLER

|                                                                        |      |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| TEZ ETİK BEYANI .....                                                  | i    |
| ÖNSÖZ.....                                                             | ii   |
| KISALTMALAR.....                                                       | vi   |
| SEMBOLLER .....                                                        | vii  |
| ÇİZELGELER .....                                                       | viii |
| ÖZET.....                                                              | x    |
| ABSTRACT .....                                                         | xi   |
| 1. GİRİŞ .....                                                         | 1    |
| 1.1. Araştırmanın Amacı .....                                          | 3    |
| 1.2. Hipotezler .....                                                  | 3    |
| 1.3. Araştırma Soruları .....                                          | 4    |
| 1.4. Araştırmanın Önemi .....                                          | 4    |
| 1.5. Sayıtlılar .....                                                  | 5    |
| 1.6. Sınırlılıklar .....                                               | 5    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                 | 6    |
| 2.1. OBEZİTE .....                                                     | 6    |
| 2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması .....                    | 6    |
| 2.1.2. Obezitenin Yaygınlığı .....                                     | 8    |
| 2.1.3. Obezite Komplikasyonları ve Neden Olduğu Sağlık Sorunları ..... | 10   |
| 2.1.4. Obezitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....                 | 11   |
| 2.1.4.1. Genetik Yapı .....                                            | 12   |
| 2.1.4.2. Hormonal ve Metabolik Etmenler .....                          | 13   |
| 2.1.4.3. Sosyokültürel Etkiler .....                                   | 13   |
| 2.1.4.4. Ailenin Etkileri .....                                        | 15   |
| 2.1.4.5. Stres ve Rahatlatıcı Yemek .....                              | 16   |
| 2.1.4.6. Tıkınırcasına Yeme .....                                      | 17   |
| 2.1.4.7. Kullanılan Bazı İlaçlar .....                                 | 18   |
| 2.1.4.8. Sigara İçme veya Sigaranın Bırakılması .....                  | 19   |
| 2.1.4.9. Sosyoekonomik, Etnik ve Cinsiyete Bağlı Faktörler .....       | 20   |
| 2.1.5. Obezitenin Tedavisi .....                                       | 23   |
| 2.1.5.1. Yaşam Tarzını Değiştirme .....                                | 23   |
| 2.1.5.1.1. Diyet Tedavisi .....                                        | 24   |
| 2.1.5.1.2. Egzersizler .....                                           | 25   |
| 2.1.5.1.3. Psikoterapi .....                                           | 25   |

|                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.1.5.2. Farmakolojik Tedavi .....                                          | 26         |
| 2.1.5.3. Bariatrik Cerrahi.....                                             | 27         |
| 2.2. DEPRESYON .....                                                        | 28         |
| 2.2.1. Depresyonun Tanımı .....                                             | 28         |
| 2.2.1.1. Birincil Depresyon .....                                           | 28         |
| 2.2.1.2. İkincil Depresyon .....                                            | 28         |
| 2.2.2. Depresyonun Belirtileri .....                                        | 29         |
| 2.2.3. DSM-5 Tanı Ölçütleri' ne Göre Majör Depresyon Tanısı .....           | 30         |
| 2.2.4. Depresyonun Sıklığı ve Yaygınlığı .....                              | 31         |
| 2.2.5. Depresyonun Nedensel Etkenleri .....                                 | 34         |
| 2.2.5.1. Biyolojik Etkenler .....                                           | 34         |
| 2.2.5.2. Psikolojik Etkenler .....                                          | 37         |
| 2.2.6. Depresyon ve Obezite İlişkisi .....                                  | 41         |
| 2.3. BİLGECE FARKINDALIK .....                                              | 44         |
| 2.3.1. Bilgece Farkındalık Tanımı .....                                     | 44         |
| 2.3.2. Bilgece Farkındalıkta Tutum .....                                    | 46         |
| 2.3.3. Bilgece Farkındalık ve Obezite İlişkisi .....                        | 49         |
| 2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI .....                                         | 53         |
| 2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Yaygınlığı .....                  | 53         |
| 2.4.2. İstismar ve İhmal Kavramları .....                                   | 55         |
| 2.4.2.1. Fiziksel İstismar .....                                            | 56         |
| 2.4.2.2. Cinsel İstismar .....                                              | 57         |
| 2.4.2.3. Duygusal İstismar .....                                            | 58         |
| 2.4.2.4. İhmal .....                                                        | 58         |
| 2.4.2.5. Çocuk Sömürüsü .....                                               | 59         |
| 2.4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtilerle İlişkisi .....   | 59         |
| 2.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obezite İlişkisi .....                   | 61         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                             | <b>64</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....                                       | 64         |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....                                      | 64         |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                                 | 64         |
| 3.4. Veri Toplama Yöntemi .....                                             | 64         |
| 3.5. Araştırma Yöntemi .....                                                | 65         |
| 3.5.1. Veri Toplama Araçları .....                                          | 65         |
| 3.5.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....                                  | 65         |
| 3.5.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....                                  | 65         |
| 3.5.1.3. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K) ..... | 66         |
| 3.5.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) .....                       | 67         |
| 3.5.2. Verilerin Analizi .....                                              | 67         |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                    | <b>70</b>  |
| 4.1. Hipotezler .....                                                       | 77         |
| 4.2. Araştırma Soruları .....                                               | 81         |
| <b>5. SONUÇLAR .....</b>                                                    | <b>84</b>  |
| <b>6. TARTIŞMA .....</b>                                                    | <b>90</b>  |
| <b>7. ÖNERİLER .....</b>                                                    | <b>101</b> |
| <b>8. KAYNAKLAR .....</b>                                                   | <b>104</b> |



|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>9. EKLER.....</b>     | <b>120</b> |
| <b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b> | <b>130</b> |



## KISALTMALAR

|                |                                                                                                                                                 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BKİ</b>     | : Beden Kütle İndeksi                                                                                                                           |
| <b>BDÖ</b>     | : Beck Depresyon Ölçeği                                                                                                                         |
| <b>BFBFÖ-K</b> | : Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği- Kısa Formu                                                                                           |
| <b>ÇÇTÖ</b>    | : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği                                                                                                               |
| <b>DSÖ</b>     | : Dünya Sağlık Örgütü                                                                                                                           |
| <b>WHO</b>     | : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)                                                                                               |
| <b>SB</b>      | : Sağlık Bakanlığı                                                                                                                              |
| <b>UNICEF</b>  | : United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)                                                       |
| <b>MONICA</b>  | : Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (Çokuluslu Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin İzlenmesi) |
| <b>METSTAR</b> | : Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması                                                                                                         |
| <b>NHANES</b>  | : National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması)                                                      |
| <b>OECD</b>    | : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)                                                |
| <b>CDC</b>     | : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)                                                           |
| <b>MEQ</b>     | : Mindful Eating Questionnaire (Yeme Farkındalığı Ölçeği)                                                                                       |
| <b>DSM-5</b>   | : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)                                |
| <b>USG</b>     | : Ultrasonografi                                                                                                                                |
| <b>MRI</b>     | : Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)                                                                                    |
| <b>DEXA</b>    | : Dual-energy X-ray Absorptiometry (Çift Enerjili X-ışınları Absorbsiyometrisi)                                                                 |
| <b>CT</b>      | : Computed Tomography Scan (Bilgisayarlı Tomografi)                                                                                             |
| <b>DM</b>      | : Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)                                                                                                           |
| <b>HBB</b>     | : Hipotalamus Hipofiz Böbreküstü Bezi                                                                                                           |
| <b>SSGI</b>    | : Geçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü                                                                                                         |

## SEMBOLLER

**kg** : Kilogram  
**m<sup>2</sup>** : Metrekare



## ÇİZELGELER

### Sayfa No

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Çizelge 2.1. Uluslararası BKİ değerlerine göre ağırlığın sınıflandırılması .....                                                         | 8  |
| Çizelge 3.5.2.1. Normallik testi için basıklık çarpıklık dağılımları .....                                                               | 68 |
| Çizelge 4.1. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 70 |
| Çizelge 4.2. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 71 |
| Çizelge 4.3. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 72 |
| Çizelge 4.4. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 73 |
| Çizelge 4.5. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 73 |
| Çizelge 4.6. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı .....                                                                  | 74 |
| Çizelge 4.7. Depresyon, bilgece farkındalık çocukluk çağı travmalarına maruz kalma toplam ve alt boyutlarına göre betimsel veriler ..... | 75 |
| Çizelge 4.8. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın kesme puanına göre incelenmesi.....                                               | 76 |
| Çizelge 4.9. Depresyon, bilgece farkındalık çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasındaki ilişki .....                               | 76 |
| Çizelge 4.10. Obezite düzeyi (BKİ) ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki .....                                        | 77 |
| Çizelge 4.11. Obezite tanısı olan kadınlar ve erkeklere ilişkin T testi sonuçları .....                                                  | 77 |
| Çizelge 4.12. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki .....                          | 77 |
| Çizelge 4.13. Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki .....                | 78 |
| Çizelge 4.14. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişki .....       | 79 |
| Çizelge 4.15. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişki .....       | 79 |
| Çizelge 4.16. Obezite tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre T testi sonuçları .....     | 80 |

|                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Çizelge 4.18.</b> Bilgece farkındalığın çeşitli boyutlarının cinsiyete göre T testi sonuçları .....                                                                      | 81 |
| <b>Çizelge 4.19.</b> Bilgece farkındalığın çeşitli boyutlarının BKİ düzeyine göre varyans analizi (ANOVA) sonuçları .....                                                   | 82 |
| <b>Çizelge 4.20.</b> Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları ..... | 82 |
| <b>Çizelge 4.21.</b> Ailede obezite durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları .....                  | 83 |
| <b>Çizelge 4.22.</b> Depresyon tanısı alma durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları .....           | 83 |



## ÖZET

### **OBEZİTE TANISI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON, BİLGECE FARKINDALIK ve ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Bu çalışmada, obezite tanısı olan bireylerin depresyon ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin erişkin dönem obezite gelişimlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma, Eylül-Aralık 2020 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki Klinik Obezite ve Metabolik Cerrahi Kliniği'ne ve Kocaeli ilindeki Üç İki Bir Diyet Danışma Merkezi'ne başvuruda bulunan veya düzenli olarak tedavi gören, obezite tanısı olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan 116 katılımcıdan (88 kadın, 28 erkek) elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya beden kütle indeksi (BKİ) değeri 30 ve üzerinde olan ( $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) 20-65 yaş arasındaki katılımcılar dahil edilmiştir. Katılımcılara ait veriler öz bildirim yöntemi ve yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir. Sosyodemografik bilgi formu yüz yüze gerçekleştirilen anket yöntemi ile uygulanmıştır. Depresyon belirtilerinin derecesini ölçmek için "Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)", bilgece farkındalığın derecesini ölçmek için "Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)" ve çocukluk çağı travmalarının derecesini ölçmek için "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)" kullanılmıştır. Katılımcıların depresyon düzeyleri ile BKİ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r = .060$ ;  $p > .05$ ). Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin "Yargılamadan Gözleme ve İzleme" ve "Duygularını İsimlendirme" alt boyutu toplam puanları arasında ( $r = .425$ ;  $p < .01$ ) olduğu görülmüştür. Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin "Dikkati Düzenleme" ve "Duygularını İsimlendirme" alt boyutu toplam puanları arasında ( $r = .425$ ;  $p < .01$ ) olduğu görülmüştür. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları ile BKİ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ( $p > .05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, depresyon, bilgece farkındalık, çocukluk çağı travmaları

## ABSTRACT

### RELATIONS BETWEEN DEPRESSION, MINDFULNESS AND CHILDHOOD TRAUMAS AMONG INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH OBESITY

In this study, the aim is to determine the effect of relations between depression and mindfulness levels of individuals diagnosed with obesity and their level of exposure to childhood traumas on their adulthood obesity development. This study is realized with the data obtained from 116 participants (88 being women, 28 being men) who applied to Clinical Obesity and Metabolic Surgery Clinic in Istanbul and Üç İki Bir Diet Consultancy Center in Kocaeli and received regular treatment between September and December 2020 while being diagnosed with obesity. Participants with body mass index (BMI) value of 30 and beyond ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) and aged between 20 and 65 are included in the study. The data belonging to participants are obtained via self-report method and face-to-face meetings. Sociodemographic information form is applied with face-to-face survey method. “Beck Depression Inventory (BDI)” is used in order to measure the level of depression indicators, while “Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form (FFMQ-SF)” is used in order to measure the level of mindfulness and “Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)” is used in order to measure the level of childhood traumas. There is no meaningful relation between the depression and BMI levels of participants ( $r = .060$ ;  $p > .05$ ). It is determined that there is no significant relation between the BMIs of individuals diagnosed with obesity and their mindfulness levels. When the relations between the sub-dimensions of mindfulness are examined, it is seen that the highest relation in positive terms is in between the total points of sub-dimensions called “Monitoring and Watching Without Judgement” and “Naming Emotions” ( $r = .425$ ;  $p < .01$ ). It is determined that there are significant relations in negative terms between the depression points of individuals diagnosed with obesity and their mindfulness levels. When the relations between the sub-dimensions of mindfulness are examined, it is seen that the highest relation in positive terms is in between the total points of sub-dimensions called “Coordinating Attention” and “Naming Emotions” ( $r = .425$ ;  $p < .01$ ). It is determined that there is no significant relation between the BMI levels of individuals diagnosed with obesity and their level of exposure to childhood traumas. It is found out that there is no significant relation between the sub-dimensions of mindfulness and BMI level ( $p > .05$ ).

**Keywords:** Obesity, depression, mindfulness, childhood traumas

## 1. GİRİŞ

Obezite, beden yağ oranında artış veya aşırı kronik yağ depolanmasıdır (Butcher ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikimi” olarak tanımlamaktadır ve en riskli on küresel sağlık sorunundan biri olarak kabul etmektedir (WHO, 2016). Obezite, günümüzde bireye yüklediği ek hastalıklar ve meydana getirdiği toplumsal problemler sebebiyle ilerleyici, kronik, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008). Psikososyal bir problem olan obezite, çok nedeni ve çok faktörlü bir hastalıktır. Genetik, psikolojik, davranışsal, ailesel, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler farklı şekillerde obeziteyi etkileyebilmektedir. Enerji alımı ve harcanması arasındaki dengenin bozulmasını tetikleyen genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin yanı sıra, psikolojik, hormonal ve metabolik bozukluklar obezite gelişiminde etkili olabilmektedir (Castelnuovo ve ark., 2017).

Depresyon, bazen derin üzüntülü bazen de üzüntülü ve kaygılı bir duygu durumla birlikte fizyolojik işlevlerde, konuşmada, devinimde, düşüncede yavaşlama ve durgunlaşma olması ve bunlara ek olarak isteksizlik, değersizlik, karamsarlık, güçsüzlük, küçüklük duygu ve düşünceleri olması ile karakterize bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Yalçın ve Öztürk, 2017). Obezite ve depresyon, tıbbi ve ekonomik açıdan bireyler ve toplum için maliyetli olan iki yaygın hastalıktır (Faith ve ark., 2011). Prevalanslarının yüksek olması ve kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi ortak sağlık komplikasyonlarını paylaşmaları nedeniyle obezite ve depresyon arasında potansiyel bir ilişki olduğu varsayılmaktadır (Luppino ve ark., 2010). Birbirleriyle yakın komorbiditeleri, ortak etkileri, önlenebilir ve yönetilebilir olmaları nedeniyle, son dönemdeki çalışmalar obezitenin depresyonla nasıl ilişkilendirilebileceği konusuna dikkat çekmişlerdir (Kim ve ark., 2010). Genel olarak, obez kişilerin depresyona yol açabilecek daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarına inanılmaktadır (Dong ve ark., 2004; Ma ve Xiao, 2010). Bu nedenle, son yıllarda obezite ve depresyon arasında nedensel bir ilişki olup olmadığını inceleyen araştırmalar yapılmaktadır (Çakmur ve Güneş, 2018). Yapılan



araştırmalarda, depresyon ve obezite arasında pozitif bir ilişki olduğu, bir ilişki olmadığı ya da aralarındaki ilişkinin cinsiyete veya etnik kökene bağlı olarak değiştiği gibi çeşitli sonuçlar ortaya çıkarılmıştır (Askari ve ark., 2013; Beydoun ve Wang., 2010; Carpenter ve ark., 2000; Faith ve ark., 2011; Luppino ve ark., 2010; Ma ve Xiao, 2009; Roberts ve ark., 2003; Smith ve ark., 2018; Zavala ve ark., 2018).

Bilgece farkındalık (mindfulness), andaki mevcut deneyimlere ve olaylara özel bir tutum ile yöneltilmiş farkındalık ve dikkattir (Ayalp ve şahin, 2018). Beslenme ve yeme sürecine yönelik farkındalığın arttırılması, uzun süreli kilo kaybı üzerinde etkili bir alternatif olmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda mindfulness gibi daha yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (Camilleri ve ark., 2015). Son yıllarda, bilgece farkındalık temelli müdahaleler obezite ve ilişkili yeme davranışlarının tedavisine eklenerek genişletilmiştir (Godsey, 2013; Ouwnens ve ark., 2015) ve kilonun korunmasında veya kilo kaybı üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Lillis ve ark., 2009; Mantzios ve ark., 2014). Bazı araştırmalarda, farkındalık temelli müdahale programlarına katılan katılımcıların beden kütle indekslerinde, yeme isteklerinde, duygusal yemelerinde daha fazla azalma meydana geldiği, programın değişim yaratmada başarılı olduğu ve yeme davranışıyla ilişkili faktörleri azaltmada etkili bir yol olabileceği gösterilmiştir (Alberts ve Raes, Asadollahi ve ark., 2015; 2012; Lillis ve ark., 2009; Mantzios ve ark., 2015; Ouwnens ve ark., 2015; Tapper ve ark., 2009). Bir araştırmada ise, farkındalık temelli stres azaltma programının yeme davranışındaki olumlu değişikliklerle ilişkili olduğuna dair bir ilişki gösterilmemiştir (Kearney ve ark., 2012). Ayrıca, bazı araştırmalarda bilgece farkındalığın çeşitli boyutları (Gözlemleme, tanımlama, farkındalıkla hareket etme, içsel deneyimi yargılamama ve içsel deneyime tepkisel olmama) ile yeme patolojisi arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiş ve bilgece farkındalığın ve alt  l eklerinin yaşla ve cinsiyetle ilgili farklılıkları bildirilmiştir (Camilleri ve ark., 2015; Lavender ve ark., 2011).

Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ),  ocukluk  ağı travmalarını, on sekiz yaşın altındaki çocuklarda görülen istismar ve ihmal olarak tanımlamakta ve bu davranışların çocuğun sağlığını, yaşamını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir (WHO, 2016). Çocukluk  ağı travmaları, çocuğun ileriki yaşamını olumsuz etkileyebilen, yaşam boyu sürebilen ve ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Son yıllardaki çalışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmatik olaylara maruz kalmanın, erişkin dönem obezite gelişiminde bir risk etkeni

olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmaktadır (Bentley ve Widom, 2009; Gunstad ve ark., 2006; Nemeroff, 2004; WHO, 2016; Williamson ve ark., 2002). Çocukluk çağı travmaları ile yetişkin dönem obezite gelişimi arasındaki ilişkinin mekanizması veya hangi ölçüde ilişkili olduğu henüz tam olarak bilinmemektedir (Fuemmeler ve ark., 2009; Sağlam ve ark., 2019). Ancak, travmatik yaşam olayına verilen psikolojik tepkilerin ve yeme davranışlarındaki meydana gelen bozulmaların obezite riskindeki artıştan sorumlu olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve ark., 2020). Örneğin, çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar öyküsünün, yetişkin obez bireyler arasında yaygın olduğu bilinmektedir (Gustafson ve Sarwer, 2004; Tackett, 2002). Bazı araştırmalarda, obez bireylerde çocukluk çağı travmaları ve problemli yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Akduman, 2018; Sağlam ve ark., 2019). Obez katılımcıların çocuk istismarına maruz kaldıklarını bildirme oranları, obez olmayan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Alvarez ve ark., 2007; Anda ve ark., 2005; Fuemmeler ve ark., 2009; Gunstad ve ark., 2006; Mutlu, 2015; Rohde ve ark., 2008; Sağlam ve ark., 2019). Bazı araştırmalarda ise, çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezite gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Bentley ve Widom, 2009; Pederson ve Wilson, 2009; Yılmaz ve ark., 2020).

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, obezite tanısı olan bireylerin depresyon ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin erişkin dönem obezite gelişimlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **1.2. Hipotezler**

**H<sub>1</sub>:** Obezite düzeyi (BKİ) ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

**H<sub>2</sub>:** Obezite tanısı olan kadınların depresyon puanları obezite tanısı alan erkeklere göre daha yüksektir.

**H<sub>3</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin beden kütle indeksleri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

**H<sub>4</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

**H<sub>5</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin beden kütle indeksleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

**H<sub>6</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

### **1.3. Araştırma Soruları**

1. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyinin obezite düzeyine etkisi var mıdır?
2. Bilgece farkındalığın çeşitli boyutları obezite düzeyine (BKİ) ve cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
3. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?
4. Ailede obezite durumu bulunmasına göre depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?
5. Daha önce depresyon tanısı alma durumuna göre depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?

### **1.4. Araştırmanın Önemi**

Günümüzde obezite bireye yüklediği ek hastalıklar ve toplumsal problemler sebebiyle ilerleyici, kronik, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma ile obezitenin tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi, psikososyal açıdan ele alınması, sadece bireylerin kilo vermelerine odaklanan beslenme programlarının veya cerrahi işlemlerin uygulanması yerine, bireylerin obezite sebebiyle yaşadıkları psikolojik sorunların ve obeziteye yol açabilecek psikolojik etmenlerin açıklığa kavuşturulması amacıyla önleme ve tedavi stratejilerini iyileştirilmesine katkı sağlaması, ulaşılan kilonun kalıcılığını sağlaması ve koruyucu önlemler alınması açısından önemli bir nitelikte görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde, ülkemizde bildiğimiz kadarıyla, psikoloji alanında obezite ile bilgece farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bulunmaması ve obez bireylerin depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki bağlantıların incelenmemiş olması nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Tüm bu bilgiler ışığında, araştırmanın bu konuda literatüre katkı sağlayacağı, eksikliği gidereceği ve öncü bir nitelik

taşıyacağı öngörüldüğünde, bu çalışmanın literatüre olan katkısının azımsanamayacak nitelikte önemli olduğu görülmektedir.

### **1.5. Sayıtlar**

Araştırma kapsamında yer alan süreç, aşağıda belirtildiği üzere sayıtlar dahilinde gerçekleştirilmiştir.

1. Çalışmaya katılan obez bireylerin sosyodemografik bilgi formunu ve ölçekleri samimi bir şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.
2. Çalışmada kullanılan “Beck Depresyon Ölçeği”, “Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği- Kısa Formu” ve “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” nin çalışma kapsamında yer alan hipotezleri ve araştırma sorularını ölçtüğü varsayılmıştır.

### **1.6. Sınırlılıklar**

1. Bu çalışma Eylül-Aralık 2020 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki Klinik Obezite ve Metabolik Cerrahi Kliniği’ne ve Kocaeli ilindeki Üç İki Bir Diyet Danışma Merkezi’ne başvuruda bulunan veya düzenli olarak tedavi gören obezite tanısı olan bireyler ve onların verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
2. Araştırmadan elde edilen veriler, katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi için “Sosyodemografik Bilgi Formu”, depresyon belirtilerinin derecesinin belirlenmesi için “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, bilgece farkındalığın derecesinin belirlenmesi için “Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)” ve çocukluk çağı travmalarının derecesinin belirlenmesi için “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)” nin ölçtüğü veriler ile sınırlıdır.
3. Çalışma verileri katılımcıların öznel cevapları ile sınırlandırılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. OBEZİTE**

#### **2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması**

Obezite, en basit biçimde beden yağ oranındaki artış veya aşırı kronik yağ depolanması olarak tanımlanmaktadır (Butcher ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, “Vücutta sağlığı bozacak ölçüde aşırı yağ birikimi” olarak tanımlamaktadır ve en riskli on küresel sağlık sorunundan biri olarak kabul etmektedir. DSÖ, 2016 yılında dünya nüfusunun yarısından fazlasının fazla kilolu veya obez olduğunu ve bulaşıcı hastalıklardan veya açlığın yol açtığı hastalıklardan daha fazla ölüme neden olduğunu bildirmiştir (WHO, 2016). DSÖ verilerine göre, her yıl 4 milyondan fazla kişi obez veya morbid obez olması nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2017). Günümüzde obezite bireye yüklediği ek hastalıklar ve toplumsal problemler sebebiyle ilerleyici, kronik, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008).

Vücut yağ oranı, çeşitli laboratuvar yöntemleri (ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme yöntemi (MRI), DEXA vb.) ile ölçülebilmektedir. Çift enerjili X-ışınları absorpsiyometrisi (Dual energy x-ray absorptiometry, DEXA) ve su altında ölçüm (hidrodansitometri) gibi yöntemler net olarak vücut yağını belirleyebilmektedir. Fakat, bu yöntemler masraflıdır, pahalı donanımlar gerektirir, her yerde bulunabilen ve uygulanabilen pratik yöntemler değildir. Bu nedenle, alan çalışmalarında ve polikliniklerde “Beden Kütle İndeksi (Body Mass Index, BMI)” kullanılmaktadır. Beden kütle indeksi ilk olarak, 1835 yılında antropometrist, epidemiyolojist, astronom ve istatistikçi Lambert Adolphe Jacques Quetelet tarafından tanımlanmış ve sonrasında “Quetelet indeksi” olarak adlandırılmıştır (Eknoyan, 2008).

Obezitenin tanımlanmasında en fazla başvurulanan yöntem Beden Kütle İndeksidir (BKİ). BKİ, bireyin düşük kilolu, normal kilolu, fazla kilolu veya aşırı kilolu olup olmadığını belirleyen ve tüm dünyada kabul edilen bir yöntemdir. Fazla kilolu veya obez tanımlarını belirlemek için, poliklinik şartlarında ağırlık ve boy

uzunluğu ölçümü yapılır. Genel olarak ölçümler aç karnına, ayakkabısız ve oda giysileri içinde yapılır. Elde edilen ağırlık ve uzunluk ölçümleri ile bireyin beden kütle indeksi düzeyi hesaplanır ve obezite derecesi belirlenir (Orhan ve Bozbora, 2008).

Beden Kütle İndeksi, kilogram (kg) cinsinden kilonun, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine ( $m^2$ ) bölünerek hesaplanmaktadır. BKİ, genel olarak güreşçi, halterci vb. büyük kas kütlelerine sahip sporcular haricindeki 18-60 yaş arasındaki her iki cinsiyetten bireylere uygulanmaktadır. Çünkü, bazı antrenmanlı sporcularda bulunan aşırı adale kütleli yanış BKİ ile obezite tanısına yol açabilmektedir. Örneğin, aşırı ağırlıkları ile bilinen sumo güreşçilerinin çoğunun BKİ değeri 30'un üzerinde olmasına rağmen obez olarak değerlendirilmemektedir. Çünkü, ağırlık artışlarının büyük bir kısmı yağ oranına değil, adaleye bağılı olmaktadır (Yamauchi ve ark., 2004). Ayrıca, yaşlanma ile birlikte iskelet adalesi kütleli azalmaktadır. Genç erişkinlerde iskelet adalesi vücut ağırlıklarının yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Yaşlılarda ise bu yağsız doku kaybedildiği için; diğer deyişle adale kitlesi ve gücü azaldığı için, BKİ vücut yağını net olarak yansıtmayabilmektedir (Apovian, 2016; Butcher ve ark., 2014; Orhan ve Bozbora, 2008).

Obezitenin sınıflandırılmasında, BKİ değeri 18,5 altındakiler düşük kilolu, 18,5- 24,9 arasında olanlar normal sınırlarda ve 25,0 ile 29,9 arasında olanlar fazla kilolu olarak kabul edilmektedir. BKİ'nin 30 ve üzerinde olması "Obezite", 40 ve üzerinde olması ise "Morbid obezite" olarak adlandırılmaktadır (Fairburn ve Hawker, 2007; WHO, 2016). Diğer deyişle, vücut ağırlığının bir referans noktasından fazla olması "Fazla kilolu" olarak, vücut yağının aşırı miktarda bulunması ise "Obezite" olarak adlandırılmaktadır.

## Cizelge 2.1. Uluslararası BKİ değerlerine göre ağırlığın sınıflandırılması

Kaynak: (SB, 2017)

| Sınıflama                      | BKİ (kg/m <sup>2</sup> )<br>Genel Aralık | Genel Kesişim Noktaları    |
|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Zayıf (Düşük Ağırlıklı)</b> | <18.50                                   | <18.50                     |
| İleri düzeyde zayıflık         | <16.00                                   | <16                        |
| Orta düzeyde zayıflık          | 16.00-16.99                              | 16.00-16.99                |
| Hafif düzeyde zayıflık         | 17.00-18.49                              | 17.00-18.49                |
| <b>Normal Ağırlık</b>          | 18.50-24.99                              | 18.50-22.99<br>23.00-24.99 |
| <b>Fazla Kilolu</b>            | ≥ 25                                     | ≥25.00                     |
| Preobez (Şişmanlık Öncesi)     | ≥ 25.00-29.00                            | 25.00-27.49<br>27.50-29.99 |
| <b>Obez (Şişman)</b>           | ≥ 30                                     | ≥30.00                     |
| I. Derece Obez                 | 30.00-34.99                              | 30.00-32.49<br>32.50-34.99 |
| II. Derece Obez                | 35.00-39.99                              | 35.00-37.49<br>37.50-39.99 |
| III. Derece (Morbid) Obez      | ≥ 40.00                                  | ≥40.00                     |

### 2.1.2. Obezitenin Yaygınlığı

Prevalans, belirli bir süre içerisinde incelenen popülasyondaki toplam hasta sayısını yansıtır ve toplam popülasyona oranı olarak belirtilir. İnsidans ise, belirli bir zaman dilimi içerisinde yeni ortaya çıkan hasta sayısının, hastalık riski taşıyan popülasyona oranı olarak ifade edilir (Ward, 2013). Obezitenin prevalansı ve insidansı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli artış göstermektedir (Rahmani ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obezitenin 1975 yılından itibaren dünya çapında üç kat artış gösterdiğini bildirmiştir (WHO, 2016). Türkiye’de tüm dünyada olduğu gibi obezitenin yaygınlığı gittikçe artmakta ve ekonomik açıdan külfetli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir (Emre ve Öner, 2018).

Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre Türkiye’de obezite yaygınlığı %30,3 (Erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0) olarak bildirilmiştir. Obezitenin kadınlarda görülme oranı erkeklerin iki katıdır (SB, 2010). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2016 verilerine göre, dünya genelinde 18 yaş üzerindeki bireylerin %39’unun (%39 erkekler, %40 kadınlar) fazla kilolu oldukları, %13’ünün (%11 erkekler, %15 kadınlar) ise obez oldukları bildirilmiştir. DSÖ verilerine göre, 18 yaş ve üstü 1,9 milyardan fazla yetişkin fazla kilolu, 650 milyondan fazla yetişkin ise obezdir (DSÖ,

2017; WHO, 2016). Bir araştırmada, morbid obezitenin dünya çapında erkeklerin %0,64' n , kadınların ise %1,6'sını etkilediği belirtilmiştir (NCD Risk Factor Collaboration, 2016; Booth ve ark, 2017).

Dünya Sağlık  rg t  tarafından Avrupa, Asya ve Afrika'da yapılan ve 12 yıl süren MONICA ( okuluslu kardiyovasküler hastalıkta belirleyicilerin ve eğilimlerin izlenmesi) isimli bir çalışmada, obezite yaygınlığının on yılda %10-30 arasında artış gösterdiği bulunmuştur (DSÖ, 2017).

Obezitenin en fazla g r ld ğ  Nauru ada ülkesi, yetişkin nüfusun %61,0'ini etkileyen obezite ile dünyadaki obezite yaygınlığının en fazla olduğu ülkedir. Son yıllarda Nauru halkı, adadaki kıymetli maden yatakları sebebiyle çok zenginleşmiştir. Yaşam biçimlerinin modernleşmesi nedeniyle obezite, tip 2 diabetes mellitus gibi hastalıklar gelişmiştir (Orhan ve Bozbora, 2008). Vietnam ise nüfusun %2,1'i ile obezite yaygınlığının en az g r ld ğ  ülkedir.

Obezite, OECD (Ekonomik Kalkınma ve işbirliği  rg t )  lkeleri arasında en sık ABD'de (%46.2) görülmektedir. ABD'ni Meksika (%28,9), Yeni Zelanda (%30,8), Avustralya (%29,0) ve Bulgaristan (%25,0) izlemektedir (ProCon, 2020). Yapılan araştırmalarda, Amerika'daki yetişkin obezite yaygınlığının 1960 yılından beri neredeyse üç kat arttığı ve 1960-1962 yıllarında %13 iken, 2009-2010 yıllarında %36'ya yükseldiği gösterilmiştir (Flegal ve ark., 1998; Flegal ve ark., 2012). ABD'de CDC (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri) tarafından yapılan NHANES (Ulusal sağlık ve beslenme araştırması)  alışmasında, 2003-2004 yıllarında kadınlarda obezite yaygınlığının %33,2, erkeklerde %31,1 olduğu; 2005-2006 yıllarında ise kadınlarda %35,3, erkeklerde %33,3 olduğu gösterilmiştir (Ogden ve ark., 2007; DSÖ, 2017). NHANES 2009-2010 sonuçlarında, 20 yaş ve üzeri yaklaşık %33,0 yetişkinin fazla kilolu, %35,7'sinin obez ve %6,3'ünün ise morbid obez olduğu gösterilmiştir (Fryar ve ark., 2012). OECD  lkeleri arasında obezitenin en az g r ld ğ  ülkeler ise Japonya (%4,3), Güney Kore (%4,7), İtalya (%19,9), İsviçre (%20,6) ve Norveç'tir (%23.21) (Procon, 2020).

Avrupa'da fazla kilolu olma yaygınlığı, kadınlarda %28-78 arasında, erkeklerde %32-79 arasında değişmektedir. İngiltere'de 1980-2002 yılları arasında obezite yaygınlığı neredeyse üç kat artmıştır (Butcher ve ark., 2014). Bir araştırmada, İngiltere'de 1993 yılında erkeklerin %0,2'sinin, kadınların %1,4'ünün morbid obez olduğu, 2014 yılında ise erkeklerin %1,8'inin ve kadınların %3,6'sının morbid obez olduğu gösterilmiştir (Joint Health Surveys Unit, 2014; Booth ve ark,



2017). 2020 verilerine göre, obezite yaygınlığı İngiltere’de %27,8 olarak gösterilmektedir (ProCon, 2020).

DSÖ verilerine göre, Bosna-Hersek, Arnavutluk ve İngiltere’nin İskoç bölgesinde fazla kilolu olma durumu daha fazla görülmektedir. Obezite yaygınlığının en düşük olduğu ülkeler Özbekistan ve Türkmenistan olarak gösterilmektedir. Bu ülkelerde obezite yaygınlığı, kadınlarda %7-36 arasında, erkeklerde ise %5-23 arasında değişmektedir (DSÖ, 2017).

### **2.1.3. Obezite Komplikasyonları ve Neden Olduğu Sağlık Sorunları**

Obezite ve obeziteye bağlı hastalıklar, özellikle son yirmi yıldır sanayileşmiş batı toplumlarında artış göstermektedir. Obezite ile birlikte birçok hastalık ortaya çıkabilmektedir. Obezite, tip 2 Diabetes Mellitus (DM), hipertansiyon, hiperlipidemi, eklem hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, bazı kanser türleri (Kadınlarda özellikle meme, over, endometrium, serviks, safra kesesi - erkeklerde, prostat ve kolon), safra kesesi hastalıkları, karaciğer fonksiyon bozukluğu, uyku apne sendromu, fitiklar, bozulmuş glukoz toleransı ve koroner arter hastalıkları gibi morbiditesi ve mortalitesi oldukça yüksek çeşitli fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Askari ve ark., 2013; Booth ve ark., 2015; Fairburn ve Hawker, 2007; Karşlıoğlu, 2019; Luppino ve ark., 2010; Tav ve ark., 2010). Bireyler sadece fazla kilolu olduğunda bile bu bulaşıcı olmayan hastalıkların riski artmaktadır ve beden kütle indeksi yükseldikçe daha da ciddileşmektedir (WHO, 2020).

Obezite nedeniyle başvuran bireyler değerlendirildiğinde fiziksel hastalıklara ek olarak, depresif bozukluklara, anksiyete bozukluklarına, somatoform bozukluklara, uyku bozukluklarına, kişilik bozukluklarına, gece yeme sendromuna ve tıknırcasına yeme bozukluğuna daha sık rastlanıldığı bildirilmektedir (Allison ve ark., 2009; Ma ve Xiao, 2009; Oğuz ve ark., 2016; Papakostas ve ark., 2005). Bunların yanı sıra, şişmanlama korkusuna, özellikle gençlerde anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza gibi beslenme ve yeme bozukluklarına neden olabilmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008). 94 kadın katılımcı ile yapılan bir araştırmada, anksiyete düzeyi eşik üstünde olanların %88,9’unun, depresyon düzeyi eşik üstünde olanların ise %83,3’ünün fazla kilolu ve obez hastalardan oluştuğu bulunmuştur. Çalışmada, obezitenin anksiyete ve depresyon düzeyini arttırırken, yaşam kalitesinde de düşüşe neden olduğu gösterilmiştir (Emre ve Öner, 2018). Tav ve arkadaşlarının (2010)

yaptığı başka bir araştırmada ise, obez hastalardaki anksiyete düzeyinin eşik üstünde olduğu gösterilmiştir.

Türkiye’de Abdi İbrahim İlaç Firması tarafından desteklenen, toplam 47 ilde 4,264 kişinin katılımı ile yapılan METSTAR (Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması)’na göre, 20 yaş ve üzerindeki nüfusta Metabolik Sendrom (Bel çevresi genişliği, hiperglisemi, hipertansiyon, HDL kolesterol düşüklüğü, hipertrigliseridemi faktörlerinin en az üçünün olması) araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye’de metabolik sendrom sıklığı görülme oranının %35 olduğu ve nüfusun %36’sında abdominal obezite olduğu bulunmuştur. Kadınlarda bu oranın %54,8 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, metabolik sendromun en fazla 60-69 yaş aralığındaki grupta olduğu ve bu oranın da %62 olarak bulunduğu gösterilmiştir (Cooper ve ark., 2007).

Amerika’da NHANES 2003-2006 verilerine göre gerçekleştirilen ve metabolik sendrom sıklığının araştırıldığı bir çalışmada, 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde görülen metabolik sendrom sıklığının yaklaşık %34 olduğu bulunmuştur. 60 yaş ve üzeri erkeklerin kriterleri karşılama olasılığının en genç yaştaki gruba göre dört kattan fazla, obez erkeklerin ise altı kattan fazla olduğu gösterilmiştir. Aşırı kilolu erkeklerin kriterleri karşılama olasılığının yaklaşık 6 kat fazla olduğu, obez erkeklerin normal kilolu erkeklere göre yaklaşık 32 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda ise, aşırı kilolu olanların kriterleri karşılama olasılığının 5 kattan fazla olduğu, obez kadınların normal kilolu kadınlara göre 17 kattan fazla olduğu gösterilmiştir (Ervin, 2009). Bu bulgular, metabolik sendromun yaygın olduğunu, yaşla ve BKİ değerleri ile arttığını, obezitenin sadece bir estetik sorunu değil, aynı zamanda çok ciddi bir sağlık sorunu olduğunu ve beraberinde birçok sağlık problemini ortaya çıkarabildiğini göstermektedir.

#### **2.1.4. Obezitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Psikososyal bir problem olan obezite, çok nedenli ve çok faktörlü bir hastalıktır. Genetik, psikolojik, davranışsal, ailesel, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler farklı şekillerde obeziteyi etkileyebilmektedir (Castelnuovo ve ark., 2017). Enerji alımı ve harcanması arasındaki dengenin bozulmasını tetikleyen genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin yanı sıra, psikolojik, hormonal ve metabolik bozukluklar da obezite gelişiminde etkili olmaktadır. Özellikle, genetik eğilimin ve

dış etkilerin, etiyolojide yer alan iki önemli faktör oldukları söylenmektedir (Hamurcu ve ark., 2015; Orhan ve Bozbora, 2008).

#### **2.1.4.1. Genetik Yapı**

Bazı insanlar yüksek kalorili yemeklerle beslendiği halde kilo almazlar, bazıları da sadece çikolata gibi tek bir besinle bile kilo alabilirler. Yemeğe ulaşmanın oldukça kolay olduğu günümüzde, obez olma yatkınlığını belirleyen en önemli faktörlerden birinin “genetik yapı” olduğu düşünülmektedir. Fazla enerji alımı ve az enerji tüketimi gibi faktörlerde etkili çeşitli genetik komponentlerin (Leptin geni mutasyonları, agouti peptidi defekti, carboxypeptidase geni, pro-opimelanocortin vb.) olduğu bilinmektedir (Branson ve ark., 2003; Orhan ve Bozbora, 2008). İlkel yaşamdaki geleneksel toplulukların (Pima Kızılderilileri, Nauruanlar vb.) yaşadıkları kıtlık dönemlerinde, hayatta kalmalarına yardımcı olan bazı genlerin, günümüzde bu genleri taşıyan insanların fazla miktarda yemek yediklerinde kilo alma eğilimlerini arttırdığı düşünülmektedir (Butcher ve ark., 2014). Bu genler, besinlerin bol olduğu zamanlarda, uzun yolculuklar veya kıtlık mevsimleri gibi zamanları geçirebilmek için yağ depolamaya çalışır. Bu geni taşıyan kişiler bu şekilde hayatta kalabilirler. Bu kişilerde hem bolluk hem de kıtlık mevsimlerinde patoloji gelişmez. Fakat bu genleri taşıyan bireyler, modern yaşama geçtiklerinde ve besinleri bol buldukları her mevsimde obezite gelişmeye başlar (Orhan ve Bozbora, 2008).

Zayıflığın da aileden aktarıldığı ileri sürülmektedir. Hem düşük yağ oranı, hem de zayıflıkla ilişkilendirilen genlerin bazı hayvanlarda da olduğu bulunmuştur ve yüksek yağlı bir rejim uygulansa bile obez olmayan bir fare türü olduğu bulunmuştur. Bu hayvanlar, obeziteyi teşvik eden bir ortama rağmen toplumumuzdaki zayıf kalan insanlar için potansiyel modeller haline gelmişlerdir (Butcher ve ark., 2014; Fairburn and Brownell, 2002).

Yapılan ikiz çalışmalarında, genlerin tıknırcasına yeme eğiliminde ve obezite gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir (Bulik ve ark., 2003; Naukkarinen ve ark., 2011). Bir çalışmada, tıknırcasına yeme ile ilişkili “Melanocortin 4 receptor (MC4R)” isimli bir genetik mutasyon keşfedilmiş ve bu geni taşıyan bireylerin hepsi tıknırcasına yeme ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Branson ve ark., 2003). Bu nedenle, genetikle ilgili yapılacak çalışmaların obeziteye genetik olarak duyarlı bireylerin tedavisi ve önleme çalışmaları için yararlı olacağı belirtilmektedir (Ramachandrapa ve Farooqi, 2011).

#### **2.1.4.2. Hormonal ve Metabolik Etmenler**

İnsan bedeni, alacağı günlük besin miktarını düzenleme ve uzun dönemdeki besin alımı ile enerji çıktısını dengeleme becerisine sahiptir. “Leptin” isimli hormon, bu sistemin temel unsurudur. Leptin, yağ hücreleri tarafından üretilir ve yemek alımını azaltır. Bedensel yağ arttığında, leptin üretimi de artar. Bu durum, besin alımının azalmasına neden olur. Leptin üretimini engelleyen genetik mutasyonlar, insanlarda aşırı iştah ve morbid obeziteye neden olur (Beydoun ve ark., 2010; Naukkarinen ve ark., 2011).

İştahı güçlü bir şekilde uyaran diğer bir hormon mide tarafından üretilen “Grehlin”dir. Öğünden önce grehlin düzeyi artar ve yemek yenildikten sonra düşer. İştah denetim sisteminde önemli bir rolü vardır. Genetik bir bozukluk olan Prader-Wili sendromunda da yüksek grehlin düzeyi görülür. Bu sendroma sahip kişilerde obezite görülür ve genellikle obezite ile ilgili nedenlerden dolayı otuz yaşından önce hayatlarını kaybederler. Bu bireylerin yemek yeme istekleri çok fazla olur ve tıknırcasına yemelerini engellemek için yiyeceklerin yasaklanması gerekebilir (Butcher ve ark., 2014; Orhan ve Bozbora, 2008).

Ayrıca uyku süresindeki azalmanın da etkili olduğu bilinmektedir. ABD’de uyku süresinin son kırk yılda iki saat kadar kısaldığı söylenmektedir. Uyku süresinin kısılması, grehlin düzeylerinin artmasına ve leptin düzeylerinin azalmasına; iştahın ve açlık hissinin artmasına neden olmaktadır (Spiegel ve ark., 2004).

Sonuç olarak, Leptin geni veya Prader-Wili sendromu gibi örnekler, kilonun düzenlenmesinde ve yeme davranışında genlerin rolünü ve önemini vurgulamaktadır (Ramachandrappa ve Farooqi, 2011).

#### **2.1.4.3. Sosyokültürel Etkiler**

Obezitenin gelişmesinde, çevresel etkenlerin önemli bir rolü olmaktadır. Bazı bireyler, genetik yapıları ve kişilikleri nedeniyle egzersizi geri plana iterken, bazı bireyler tüketimi teşvik eden bir kültür içerisinde yaşamaktan kaynaklı kilo ilgili problemler yaşarlar. Fiziksel aktivite seviyesi, zaman içinde meydana gelen kilo alım miktarını etkileyebilmektedir. Sağlıklı beslenememenin veya sık egzersiz yapamamanın en önemli engellerinden biri zaman baskısıdır. İnsanlar günümüzde yürümek yerine araba kullanmayı, merdivenleri yürüyerek çıkmak yerine asansöre binmeyi veya açık hava sporları yerine motorlu taşıtlar ile gezmeyi tercih etmektedirler. Günlük yaşantı içerisindeki hareket azlığı, sağlıklı yaşamın azalmasına

ve obezitenin artmasına neden olmaktadır. Bir araştırmada, obezitenin düşük fiziksel aktivite ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu gösterilerek, fiziksel aktivitenin önemi desteklenmiştir (Riebe ve ark., 2009).

Fiziksel aktiviteyi arttırmanın kilo alımını önlemede veya yeniden kilo alımını engellemede önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Ne yazık ki, günümüzde oluşturulan çevre fiziksel aktiviteyi teşvik eden bir ortam değildir ve aslında son yıllardaki teknolojik ilerlemeler, büyük oranda fiziksel aktivitede düşüşe neden olmaktadır. İlerleyen teknoloji, telefonlar, bilgisayarlar, televizyon, ulaşım araçları gibi modern hayatın getirdiği kolaylıklar bireylerin fiziksel aktivitelerini oldukça sınırlayarak, günlük enerji tüketimlerini azaltmaktadır. Aynı zamanda, obezitenin gelişiminde ve tedavinin başarısızlığında ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, fiziksel aktivitenin arttırılması desteklenmeli ve teşvik edilmelidir (Hill ve Wyatt, 2005; Orhan ve Bozbora, 2008).

Yemekleri çok hızlı bir şekilde tüketmek, doğal tokluk hissini ortadan kaldırarak, sürekli yeme isteğine neden olmaktadır. Hayatın gittikçe hızlanması sebebiyle, yemek hazırlayacak zaman bulmak güçleşmektedir. Dolayısıyla insanlar yemek hazırlamak yerine, dışarı çıkmayı, fast-food yemeyi veya evde hazır yemekle beslenmeyi tercih etmektedir (Butcher ve ark., 2014). Yemek endüstrisi de besin alımını en üst düzeye çıkarmaya yönlendirmektedir. Örneğin, ABD’deki restoranlar büyük porsiyonlar sunarak, süper-boy kültürü ile insanların olması gerekenden daha fazla yemek almalarına teşvik etmektedir (Brownell ve Horgen, 2003). Bu şekilde aşırı yemek tüketimini vurgulayan bir kültüre maruz kalmak, obezite oranının artmasına neden olmaktadır (Kanter ve Caballero, 2012). Amerika’da yapılan bir araştırmada, göçmenlerin, ABD’de doğup büyüyenlere göre, aşırı kilolu veya obez olma eğilimlerinin daha düşük olduğu ve Amerika’da geçirdikleri on yılın sonunda BKİ düzeylerinde artış olduğu gösterilmiştir (Goel ve ark., 2004). Ayrıca, patates, tavuk, balık gibi derin yağda kızartılan yiyecekler, börekler, kurabiyeler, yağlı veya işlenmiş etler, yağlı süt ile yapılan dondurma, yoğurt, peynir gibi gıdalar, yemeklere eklenen mayonez ve çeşitli soslarla aşırı yağ alınmaktadır. Yağlı, yüksek kalorili ve karbonhidratlı besinlere kolay ulaşılabilirlik, yağlı gıdaların daha lezzetli ve doyurucu olduklarının düşünülmesi, toplumdaki obezite riskini arttırmaktadır (Kahraman ve ark., 2014). Sonuç olarak, aşırı yağ alımının vücut ağırlığı ve obezite ile pozitif yönde ilişkisi vardır (Jeffery ve ark., 2006). Bütün bu durumlar da

obezitenin gelişmesinde, sosyokültürel etkenlerin önemli ölçüde etkili olduğunu göstermektedir.

#### **2.1.4.4. Ailenin Etkileri**

Son otuz yıldır, çeşitli alanlardan araştırmacılar, obezite artışını durdurmak veya azaltmak amacıyla obezitenin olası nedenlerini anlamaya çalışmaktadırlar. Sosyal etkilerin olası rolü de oldukça araştırılan bir konudur ve müdahaleler için potansiyel bir önem taşımaktadır. Aşırı yeme ve obezite gelişiminde ailedeki davranış örüntülerinin rolü olduğu düşünülmektedir. Ailenin kalori ve yağ oranı yüksek düzeyde olan yiyeceklerle beslenmesi, yemeğe yönelik tutumu veya yemeğe aşırı önem vermesi gibi davranış örüntüleri, aile üyelerinde obeziteye neden olabilmektedir. Bazen de aşırı yemek, aile üyeleri arasında duygusal problemlerin azaltmaya yönelik veya sevgi göstermeye yönelik anlamlar kazanabilmektedir (Butcher ve ark., 2014). Ayrıca, annenin hamilelik döneminde sigara içmesi, çocukların aşırı kilolu ve obez olma riskini arttırabilmektedir (Power ve Jefferis, 2002; Harris ve ark., 2014). Fazla kilolu veya obez çocuklar yetişkinliklerinde de fazla kilolu olmaya devam etmektedirler (Ino, 2010).

Obez bireylerdeki adipoz hücrelerinin, normal kilolu bireylere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Blüher, 2009; Demirci ve Gün, 2017). Obez bireyler kilo verdiklerinde bu hücreler küçülür, fakat sayıları azalmaz. Aileleri tarafından aşırı beslenen bebekler ve çocuklarda daha fazla adipoz hücresi oluşur. Bu durum da yetişkinlik döneminde kilo problemleri yaşamalarına yol açabilir. İsveç'te 10 yıllık aralıklarla takip edilen ve 40 yıl süren bir izleme çalışmasında, hastaneye yatırılan fazla kilolu 504 çocuğun %47'sinin yetişkinlik döneminde de fazla kilolu oldukları bulunmuştur. Bu çalışma ile ailedeki obezite öyküsünün ve derecesinin (ebeveynler, büyükanne, büyükbaba vb.) ve pubertal dönemdeki obezite derecesinin yetişkinlik dönemindeki obezitenin kalıcılığını etkileyen önemli faktörler olduğu gösterilmiştir (Mossberg, 1989). Dünya Sağlık Örgütü, müdahale edilmeyen obez çocukların ve ergenlerin, yetişkinlik dönemlerinde de obez olmaya devam edebilmelerinin yüksek ihtimal olduğunu vurgulamıştır (WHO, 2020).

İnsanların kardeş, eş veya yakın arkadaş gibi kendilerine yakın hissettikleri kişilerin obez olması, kendilerinin de obez olma ihtimalini büyük oranda arttırmaktadır. Bir araştırmada, obez bireylerin, obez olmayanlara göre, ailelerinde obez birey bulunma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erkol ve Khorshid,

2004). Aile üyelerinde veya yakın arkadaşlarda obez bireylerin olması, şişmanlığa ve diyetle daha duyarlı hale gelmelerine, yeme örüntülerinin ve yemek seçimlerinin etkilenmesine ya da kilo ile ilgili tutumlarını değiştirmelerine neden olabilmektedir (Cunningham ve ark., 2012; Fairburn, 2019). Christakis ve Fowler'ın (2007) obezitenin sosyal bağlar yoluyla yayıldığını gösterdikleri bir çalışmada, obez erkek bir arkadaşla sahip erkek katılımcıların obez olma risklerinin %100 arttığını, yetişkin kardeş çiftleri arasında ise, bir kardeşin obez olması durumunda diğer kardeşin de obez olma ihtimalinin %40 oranda arttığını göstermişlerdir. Evli çiftler arasında, eşlerden birinin obez olması durumunda, diğer eşin de obez olma riskinin %37 arttığı ve eşlerin de birbirlerini benzer şekilde etkilediği gösterilmiştir. Sonuç olarak, obez sosyal bağlara sahip olmak, bir kişinin obez olmaya toleransını değiştirebilmekte veya sigara içmek, yemek yemek veya egzersiz yapmak gibi belirli davranışları benimsemelerini etkileyebilmektedir.

#### **2.1.4.5. Stres ve Rahatlatıcı Yemek**

Duygusal yeme, anksiyete, sinirlilik, can sıkıntısı, yalnızlık gibi olumsuz duygulara tepki olarak aşırı yemek yeme eğilimidir ve zaman içerisinde kilo alımıyla, kilo vermeyle ve kilo kaybının sürdürülmesiyle ilgili meydana getirdiği zorluklar açısından kilo ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Fazla kilolu veya obez bireylerin en az %60'ının aynı zamanda duygusal yiyiciler oldukları ileri sürülmektedir (Frayn ve Knauper, 2018; Sevinçer ve Konuk, 2013). Düşük kilolu, aşırı kilolu ve obez bireylerin katılımı ile yapılan bir araştırmada, düşük kilolu bireylerin, olumsuz duygusal durumlarda, fazla kilolu ve obez bireylere göre daha az yemek yediklerini bildirdikleri gösterilmiştir (Geliebeter ve Aversa, 2003).

İnsanlar üzgün veya stresli hissettiklerinde olumsuz duygulanımlarını azaltmak için kendilerini yemeye verme veya kötü hissettiklerinde karbonhidrat, şeker ve yağ oranı yüksek yemeklerde teselli bulma eğiliminde olmaktadır (Lefebvre ve ark., 2019). Ng ve Jeffery'nin (2003), 12.110 kişinin katılımı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, yoğun stres yaşayan çalışanların, daha az stresli olan çalışanlara göre yağ oranı daha fazla olan yiyecekleri tükettikleri ve sağlıklı yemekleri daha az tercih ettikleri gösterilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada ise, benzer durumun farelerde de görüldüğü bulunmuştur. Fareler soğuk bir ortamda bırakıldıklarında, yani kronik strese maruz kaldıklarında, şeker ve yağ oranı yüksek olan besinleri tercih etmişlerdir. Rahatlamak için yemek yiyen farelerin, yeni akut

strese maruz kaldıklarında daha sakin davrandıkları görülmüştür. Bu nedenle, şekerli ve yağlı besinlerin, strese tepki sistemindeki etkinliği azaltmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir (Dallman ve ark., 2003). Bu sonuca göre, kilo alma veya fazla kiloyu sürdürme eğilimi, öğrenme ilkeleri bağlamında açıklanabilmektedir. Diğer deyişle, insanlar televizyon izlerken, sinemada, partide vb. çeşitli çevresel uyarıcılara tepki olarak yemeye koşullanmaktadır. Obez bireylerin, normal kilodaki bireylere göre daha fazla koşullandıkları görülmektedir. Depresyon, kaygı, öfke, sıkıntı gibi duygular da daha fazla yemeye neden olabilmektedir. Bu tür yemenin pekiştirilme nedeninin ise, yemeğin tadının bireylerde hoşnutluk yaşatması ve duygusal gerilimlerini azaltması olduğu düşünülmektedir (Butcher ve ark., 2014). Diğer deyişle, obez kişilerin bu şekilde bir besin alımına yönelmeleri, olumsuz duygulanımlarını azaltmak için uyguladıkları baş etme yöntemleri olmaktadır (Mukaddes ve Konuk, 2013).

Duygusal yemenin fazla olmasının, depresyon ve sıkıntı duygularını azaltma gibi bir işlevinin olup olmadığı ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Bir araştırmada, duygusal yemelerinin fazla olan katılımcıların daha yüksek depresyon belirtileri göstermeye eğilimli oldukları gösterilmiştir (Fischer, 2007). Obez bireylerin büyük bir kısmı depresyon veya benzer psikolojik problemler yaşamaya eğilimlidirler. Örneğin bir araştırmada, obez bireylerin normal kilolu bireylere göre, yaşam boyu süren duygu bozuklukları oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Petry ve ark., 2008). Başka bir çalışmada ise, yeme bozukluğu olan bireylerde, kaygı veya depresyon gibi duygu durumlarına tepki olarak gelişen tıknırcasına yeme davranışının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kenardy ve ark., 1996).

#### **2.1.4.6. Tıknırcasına Yeme**

Tıknırcasına yeme bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri kitabına girmiş bir bozukluktur (DSM-5). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan, bireylerin benzer koşullarda çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla yeme atakları olur, fakat yediklerini çıkarma davranışları olmaz. Bu bireylerin bir kısmı normal kiloda olurlar ve hekime başvurmazlar, bir kısmı da aşırı kilolu olurlar ve şişmanlığa ve obeziteye yönelik ameliyatlara için hekime başvururlar (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Obezitenin gelişme nedenlerinden biri de tıknırcasına yeme olabilmektedir. Obezite ile tıknırcasına yeme birbirini etkileyerek daha da kötüleştirebilir. Aynı zamanda, tıknırcasına yeme, obezitenin sürdürülmesine neden olabilir ve tedavisini



zorlaştırabilir. Katı diyet içeren obezite tedavileri de tıknırcasına yeme sorunlarını daha da arttırabilir. Bu nedenle, öncelikle yeme sorununu ele almak gerekebilir (Fairburn, 2019).

Obeziteye, zayıf olma ideali yönündeki sosyal baskılar da etkili olmaktadır. Kilolu olmak, bireyi genellikle diyet yapmaya ve irade azaldığında tıknırcasına yemeye yönlendirebilmektedir. Benzer olarak, modern toplumlarda çoğu birey istemli bir şekilde yeme davranışlarını kısıtlamaya çalışmaktadırlar. Bu davranışa “Restrained eating” denilmektedir. Bireylerin bu tür çabaları, kalori kısıtlaması döneminde çökerek, aşırı yemeye neden olabilmektedir. Çünkü, kendilerini sürekli kontrol altında tuta ve sürekli az yemeye dikkat eden kişiler, alkol aldıklarında veya stresli durumlarda diyetlerine ara verdiklerinde kontrol mekanizmaları ortadan kalkar ve aşırı miktarda yemeye başlayabilirler (Orhan ve Bozbora, 2008). Ek olarak, katı diyet yapan kişiler hedeflerine ulaşamadıklarında kendilerini başarısız olmuş gibi hissedebilirler. Tekrarlayan başarısızlık durumları da aşırı yemeyi tetikleyebilir. Katı diyet yapan kişiler kurallarını bozduklarında ise, diyeti bir süreliğine bırakma eğiliminde olabilirler ve böylelikle tıknırcasına yeme periyodu ortaya çıkabilir (Fairburn, 2019).

Düşük benlik saygısı ve depresyon da tıknırcasına yemenin diğer bir sebebi olabilmektedir. Örneğin Hamurcu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir araştırmada, benlik saygısının obez bireylerde 1,49 kat, morbid obez bireylerde ise 3,32 kat daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Stice ve arkadaşlarının (2002) iki yıl süren bir çalışmalarında, depresyonla birlikte akranlardan yeterli destek görememenin kızlarda tıknırcasına yeme riskini arttırdığı ve zayıf olma baskısı, depresif belirtiler, duygusal yeme, düşük benlik saygısı gibi etmenlerin tıknırcasına yeme başlangıcını öngördüğünü bulmuşlardır. Bunlara ek olarak, aşırı kilolu olan çocukların, akranları tarafından reddedilme risklerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Harrist ve ark., 2016; Zeller ve ark., 2008). Bu durumlar, olumsuz duygulanımı arttırarak, olumsuz duygulara tepki olarak tıknırcasına yeme örüntüleri oluşturabilmektedir. Böylelikle, kilo, depresyon ve akranlardan yabancılaşmayı arttırarak kısır döngü haline gelebilmektedir (Butcher ve ark., 2014).

#### **2.1.4.7. Kullanılan Bazı İlaçlar**

Özellikle hormonların ve psikoaktif ilaçların kilo alımına neden olduğu bilinmektedir. Yüksek dozda steroid (östrojen, glukokortikoid) kullananlarda obezite

görülebilmektedir. İnsülinin kullanıldığı doza bağlı olarak da kilo alımı görülebilir. Bazı antidepresanların (lityum, imipramin, fenelzin, amitriptilin), antidiyabetiklerin (insülin), antipsikotiklerin (fenotiyazin, butirofenon), antiepileptik ilaçların (valprote, karbamazepin), insülin, sülfonilüreaların ve glukokortikoidlerin vücut ağırlığını arttırdığı, çeşitli östrojenlerin ve oral kontraseptiflerin de iştah açılmasına neden oldukları bilinmektedir (Butcher ve ark., 2014).

Japonya’da 2002 yılında, olanzapin kullanan hastalar diyabetik ketoasidoz nedeniyle hospitalize edilmişlerdir. Ardından, ilacın kullanma talimatına kilo alımı, şeker hastalığını veya bazen koma veya ketoasidoz (kan ve idrardaki ketonlar) ile bağlantılı şeker hastalığının kötüleşmesi olarak belirtilen glikoz metabolizmasını bozucu ve diyabetojenik etkileri yazılması tüm dünyada zorunlu hale getirilmiştir (ZYPREXA Kullanma Talimatı). Böylece, olanzapin, klozapin ve diğer birçok psikotrop ilacın kilo alımı ve metabolik yan etkilerinin olduğu ortaya çıkmıştır (Cooper ve ark., 2007).

#### **2.1.4.8. Sigara İçme veya Sigaranın Bırakılması**

Nikotin, yağ depolanmasını ve lipaz aktivitesini etkilemektedir ve sigara bırakıldığında da lipaz aktivitesinde değişiklik olmaktadır. Bu nedenle, sigarayı bırakan bireylerde kilo alımı sıklıkla görülmektedir. Nikotin yoksunluğu sonucu aşırı yemek yeme ve kilo alma görülebilmektedir. Özellikle genç kadınlarda kilo alma ile ilgili endişeler, sigarayı bırakmamaya karar vermelerinde bile etkili olabilmektedir (Adams ve ark., 2012; Meyers ve ark., 1997).

Genellikle, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk hafta içerisinde 1-2 kg, toplamda da 4-5 kg veya daha fazla kilo alınabilmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008). Dare ve Mackay’in (2017) 499,504 katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada, eskiden beri sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan bireylere göre obez olma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çalışmada sigara içen bireyler arasında değerlendirme yapıldığında, obezite riskinin içilen sigara miktarıyla birlikte artış gösterdiği ve uzun süredir aşırı sigara içenlerin, uzun süredir daha az sigara içen bireylere göre daha fazla obez oldukları bulunmuştur. Türkiye’de 25 yaş üstü 15,724 kişinin katılımı ile yapılan başka bir araştırmada ise, uzun süredir sigara içme ile obez olma riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Diğer deyişle, sigarayı bırakma olasılığı, bireyi daha fazla yemeye yöneltmekte, kalori yakımını yavaşlatmakta ve kilo alma olasılığını arttırmaktadır (Karaoğlu, 2018).

#### 2.1.4.9. Sosyoekonomik, Etnik ve Cinsiyete Bağlı Faktörler

Obezite, toplumun tüm kesimlerinde görülebilmese de, düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplarda daha sık görülmektedir (Booth ve ark., 2017; Çayır ve ark., 2011). Beslenme şekli, çalışma hayatı ve aile yapısı bu duruma etki eden faktörlerdendir. Obezitede iki nedenden dolayı düşük sosyoekonomik düzey etkili olabilmektedir. Birincisi, sağlıklı yiyeceklerin daha az bulunabilirliğinin ve satın alınabilirliğinin olmasıdır. Diyet kalitesindeki farklılıklar, taze meyve, sebze ve balık gibi daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip (SES) bireyler arasında, taze ve kaliteli ürünlerin daha sık tüketilmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Çünkü, taze ürünler marketlerde ve manavlarda daha yüksek ücretlendirilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan kesimler, genellikle ucuz bitkisel yağlar ve trans yağlar açısından zengin ve enerji bakımından yoğun besinleri tercih etmeye bırakılmaktadır. Örneğin, Orta Doğu, Asya ve Afrika ülkelerinde yemeklik yağ tüketimi çok hızlı artmıştır. Ayrıca, gıda maddelerinin ağırlık başına fiyatı, gıda seçiminin önemli bir belirleyicisidir. Düşük yağlı protein kaynakları, örneğin ağırlık başına daha az maliyetli olan kümes hayvanları ve bakliyatlar, düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler için tercih edilen seçenekler olmaktadır. İkinci olarak, daha az fiziksel aktiviteye katılımın olması düşük sosyoekonomik durumu olan gruplarda önemli bir risk faktörü olarak gösterilmektedir. Düşük sosyoekonomik statülü toplumlarda, güvenli yürüyüş yolları, bisiklet ve oyun alanları gibi kaynakların eksikliği ve dolayısıyla amaçlı veya boş zaman fiziksel aktivite seviyesinin düşüklüğü obezitenin gelişmesine neden olmaktadır (Bhurosy ve Jeewon, 2014).

Gelir ve eğitim seviyesinde eşitsizlik olması, obezitenin gelişmesine katkıda bulunabilmektedir. Çünkü, yaşam tarzı seçimlerini, diyet kalitesini ve fiziksel aktivite kaynaklarına ulaşımı etkileyebilmektedir. Düşük gelire sahip olmak, sağlık kaynaklarına erişimi de önemli ölçüde azaltabilmektedir (Booth ve ark., 2017).

Obezite kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Bhurosy ve Jeewon, 2014; Çakmur ve Güneş, 2018; Emre ve Öner, 2018). Ayrıca, yaşla birlikte kilo alımının ve obezitenin arttığı bilinmektedir (Çayır ve ark., 2011; Hamurcu ve ark., 2015). Türkiye’de kırsalda yaşayan kadınların obezite durumunu araştıran bir çalışmada, yaş arttıkça obezitenin arttığı ve katılımcıların %38,3’ünün obez, %5,3’ünün ise morbid obez olduğu gösterilmiştir (Emre ve Öner, 2018).

Bunlara ek olarak, ırk ve yaşanan yer de obezitenin gelişmesinde etkili olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde şişmanlık, etnik gruplarda daha fazla görülmektedir.

Booth ve arkadaşlarının (2017) İngiltere’de 10,628 kişinin katılımı ile yaptıkları bir araştırmada, kadınlarda morbid obezite yaygınlığı %3,7 iken, erkeklerde %1,7 olduğu, Amerika’da kadınlarda %9,6 iken, erkeklerde %4,8 olduğu gösterilmiştir. Morbid obezitenin siyahi kadınlarda %16, İngiltere’de %5,4 oranında bulunduğu gösterilmiştir. Hem ABD’de hem de İngiltere’de en yüksek eğitim seviyesine veya gelirine sahip olan katılımcılar, önemli derecede düşük morbid obezite oranına sahip olarak bulunmuştur. Tam tersi olarak, İngiltere’de hem erkekler hem de kadınlarda, daha düşük gelire ve eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların morbid obeziteye sahip olma olasılıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Yunanistan ve İspanya gibi gelişmiş ülkelerde, erkeklerin sosyal statüleri arttıkça daha obez oldukları gözlemlenirken, kadınların daha zayıf olmaları için baskı oluşturan kültürel faktörlerin, bu ülkelerde kadınlardan çok daha fazla kilolu erkeklerin olmasının nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir (Kanter ve Caballero, 2012).

Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında meslek, birçok gelişmekte olan ülkede önemli bir fiziksel aktivite kaynağı olmaya devam etmektedir. Güney Asya, Orta Doğu, Kuzey Afrika, Latin Amerika ve Karayipler’deki birçok ülke ve bölgede, erkekler kadınlardan çok daha fazla günlük fiziksel aktivite gerçekleştirmektedir. Değişen fiziksel aktivite biçimleri ve sosyokültürel inançlar, özellikle Karayipler’de ve Latin Amerika’da yaşayan kadınların erkeklere kıyasla daha fazla kilo almalarına neden olmuştur. Kırsalda yaşayan Meksikalı kadınların çoğu, gıdalara erişilebilirliğin kolaylaşması nedeniyle kendi ürettikleri ürünleri yapmaya ihtiyaç duymamaya başlamışlardır (Kanter ve Caballero, 2012). Jamaika’da ise, obezite kadınlar arasında kültürel olarak daha kabul edilebilir olarak görülmektedir. Çünkü aşırı kilo alımı annelik ve beslenmeyle ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla obezite görülmektedir (Ichinohe ve ark., 2005). Doğu Asya ve Pasifik’te, batılılaşma beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını büyük ölçüde etkilemiş olsa da vücut imajı ile ilgili geleneksel inançlar devam etmektedir. Bu ülkelerde, daha büyük vücut tipleri kabul edilmektedir ve kültürel olarak büyük vücut tipine sahip olmak daha iyi bir sosyoekonomik statüyle ilişkilendirilmektedir. Marshall Adaları’nda, kültürel inançların, bu ülkelerdeki aşırı kilo ve obezite algısını etkileyebileceği düşünülmektedir. Çünkü, kadınların yaklaşık dörtte üçü fazla kilolu veya obezdir. Kadınlarda obezite, yaş artışıyla, eğitim seviyesinin artmasıyla ve ithal gıda tüketiminin artmasıyla ilişkilidir. Zayıflık, özellikle kadınlar arasında kısırlık

veya hastalıkla ilişkilendirilirken, daha büyük vücut şekilleri sağlıklı olmakla ilişkilendirilmektedir. Bu tür kültürel inançların da yemek seçimi veya yaşam tarzı alışkanlıkları üzerinde oldukça etkisi olmaktadır (Gittelsohn ve ark., 2003).

Afrika'da sosyokültürel inançlar, aşırı kiloluluk ve obezite oranını etkilemektedir. Afrika'da obezite ve fiziksel hareketsizlik, yüksek sosyal statü, doğurganlık, sağlıklı olmak ve refah ile ilişkilendirilmektedir. Giysilerle ilgili kültürel farklılıkların olması da etkili olmaktadır. Bu konuda Mokhtar ve arkadaşları (2001), Kuzey Afrika'da, geleneksel bol kadın giyim tarzını, gizli obezite veya gizli açlıkla eşdeğer tutmuşlardır. Bu tür kısıtlamalar ve sosyokültürel inançlar, kadınların boş zamanlarında yaptıkları fiziksel aktivitelerini kısıtlayarak, erkeklere göre daha fazla kilo almaya eğilimli hale getirmektedir (Mokhtar ve ark., 2001). Afrika'da özellikle 1981-1990 yılları arasındaki beden kütle indeksindeki önemli artışın düşük fiziksel aktivite seviyesiyle ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu süreçte, Afrika bölgelerindeki obezite yaygınlığı, 1980'lerin sonlarındaki azalan fiziksel aktivite seviyeleri ile açıklanmıştır. Nedenleri olarak, ulaşımda taksilerin ve otobüslerin en yaygın ulaşım araçları haline gelmesi, el işçiliğinden veya ağır işçilikten fiziksel olarak daha az çaba sarf ettiren işlere geçilmesi ve daha besleyici yoğun besinlerin tüketimine geçilmesi olarak gösterilmiştir (Bhurosy ve Jeewon, 2014).

Orta Doğu ve Kuzey Afrika gibi muhafazakâr toplumlarda, Suudi Arabistan, Umman ve Kuveyt gibi OECD'ye dahil olmayan yüksek gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar aşırı korunmakta ve dini engeller nedeniyle halka açık yerlerde fiziksel aktivitelere katılamamaktadır. Bu nedenle, aşırı kilo ve obezite konusundaki bu cinsiyet eşitsizlikleri, özellikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika'daki gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında daha da artmaktadır. Mısır gibi bazı ülkelerde de, kültürel açıdan kadınların fazla kilolu olması daha çok kabul görmektedir (Galal, 2002).

Ayrıca, medya ve reklamcılık, sağlığı, beslenmeyi, aktiviteyi, insanların güvenini ve bedenini sosyal olarak kabulünü olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Burmeister ve Carels, 2014; Puhl ve Heuer, 2009). Doğu toplumlarında, beden kütle indeksi yüksek olan insanlar, çoğunlukla reddedilme veya psikolojik sıkıntı yaşamamaktadır. Çünkü, İslam ülkelerindeki medyada, genellikle her tip vücut sosyal olarak kabul edilmektedir. Fakat, tam tersi olarak batı toplumlarındaki obez insanlar medya sebebiyle kendilerine güven sorunu yaşamaktadır. İnsanların kendilerine güvenleri ve sosyal olarak kabul edilebilirlikleri azaldığı için de anksiyete seviyeleri artmaktadır. Bu nedenle, sadece beden kütle indeksi anksiyete

oranının artmasında önemli bir etken değildir. Bu ilişki aynı zamanda topluma, kültüre ve medyaya bağlı olarak da değişmektedir (Rahmani ve ark., 2018). Örneğin, Askari ve arkadaşlarının (2013) İran'da yaptıkları ve 400 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, obez ve normal kilolu bireylerin depresyon oranlarında önemli bir fark bulunamadığı, cinsiyet ve yaş etkenlerinin de önemli bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Çünkü, İran gibi bazı toplumlarda fiziksel görünümün dini ve ahlaki inançlardan dolayı çok önemli olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle, obezite psikolojik baskıya ve dolayısıyla da depresyona neden olmamaktadır. Benzer olarak, burada da kadınların giyimine yönelik tutumun önemli bir etkisi vardır. Obez bireyler özgür giyinilebilen toplumlarda, kıyafet özgürlüğü olmayan toplumlara göre, fiziksel olarak daha olumsuz değerlendirilebilmektedir (Askari ve ark., 2013).

### **2.1.5. Obezitenin Tedavisi**

Bireyler için kilo vermek zor olabilmektedir. Çünkü, mevcut kilolarını koruyacak şekilde tasarlanmış olan biyolojik mekanizmalar ile savaşmaları gerekmektedir. Kilo alımı, büyük ölçüde harcanan enerjinin artırılarak, besin alımının azaltılması yoluyla elde edilmektedir. Temel olarak, fazla kilolu veya obez bireylerin tedavilerinde, yaşam tarzının değiştirilmesi, ilaçlar veya cerrahi yaklaşım yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Obezite tedavisine yönelik sadece kısıtlayıcı diyetlere veya artan egzersizlere odaklanan yaklaşımlar, obezite ile mücadelede kalıcı sonuçlar sağlamada yetersiz olmaktadır. Etkili tedavi, yoğun yaşam tarzı değişikliği ve uygun olduğu durumlarda tıbbi, psikolojik ve cerrahi yöntemleri içeren daha kapsamlı bir yaklaşımı içermelidir. Özellikle kronik obezitesi olan bireyler, gerçekçi davranışsal hedefler belirleme konusunda, obezitenin nedenlerini belirleme ve ele alma konusunda bir uzman yardımı almalıdır. Bunlara ek olarak, tedavi programları, obez kişilere bireyselleştirilerek uygulanmalı ve yaşam süresince devam ettirilmelidir.

#### **2.1.5.1. Yaşam Tarzını Değiştirme**

Çoğu insan kilo vermekte zorlanmaktadır. Tedavi çoğu zaman umut kırıcı ve zorlayıcı olabilmektedir. Obez bireyler için kilo vermek veya yeni kiloyu korumak oldukça güç olmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, kilo kaybı olduktan sonra harcanan enerji miktarının önemli ölçüde düşmesidir. Bu şekilde, kilo kaybından sonra nüksetme oranları yükselmektedir.

Obezite tedavisinde genellikle ilk adım olarak düşük kalorili diyet programları, egzersizler ve psikoterapi (davranış tedavisi) uygulanmaktadır. Yaşam tarzını değiştirme yöntemi, olumlu sonuçlar sağlamaktadır (Butcher ve ark., 2014). Kilo kaybını sağlamak amacıyla çeşitli programlar vardır, fakat tüm programlar önerilmemektedir. Çünkü, bazı programlar gerçekçi olmayan iddialarda veya sağlıksız uygulamalarda bulunabilmektedir. Özellikle katı diyet yapmayı veya belirli gıdaları yasaklamayı teşvik eden programlardan kaçınılmalıdır. Bu nedenle hekimlerin veya diğer sağlık çalışanlarının tavsiyesini almak çok önemlidir. Ulusal sağlık kurumlarının da web siteleri bu konuda oldukça faydalı olmaktadır (Fairburn, 2019).

#### **2.1.5.1.1. Diyet Tedavisi**

Obezite tedavisinde uygulanan diyetler, kişinin harcadığından daha az enerji sağlamalıdır. Mineral, protein ve vitamin bakımından yeterli olmalıdır. Ek olarak, bireyin yeme alışkanlığına yakın ve doyurucu olmalıdır. Kısacası, dengeli bir diyet ile beslenmenin sağlanması amaçlanmaktadır.

Zayıfladıktan sonra eski ağırlığa geri dönülmesi, obez bireylerin en önemli problemlerinden biri olmaktadır. Özellikle, zayıfladıktan sonra fazla yağ içeren diyetlerden kaçınılması ve fiziksel aktivitenin artırılması bu noktada oldukça önemlidir.

Dünya sağlık örgütü, obezitenin tedavisinde daha sağlıklı yiyecekler yenilmesini, özellikle de meyve ve sebze tüketiminin artırılmasını önermektedir (WHO, 2020). Meyveler, sağlıklı bir diyet için çok önemlidir. Taze meyveler, vitamin, karbonhidrat ve mineral içerirler, düşük kalori verirler, kolesterol içermezler, yağ yoktur ve diğer besinlere göre daha ucuz ve ulaşılabilirlerdir. Sebzelerin ise kalorileri düşük, posa miktarları fazladır. Bazıları enerji ve karbonhidrat içermemektedir. Salata olarak, turşu şeklinde ve çiğ olarak yenilebilirler. Doymunluk hissi verirler, vitamin ve mineral sağlarlar. Çiğ sebzeler, pişmiş sebzelere göre daha fazla su içerirler ve daha fazla çiğnenmeyi gerektirirler. Bu nedenle, bireyler diyetlerde genellikle sebze ile doymaya teşvik edilirler (Orhan ve Bozbora, 2008).

#### **2.1.5.1.2. Egzersizler**

Artan obezite prevalansında, enerji tüketimindeki azalmanın etkisi olduğu düşünülmektedir. Amaçlı veya boş zaman fiziksel aktivitelerinin artışı, obezite oranlarının azalmasıyla ilişkilidir (Cameron ve ark., 2003). Televizyon, bilgisayar, bilgisayar oyunları, internet kullanımı, işlerin çoğunlukla otomatik makinelerle yapılması, asansörler, yürüyen merdivenler gibi modern hayatın sağladığı kolaylıklar, bireylerin günlük enerji tüketimlerini azaltarak hem obezite gelişiminde hem de tedavisinde önemli bir risk haline gelmektedir. Banks ve arkadaşlarının (2011) Tayland'da 74,981 katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada, boş zamanlarında televizyon izleyen ve bilgisayar oyunları ile zaman harcayan katılımcıların obez olma riskinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aktif bir şekilde günlük ev veya bahçe işleriyle ilgilenen katılımcıların, bu aktiviteleri nadiren yaptıklarını veya hiç yapmadıklarını bildirenlere kıyasla %33 daha düşük obez olma riskine sahip oldukları gösterilmiştir.

Egzersiz tedavileri ile birlikte hem alınan enerjinin azaltılması hem de enerji harcanmasının artırılması hedeflenir. Ayrıca, tedaviye düzenli egzersizlerin eklenmesi ile, ek kilo kaybının olması, verilen kiloların sürdürülmesi ve komplikasyon riskinin (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet vb.) azaltılması sağlanır (Jakicic ve David, 2011).

#### **2.1.5.1.3. Psikoterapi**

Dünya çapında obez hasta sayısındaki ve obezitenin neden olduğu ekonomik ve finansal kayıplardaki artış göz önüne alındığında, yeme davranışlarını ve düşünce kalıplarını değiştirmenin daha gerekli hale geldiği görülmektedir (Alimoradi ve ark., 2016). Bu nedenle, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları son dönemlerde yeme bozuklukları ve obezite tedavisinde önemli bir yer almaktadır (Oğuz ve ark., 2016). BDT, geleneksel olarak tıknırcasına yeme bozukluğunda en yerleşik tedavi olarak ve obezite için de en çok tercih edilen müdahale olarak kabul edilmektedir (Beck, 2020; Castelnovo ve ark., 2017). Bilişsel davranışçı terapi, temelde çeşitli psikiyatrik tabloların oluşumunda ve devamında rol oynayan süreçlerin daha iyi tanımlanması, anlaşılması ve değiştirilmesi ile ilgili müdahaleleri içeren kanıta dayalı bir tedavi yaklaşımıdır. İnsan acılarını hızlı bir şekilde azaltmaya ve hafifletmeye yardımcı olur ve bireylere iyi durumlarını sürdürmeyi öğretir. Amacı, her bozukluğa özgü çalışılması gereken anahtar bilişyonları belirlemektir. Belirlenen bu anahtar



kognisyonlar değiştirildiğinde mevcut tablo da değişmişse, bu anahtar kognisyonlar doğru seçilmiş demektir (Cooper ve ark., 2007).

Fiziksel aktivite, diyet, ilaç tedavisi veya cerrahi girişimlerde, çoğu vakada kilo kaybı veya kilonun korunması stabil olmayabilmektedir (Alimoradi ve ark., 2016). Nükslerin önlenmesi de tedavi kadar önemli bir konudur ve tedavide başarılı olan çeşitli girişimler, nüksleri önlemekte aynı derecede başarılı olmayabilmektedir. Çünkü, hastalığı belirleyen faktörlerle, nüksleri belirleyen faktörler her zaman aynı olmamaktadır. Bu görüşten yola çıkarak, obezitenin başlangıç tedavisi olarak kilo kaybının sağlanması amaçlanmaktadır. Sonrasında ise, kaybedilen kilonun korunabilmesi de iyileşmenin devamlılığını sağlamak açısından çok önemli olmaktadır. Bu nedenle, bilişsel davranışçı terapiler ile hem sağlıklı bir kiloya ulaşılması hem de sağlıklı kilonun korunması hedeflenmektedir (Grave ve ark., 2017). Çünkü, sonraki üç yıl içerisinde kaybedilen kilonun büyük bir bölümünün yeniden alındığı bilinmektedir (Anderson ve ark., 2001; Cooper ve ark., 2010; Hall ve Kahan, 2018).

Psikoterapi ile, bilişsel ve davranışsal yöntemler kombinasyonu kullanılır. Kilo kontrolünün yapılabilmesi için düşünce, dürtü ve davranışların tanımlanması gerekir. Bilişsel davranışçı tedaviler, bireylere kilo kaybı için kalori sınırlamasını tavsiye etmek yerine sağlıklı yemeyi ödüllendirir. Ek olarak, sağlıklarını iyileştirmeyi ve fiziksel aktivitelerini arttırmaları konusunda bireyleri cesaretlendirmeyi hedefler. Ayrıca BDT yaklaşımı ile, danışanların kendi kendilerinin terapisti olmalarına yönelik öğretiler yapılır ve bireylerin değişim süreçlerine aktif olarak katılımları sağlanır. Kısacası, bilişsel davranışçı terapi birçok olguda umut veren ve fayda sağlayan yaklaşımları içermektedir (Cooper ve ark., 2007; Köroğlu ve Türkçapar, 2011).

#### **2.1.5.2. Farmakolojik Tedavi**

Farmakolojik tedavi, yaygın olarak diyet tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Obezite, enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki dengesizlik sonucunda meydana gelmektedir. İlaçlar, bu enerji dengesi üzerindeki etkileri ile, enerji harcanmasını arttıran ilaçlar, iştahı etkileyen ilaçlar ve metabolizma ve besin parçalanmasını etkileyen ilaçlar olmak üzere üç farklı kategoride sınıflandırılmaktadır.

Kilo kaybının desteklenmesinde ise, iki temel kategoride kullanılan ilaçlar vardır. İlaç gruplarından biri nörotransmitter erişimini arttırarak, iştahı bastırır ve yemeyi azaltır. Diğerisi ise yemeklerde bulunan bazı besin maddelerinin emilmesini önler.

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi FDA, Sibutramin ve Orlistat isimindeki iki ilacı onaylamıştır (Butcher ve ark., 2014). Sibutramin, santral sinir sisteminde serotonin, noradrenalin ve dopamin geri alımını (reuptake) doza bağımlı olarak inhibe eder. Sibutraminin etki mekanizması doyumluk hissi verir ve noradrenalin mekanizmasını etkileyerek hastanın metabolik hızını arttırır. Ayrıca, obezite gelişiminde diğer önemli nedenlerden biri de diyetdeki yağ miktarının fazla olmasıdır. Lipaz enzimleri yağların sindirimini sağlar. Orlistat (Xenical), diyetle bağırsaklara giren ve emilen yağ oranını azaltan bir gastrointestinal lipaz inhibitörüdür (Adaş ve ark., 2014). Orlistat, besinlerdeki yağların absorpsiyonunu inhibe ederek kilo kaybını sağlar (Oğuz ve ark., 2016; RXMediaPharma, 2020).

#### **2.1.5.3. Bariatrik Cerrahi**

Obezite, çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilendirildiği için, kilo veremeyen hastalarda cerrahi müdahale yapılması zorunlu hale gelebilmektedir. Morbid obezitenin uzun vadede en etkili tedavi yöntemi bariatrik cerrahi veya mide baypasıdır. Midenin depolama kapasitesini ve emilen besin miktarını azaltmak amacıyla bağırsakların kısaltılması için çeşitli teknikler uygulanmaktadır. Bu amaçla yapılan cerrahi girişimlerine “Gastrik Bypass” denilmektedir. Beden kütle indeksi 40 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde veya 35-40 kg/m<sup>2</sup> arasında ve komorbid hastalığı olan, zayıflamak için diğer tedavi yöntemlerini denemiş olan 18-55 yaş arasındaki obez hastalara bariatrik cerrahi uygulanmaktadır (Orhan ve Bozbora, 2008; Ouwens ve ark., 2015).

Mide kapasitesi azalır ve az gıda ile doyumluk hissi oluşur. Ameliyattan sonraki 6 ay süresince, yemeklerin kokusu ve görüntüsü hastalara oldukça itici gelebilir. Bu durumda tıknırcasına yeme davranışı neredeyse olanaksız hale gelir. Bu ameliyatlar sonucunda kilo vermek de gıda alımındaki bu azalma sayesinde olur. Ameliyat birkaç saat sürer, fakat obez hastaya uygulandığından dolayı iyileşme süreci oldukça zor olabilir. Bariatrik cerrahiden sonraki iki yıl içerisinde önemli ölçüde bir kilo kaybı yaşanır; 20-45 kg kilo kaybı olur ve obeziteye eşlik eden tip 2 diabetes mellitus gibi diğer hastalıklarda da belirgin bir düzelme gerçekleşir (Butcher ve ark., 2014; Wolfe ve ark., 2017).

## **2.2. DEPRESYON**

### **2.2.1. Depresyonun Tanımı**

Depresyon, bazen derin üzüntülü bazen de üzüntülü ve kaygılı bir duygudurumla birlikte fizyolojik işlevlerde, konuşmada, devinimde, düşüncede yavaşlama ve durgunlaşma olması ve bunlara ek olarak isteksizlik, değersizlik, karamsarlık, güçsüzlük, küçüklük duygu ve düşünceleri olması ile karakterize bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Yalçın ve Öztürk, 2017).

Depresyon, ruhsal veya ruhsal olmayan hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Bu nedenle birincil veya ikincil depresyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

#### **2.2.1.1. Birincil Depresyon**

Başka bir ruhsal veya bedensel hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan depresyondur.

#### **2.2.1.2. İkincil Depresyon**

Başka bir ruhsal veya bedensel hastalığa ek olarak ortaya çıkan depresyondur. İkincil depresyondaki belirtiler, çoğunlukla birincil depresyon belirtilerinden ayırt edilememektedir. Şizofreni, kalp-damar hastalığı, mide kanseri gibi hastalıklar ile birlikte ortaya çıkabilen depresyon, bu hastalıkların neden olduğu endişeler, korkular, çaresizlik duyguları, psikososyal stres etkenleri sonucu gelişen bir ek tanı olarak ortaya çıkmaktadır.

İkincil depresyon, bazı hastalıklarda (beyin damar hastalığı, kansızlık, Addison hastalığı, hipotiroidi vb.), bazı enfeksiyonlarda (hepatit, beyin sifilisi, ansefalit vb.) veya bazı ilaçların (steroidler, sedatifler vb.) sürekli kullanımlarında ortaya çıkan, beyin işlevlerinin etkilenmesiyle gelişen ve asıl nedenin ortadan kalkmasıyla düzelen depresyondur. Diğer deyişle, depresyon belirtileri altta yatan hastalığın tedavisi ile veya kullanılan ilacın kesilmesiyle düzelmektedir. Depresyon belirtileri bir maddenin fizyolojik etkilerine veya tıbbi bir duruma bağlı ise, DSM-5'te bu tür depresyona "Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu" veya "Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu" adı verilmektedir (DSM-5; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

### 2.2.2. Depresyonun Belirtileri

Bireylerin görünümlerinde genel olarak çökük omuzlar, üzüntülü bir yüz ifadesi, belirgin yüz çizgileri ve derinleşmiş alın çizgileri vardır. Öz bakımları azalmış olabilir. Bazen genel bir durgunluk ve yavaşlama görülürken, bazen de çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünümle birlikte yerinde duramama ve ileri geri yürüme görülmektedir.

Şiddetli depresyonda, kişinin konuşması yavaş ve kısık seslidir. Yanıt almak genellikle zordur. Çok ağır depresyonda, mutizm (hiç konuşmama) görülebilir. Hasta duygusuz ve ilgisiz görünebilir. Bu nedenle, hastayla ilişki kurmak zor olabilir. Hafif veya orta şiddetteki depresyonda, hasta ile iş birliği ve ilişki kurmak genellikle zor değildir.

Bireylerin duygulanımında, keyifsizlik, umutsuzluk, iç acısı duyma ve derin üzüntü olur. Üzüntü duyma hali, bireyler tarafından yastan veya normal bir üzüntü durumundan daha farklı olarak ifade edilir. Kişiler sık ve kolay ağladıklarını bildirebilirler. Ayrıca, bireyin eskiden zevk alarak ve istekli bir şekilde yaptığı şeylere yönelik zevk alamaz hale gelme ve isteksizlik de görülür. Fakat, tanının sadece bireyin duygu durumu göz önüne alınarak konulmaması gerekir. Çünkü, bunama, şizofreni, deliryum gibi diğer ruhsal bozukluklarda da zevk almama veya çökkün duygu durumu görülebilmektedir.

Bilişsel yetilerde, bireylerin bilinci açıktır. Bazen çok ağır depresyonda bilinç bulanıklığı izlenimi olabilir. Zaman, kişi ve yer yönelim bozukluğu olmaz. Genellikle bireylerin unutkanlıkla ilgili (günlük işlerindeki birçok şeyi unutma, randevularını unutma, yemeği yakma vb.) yakınmaları olur. Unutkanlık bellek bozukluğuna bağlı olarak değil, ağır sıkıntı, üzüntü ve dikkat azalmasına bağlı olarak meydana gelir. Ayrıca, bireylerde algı bozukluğu olmaz. Nadiren aşağılayıcı veya suçlayıcı tarzda işitme varsanıları bildiren kişiler olabilir. Zamansal algılama ve değerlendirme ruhsal duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilir; zamanın hiç bitmeyecekmiş gibi geldiğini veya çok yavaş geçtiği bildirilebilir.

Bireylerin düşünce hızı yavaşlar. Düşünce akışındaki yavaşlama sonucu, düşüncelerini yavaş bir şekilde, zorlukla ve kısık bir ses tonu ile ifade ederler. Düşünce içeriğinde, kendilerine acı veren olumsuz anıları, pişmanlıkları ve gelecekle ilgili korkuları vardır. Umutsuzluk ve çaresizlik düşünceleri ve iyi bir anne/eş olamama, birçok hata yapmış olma vb. kendilerini suçlama eğilimleri olur. Yanlış giden şeylerden kendilerini sorumlu tutabilirler. Ayrıca, bireylerin özsaygıları azalır,

kendilerini değersiz, küçük ve işe yaramaz görürler. Yaşamlarının ve varlıklarının giderek anlamsız olduğunu düşünürler. Değersiz olma, işe yaramama ve suçlanma düşünceleri cezalandırılma beklentilerine neden olur. Her türlü cezayı ve kötülüğü hak ettiklerini hissederler ve intihar veya ölüm isteği düşünceleri geliştirirler.

Bireylerin deviniminde yavaşlama belirtidir. Bu yavaşlık çoğunlukla bireydeki enerji eksikliğine ve isteksizliğine bağlıdır. Ağır depresyonda, yürüme, konuşma, iş yapma vb. zorlukla gerçekleştirilir. Muayene sırasında psikomotor yavaşlamanın gözlenebilir olmasına dikkat edilir. Bazı kişilerde de üzüntüye eşlik eden anksiyete, sıkıntılı duygu durum ve öfke görülebilir. Bu tür aşırı tedirgin depresyonda (agitated depression), sürekli dolaşma, yerinde duramama ve psikomotor ajitasyon görülebilir.

Bireylerin fizyolojik belirtileri değerlendirildiğinde, çoğunlukla yeme isteğinde azalma görülür. Kısa sürede kilo kaybı, daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden zevk almama veya besinlere karşı ilgisizlik ve tiksinti olabilir. Bazılarında da aşırı yeme ve kilo alımı görülebilir. Bireyler genellikle halsizlik, güçsüzlük, çabuk yorulma ve enerji azlığından şikâyet ederler. Sabahları dinlenmeden uyandıklarından, yorucu bir iş yapmamış olsalar bile kendilerini yorgun, halsiz ve bitkin hissettiklerinden yakınır. Genellikle uyku düzenleri bozuktur. Uykuya dalmada güçlük, erkenden uyanma veya sık sık uykuda bölünmeler olur. Uyku süresi ve uyku derinliği azalır. Ağır depresyonda, erkenden uyanma ve uyanır uyanmaz yoğun bir sıkıntı hissetme olduğu belirtilir. Ayrıca, bireylerde cinsel istekte azalma, zevk almama ve cinsel eylemde azalma görülmektedir (Çiftçi ve ark., 2008; Helvacı ve Hocaoglu, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2016;).

Depresyon belirtilerinin büyük bir kısmı, zaman zaman herkesin yaşayabileceği belirtilerdir. Fakat, bu belirtilerin yoğunluğu, birlikte görülmesi ve sürekliliği depresyonu bir sendrom olarak farklılaştırmaktadır (Butcher ve ark., 2014).

### **2.2.3. DSM-5 Tanı Ölçütleri' ne Göre Majör Depresyon Tanısı**

En az iki haftalık sürede, isteksizlik ve çökkün duygudurum veya zevk almamanın da olduğu en az beş belirtinin bulunması gerekir. Bireyin önceki işlevsellik düzeyinde düşme meydana gelir; günlük, mesleki ve sosyal işlevleri

etkilenir. Bir maddenin veya diğerk bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı olmaz.

1. Hemen her gün ve günün büyük bir kısmında      n duygu durum vardır. Bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da başkaları tarafından gözlemlenir.
2. Neredeyse bütün etkinliklere yönelik, ilgide belirgin olarak azalma veya zevk almama durumu olur. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur. Bu durum gözlemle veya öznel anlatımla belirlenir.
3. Kilo vermeye çalışılmadığı veya diyet yapılmadığı halde fazla kilo verme veya kilo alma meydana gelir. Neredeyse her gün yeme isteğinde azalma veya artma olur.
4. Hemen her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk olur.
5. Hemen her gün devinimde yavaşlama veya psikomotor ajitasyon olur. Bu durum başkaları tarafından da gözlenebilir.
6. Hemen her gün enerji düşüklüğü veya bitkinlik hissi olur.
7. Hemen her gün değersizlik, uygunsuz veya aşırı suçluluk duyguları (sanrıs l olabilir) olur.
8. Hemen her gün odaklanmakta, düşünmekte güçlük veya kararsızlık yaşama olur. Bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da başkaları tarafından gözlemlenir.
9. Tekrarlayıcı  l m düşünceleri, özel bir eylem tasarlamaksızın tekrarlayıcı intihar düşünceleri veya girişimleri ya da öz kırım amaçlı özel eylemler tasarlama olur (DSM-5).

#### **2.2.4. Depresyonun Sıklığı ve Yaygınlığı**

Majör depresyon, yüksek yeti yitimine neden olan, yinelemelerle giden, zihinsel ve fiziksel sağlığı etkileyebilen ve sıklıkla görülen yaygın bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon tek başına, yeti yitimine en çok neden olan 3. hastalık olarak bildirilmektedir ve 2030 yılında birinci sırada yer alması beklenmektedir (Atalay, 2019; Kılıç, 2020). Araştırmalarda farklı oranlar bildirilse de depresyonun sıklığının ve yaygınlığının yüksek olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır (Helvacı ve Hocaoğlu, 2016; Rojas ve ark., 2020; Wang ve ark., 2017). Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ), depresyonun yaygın bir zihinsel bozukluk olduğunu ve dünya çapında her yaştan yaklaşık 264 milyondan fazla kişiyi etkilediğini bildirmiştir. Ayrıca, depresyonun 2005 yılından 2015 yılına kadar %18'lik bir artış gösterdiğini açıklamıştır. Araştırmalarda, yaş ve cinsiyetin de depresyonla bağlantılı olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla etkilendiği ve altta yatan diğer hastalıklar

nedeniyle yaşlılardaki depresyon riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Faravelli ve ark., 2013; Zhao ve ark., 2012; WHO, 2020).

1994-2014 yılları arasındaki 30 ülkeden 1 milyon katılımcı ile elde edilen verilerle yürütülen bir çalışmada, yetişkin bireylerde depresyonun genel yaygınlığı, bir yıllık yaygınlığı ve yaşam boyu yaygınlık oranları araştırılmıştır. Toplam depresyon yaygınlığının %12,9, bir yıllık yaygınlık oranının %7,2 ve yaşam boyu yaygınlığının ise %10,8 olduğu gösterilmiştir (Lim ve ark., 2018). Ayrıca, altı ülkeden (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, İspanya) 21.425 katılımcı ile gerçekleştirilen ESEMeD (The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) isimli bir araştırmada, yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğu yaygınlığının %14 olarak bulunduğu ve en yaygın görülen ruhsal bozukluğun majör depresyon (%13) olduğu belirtilmiştir (Alonso ve ark., 2004). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması’nda, katılımcıların %9’u hekim tarafından depresyon tanısı konulduğunu bildirmişlerdir (SB, 2013). “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışması, Türkiye’de yapılan ilk ve tek genel nüfus örneklemli araştırmadır. 7479 kişiyi kapsayan bu araştırma ile hem çocukluk hem de yetişkinlik yaş gruplarına dair çeşitli ruhsal hastalıklar için uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık oranları verilmiştir. Çalışmanın verilerine göre, Türkiye’de en sık rastlanan ruhsal bozukluğun majör depresyon (%7,2) olduğu gösterilmiştir (Müftüoğlu, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü’nün Küresel Hastalık Yüğü (The Global Burden of Disease) çalışması, 195 ülke ve bölgede depresyonla ilgili bilgiler de dahil olmak üzere birçok hastalık hakkında spesifik veriler sağlamaktadır. Çalışma, depresyonu distimik bozukluk ve majör depresif bozukluk olmak üzere iki ana kategoriye ayırmaktadır. Liu ve arkadaşları (2020), bu verilere dayanarak küresel depresyon yükünün 1990-2017 yılları arasında nasıl değiştiğini belirlemeyi amaçlamışlardır. Genel olarak araştırma ile dünya çapında depresyon vakalarının sayısının 1990’dan 2017 yılına kadar %49,86 oranında arttığı gösterilmiştir. Bu verilere göre, dünya çapındaki distimik bozukluk olgularının sayısının 1990’da 10 milyondan 2017’de 16 milyona çıkarak, %58,98 oranında artış gösterdiği bulunmuştur. Majör depresif bozukluk olgularının sayısının ise 1990 yılında 162 milyondan, 2017 yılında 241 milyona yükseldiği ve %49,29 oranında bir artış meydana geldiği gösterilmiştir (Liu ve ark., 2020).

Depresyon ölüm riski açısından da önem taşımaktadır ve her yıl yüz binlerce kişinin hayatına mal olan intihar için önemli bir risk faktörü olmaktadır (Crona ve ark., 2013; Gabbard, 2009; Jacob, 2012; WHO, 2017). DSÖ'nün 2020 verilerine göre, her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. DSÖ, 2012 yılında intihar hızının 100.000'de 11.4 (kadınlarda 8.0, erkeklerde 15.0) olduğunu bildirmiştir ve bu oranların resmi verilere dayandığını, asıl oranların çok daha yüksek olduğunu belirterek önleme çalışmaları konusunda çağrıda bulunmuştur (WHO, 2014). Bütün intihar olgularının yaklaşık %50-70'i duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ayrıca, özkıym 15-29 yaş grubundakilerin önde gelen ikinci ölüm nedenidir (WHO, 2020). Majör depresyonu olan ergenlerin intihar etme olasılığı 30 kat daha fazla olmaktadır (Stringaris, 2017). İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin %90'ının ruhsal hastalık için tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmektedir (Güleç, 2016; Windfuhr ve Kapur, 2011). Lapierre ve arkadaşlarının (2004) intihar riski ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla 3275 olgu ile yaptıkları bir araştırmada, intihar edenlerin %87,3'ünde ruhsal bozuklukların olduğu, %43,2'sinde depresif bozuklukları da içeren duygudurum bozuklukları görüldüğü ve özellikle depresif bozukluklarda kadın intihar oranlarının (%59,4), erkek intihar oranlarından (%47,4) daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Başka bir araştırmada, 49 yıl boyunca izlenen majör depresyon tanısı almış hastaların intihar oranının %3,4 (16 kadın, 3 erkek) olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, klinik depresyon tanısının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Thomson, 2012).

Depresyonun, başka hastalıklarla ek tanı olarak bulunması ve eşlik eden fiziksel hastalığın gidişini olumsuz olarak etkilemesi, hastalığın neden olduğu yeti yitimini ve ölüm riskini arttırmaktadır. Kanser hastalarında, koroner arter hastalığında, diyaliz hastalarında, inmelerde ve yaşamı tehdit eden fiziksel rahatsızlıklarda depresyon ek tanısının olması morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Depresyon ek tanısının bulunduğu durumlarda, fiziksel hastalığa bağlı ölüm oranları da artmaktadır (Schoeph ve ark., 2014).

Ruhsal bozukluklar için bilinen etkili tedaviler olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan insanların %76 ile %85'i rahatsızlıkları için tedavi almamaktadır (WHO, 2020). Tedavinin önündeki engeller arasında kaynak eksikliği, eğitilmiş sağlık hizmeti sağlayanların eksikliği ve ruhsal bozukluklarla ilgili sosyal damgalanma korkusu yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde bile, toplumun ruhsal



problemlere karşı önyargılı olması ve ailelerin hastalarını saklama eğilimleri nedeniyle tedavi alma oranı daha da düşmektedir. Etkili tedavinin önündeki bir diğer etken ise, genellikle depresyonda olan kişilere doğru teşhisin konulamamasından dolayı önemli bir kesimin tedavi olanağı bulamaması ve bozukluğu olmayanlara da yanlış teşhis konularak antidepresanların reçete edilmesidir (WHO, 2020). Depresyon, tedavi edilebilir bir hastalık olmasına, sıklığına, yetersizlik ve iş gücü yitimine neden olmasına rağmen, tedavi olanaklarının yetersiz kalması gibi nedenlerle oldukça yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

### **2.2.5. Depresyonun Nedensel Etkenleri**

#### **2.2.5.1. Biyolojik Etkenler**

Aile çalışmaları, depresyon tanısı konan hastaların birinci derece akrabalarının hastalanma riskinin genel nüfustaki riske göre 2-3 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Erken başlangıçlı, daha şiddetli ve tekrarlanan depresyonda kalıtımın daha fazla rolü olduğu düşünülmektedir. Kalıtımla geçiş oranının genetik etkiler konusunda daha kesin sonuçlar veren ikiz çalışmaları ile %31-42 arasında olduğu gösterilmiştir (Butcher ve ark., 2014). 21.000'den fazla katılımcı ile yapılan bir araştırmada, tek yumurta ikizlerindeki bir kardeşte depresyon görülmesi durumunda ikiz kardeşte de görülme olasılığının, çift yumurta ikizlerine göre yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Sullivan ve ark., 2000).

Gen ve gen çevre etkileşimine dayanan depresyonun patofizyolojisi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Monoamin oksidaz A geni, BDNG geni, glukokortikoid reseptör geni gibi bazı genlerin depresyonla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Özellikle, serotonin taşıyıcı genin depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen spesifik genlerden biri olduğu ve ruh hali üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Çiftçi ve ark., 2008). Serotonin seviyesindeki düşüşün bazı kişilerde depresyonun etiyolojisine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Serotonin taşıyıcı gen, serotoninin nakledilmesinden ve geriliminden sorumlu olmaktadır. Bu genin uzun ve kısa olmak üzere iki farklı çeşidi vardır. İnsanlarda iki kısa allel, iki uzun allel veya her bir allelden birer tane bulunmaktadır. Yeni Zelandalı 847 katılımcı ile yürütülen ve katılımcıların doğumlarından 26 yaşlarına kadar izlenen bir araştırmada, kısa allelleri olan katılımcıların son beş yılda dört veya daha fazla stresli duruma maruz kalmaları durumunda majör depresyon görülme olasılıklarının, aynı

şartlardaki uzun allelleri olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çocukluklarında kötü muameleye maruz kalan ve kısa allelleri olan katılımcılarda majör depresyon ve intihar görülme riskinin, uzun allelleri olan ve çocukluklarında kötü muameleye maruz kalan katılımcılara ve kısa allelleri olan ve çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmayan katılımcılara göre iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Caspi ve ark., 2003). Böylece, bu risk sadece genetik yapı ile değil, belli bir genetik yapının çocukluk çağı olumsuz yaşantıları gibi çevresel etkenlerle olan etkileşimi ile de açıklanmıştır. Çünkü, çocukluk çağı yaşantılarının da ileriki yaşamdaki depresyon nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Fiziksel ve duygusal ihmal ve istismar gibi çocukluk çağı travmalarının, ileriki yaşamda duygudurum bozuklukları ve depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Örsel ve ark., 2011; Şenkal ve Işıklı, 2015).

Depresyonun nöroanatomisi ile ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmaları ile beynin farklı bölgelerinde çeşitli değişiklikler olduğu gösterilmiştir. Depresyonla ilgili manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile yapılan çalışmalarda, hipokampal hacimde azalma olduğu görülmüştür. Hipokampal küçülmenin depresyonda sık karşılaşılan bellek yakınmaları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Çünkü hipokampus, öğrenme ve bellek işleyişinde önemli bir rolü olan limbik sistemin bir parçasıdır. Uzun süreli depresyon, özellikle geç yaşlardaki depresif kişilerde hipokampus hacminin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca, MR çalışmalarında depresyonun orbital prefrontal korteks, singulat korteks, amigdala, prefrontal korteks gibi beyin bölgelerinde anormal yapısal ve işlevsel değişiklikler meydana getirdiği bilinmektedir. Yineleyen depresyon sergileyen bireylerde orbital prefrontal korteks hacminin azaldığı görülmektedir. Singulat korteks, seçici dikkatte rol oynar ve depresif hastalarda singulat kortekste anormal düzeyde düşük etkinlik görülür. Amigdala, dikkatin yöneltmesinde ve tehlikenin algılanmasında rol oynar. Depresyon tanısı alan hastalarda, amigdala etkinliğinin azaldığı görülür. Prefrontal korteksin sağ tarafındaki etkinliğin artması, olumsuz duygulanımın artması, tehlikeli bilgilere yönelik tetikte olmanın artması ve kaygı belirtilerinin çoğalması ile ilişkili, sol tarafındaki etkinliğin düşmesi ise olumlu duygulanım ve ödüllendirici uyaranlara yaklaşma davranışının azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Hammen 2015).

Depresyonda, biyokimyasal düzeneklerde meydana gelen değişiklikler olduğu bilinmektedir. Araştırmalar, depresyonda noradrenalin, dopamin, serotonin gibi monoaminerjik nörotransmitterlerin rolü olduğunu göstermektedir. Adrenalin ve

noradrenalinin, bunalı, öfke, korku gibi duyguların oluşumunda rolü vardır. Çeşitli zorlanmalar, depresyona yatkın bireylerin beyinlerinde noradrenalin döngülerinin etkinliğı arttırır. Hastalara noradrenalin düzeyini düşüren girişimler yapıldığında depresyon belirtileri ortaya çıkar. Bazı araştırmalarda, depresyon tanısı alan hastaların noradrenalin MHPG (3-metoksi 4-hidroksifenilglolikol) düzeylerinin beyin omurilik sıvısında ve idrarda çok azaldığı görülmüştür. Reserpin, metildopa ve propranolol gibi noradrenalin düzeyini azaltan ilaçların depresyona neden olabilmesi de konuya olan ilgiyi arttırmıştır. Dopamin ödöl ve zevk alma yetisini düzenlemektedir. Örneğın, depresyon beyindeki dopamin düzeyinin azaldığı Parkinson hastalarında sıklıkla görülmektedir. Beyin görüntölleme çalışmalarında, depresyonu olan hastalarda dopamin taşınımının azaldığı, haz yitimine ve zevk alamamaya neden olduğı gösterilmiştir. Serotonin ise, yeme isteğı, cinsel istek, beden ısısı, uyku-uyanıklık gibi işlevlerde düzenleyici görevi vardır. Serotonin 5-HIAA asitin, depresyon sırasındaki beyin omurilik sıvısındaki düzeyi düşmektedir. Depresyon tanısı alan hastalarda, serotonin düzeyini azaltacak girişimlerin yapılmasıyla birlikte depresyon belirtilerinde alevlenme görülmektedir.

Depresyonda, nöroendokrin dizge de incelenen alanlardan biridir. Hipotalamus hipofiz böbreküsti bezi (HBB) ekseninin ürünü olan glukokortikoidler, stres ve zorlanma karşısında verilen yanıtta önemli rol oynarlar. HBB ekseninin etkinliğı, strese bağılı olarak artar. Çalışmalarda depresyon tanısı alan hastalarda HBB'nin daha fazla çalıştığı gösterilmiştir. Stres, CRH (kortikotropin salıveren) hormonunun artmasına neden olur. CRH salınımındaki artış, çevresel koşullara tepki vermeme, bunalı, uyku sürekliliğinin bozulması, iştah azalması, sabah kötölüşmesi, psikomotor devinimde değışiklik, bilişsel bozulma ve cinsel istekte azalmaya neden olur. Bu nedenle, melankolik özelliikli depresyonla ilişkili olduğı düşünölmektedir.

Depresyon ile ilgili nörofizyolojik çalışmalar da yapılmaktadır. Depresyonda biyolojik beden saatinde düzen bozukluğu en belirgin şekilde uykuda görölmektedir. Depresif hastalarda bir veya birden çok uyku sorunu görölür; EEG çekimlerinde hastaların uyku süresinin kısaldığı, uyku sürekliliğinin bozulduğı, uyku derinliğinin azaldığı, uykuya dalma süresinin uzadığı, uykunun sık bölündüğü ve erken uyanma olduğı görölmektedir. Normal bir uykuda rüyaların göröldüğü ve hızlı göz hareketlerinin olduğı uyku dönemleri (REM uykusu), bir buçuk saat aralıklarla 10-60 dakika sürmektedir. REM süreleri, uykunun başında kısa olur, uykunun sonuna doğru uzar. Depresyonda bu düzen bozularak REM süreleri uzar ve REM uykusu

daha erken saatlere kayar. Rüyalar uykuya daldıktan kısa bir zaman sonra görülmeye başlanır ve ilk REM dönemleri daha uzun sürer. Ayrıca, depresyonda, REM dışı uyku ile ilgili de araştırmalar da yapılmaktadır. Normal uykuda, ilk REM dışı devre, EEG delta aktivitesinin en yoğun olduğu devredir. Bu yoğunluk, sonraki her REM dışı devrede gittikçe azalır. Delta uykusu oranı, ilk ve ikinci delta uykusu arasındaki orandır. Normalde bu oran 1'den büyüktür. Fakat, bu oran majör depresyonda 12'in altına inmektedir. Depresyon hastalarında, tekrarlama ve süregenleşme riski ile bu oranın düşüklüğü arasında ilişki kurulmaktadır. Geçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) ilaçlarını kullanan depresyon hastalarının belirtilerinin düzelmesi ile birlikte delta uyku oranının da düzeldiği bilinmektedir (Butcher ve ark., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

#### **2.2.5.2. Psikolojik Etkenler**

Duygular, ruhsal ve toplumsal çevre etkenlerinden etkilenmektedir. Aile bunalımları, ekonomik problemler, sevilen birinin yitirilmesi, iş yaşamındaki doyumsuzluklar ve çatışmalar, iş yitimi veya mesleğe yönelik tehditler, beden sağlığının bozulması, benliği inciten onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi stresli yaşam olayları depresyonun gelişmesinde ve süregenleşmesinde rol oynar. Genellikle önemli bir yaşam olayı, ilk duygudurum bozukluğu dönemini başlatır. Fakat, bu yaşam olaylarının çoğu her bireyde depresyona neden olmaz. Bu etkenler, biyolojik ve ruhsal yatkınlığın varlığı durumunda rahatsızlığın başlamasına sebep olabilirler. Ayrıca, evlilikte sürekli geçimsizlik, engelli bir çocuğun annesi veya babası olmak, kişiye yakın birinin sağlığındaki sorunlar, tıbbi yetersizlikler, yoksulluk gibi en az birkaç ay süren kronik stresin majör depresyonun başlangıcında, sürmesinde veya yinelenmesinde rolü olduğu düşünülmektedir (Blazer ve Hybels, 2005; Hammen, 2015). Bir araştırmada, Alzheimer hastalığı olan bir eşe bakmanın yarattığı kronik stresin, bakım verende majör depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olduğu gösterilmiştir (Russo ve ark., 1995). Ayrıca, kronik strese verilen tepkilerde bireysel farklılıklar da söz konusudur. Örneğin, genetik olarak depresyon riski taşıyan bireyler, stresli yaşamsal olaylara karşı daha duyarlı olurlar. Caspi ve arkadaşlarının (2003) gerçekleştirdikleri bir çalışmada, genetik risk taşıyan kadınların, taşımayanlara göre stresli olaylara depresyon ile tepki verme olasılıklarının üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Hastalık öncesi kişiliğin, depresyonun gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (Butcher ve ark., 2014). Bağımlılık, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi, aşırı sorumluluk duyma eğilimi, titizlik ve narsisizm gibi kişilik özellikleri depresyon geçirmeye yatkın olan kişilerin ortak özellikleri olarak gösterilmektedir. Depresyona yatkın olan bireylerin belirli kişilik özellikleri vardır. Genellikle, bu bireyler aşırı duyarlı, güçlü sorumluluk duygusuna sahip herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya, insanları incitmemeye eğilimli, yakınlarına aşırı bağımlı veya bağlı, yakınlarından fazla beklentileri olan, mükemmeli isteyen, çabuk üzülen veya etkilenen, kuruntulu ve öfke hislerini dışa vuramayan kişilik özelliklerine sahiptirler. Bireyler, bu kişilik özellikleri sayesinde başkaları tarafından sevilirler ve sayılırlar. Fakat, zorlayıcı olaylar, baskılar, yaşlanma gibi yaşam olayları ile karşılaştıklarında, aşırı sorumluluk alma veya hayır diyememe gibi özellikleri bireylere oldukça eziyetli olmaya başlar. Kendilerini yenilmiş, uyum ve doyum kaynaklarını yitirmiş ve ezilmiş hissederler. Ayrıca, nörotisizm (olumsuz duygulanım) de depresyonda rol oynayan önemli bir etken olarak düşünülmektedir. Depresyona eğilimli bireylerde, bunaltı, kişilerarası duyarlılık, kaygı, suçluluk, utanç, düşmanlık gibi kişilik özellikleri ile belirli nörotik kişiliğin etkisi vardır. Mizaçtan kaynaklı olarak olumsuz uyarıcılara duyarlılığı olan kişiler, çeşitli olumsuz duyguları yaşamaya eğilimlidirler. Çeşitli araştırmalarda, nörotisizmin sıklıkla depresyona neden olan daha stresli olayların yaşanmasını öngördüğü belirtilmektedir (Kendler ve ark., 2003; Kendler ve ark., 2006). 158 Hollandalı katılımcı ile yapılan ve nörotisizmin yaşamın son dönemindeki depresyon başlangıcıyla ilişkisinin araştırıldığı bir takip çalışmasında, düşük düzeyde nörotisizme sahip yaşlı yetişkinlerin, daha yüksek nörotisizme sahip bireylere göre depresif bozukluk geliştirme olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Oldehinkel ve ark., 2001). Fakat, depresyonun gelişmesinde kişilik özellikleri etkili olsa da bazı bireylerde hastalık dönemleri kişilik yapılarından bağımsız olarak veya belirli bir psikososyal etken olmadan da başlayabilmekte veya tekrarlayabilmektedir.

Depresyon konusundaki en etkili kuramlardan biri olan bilişsel kuram, depresyonu bilişsel bir bozukluk olarak açıklamaktadır. Kurama göre duygudurum bozukluğu bilişsel bozukluğa ikincil olarak gelişmektedir; yani bilişsel belirtiler, duygudurumu belirtilerinden önce gelmektedir. Örneğin, birey güzel olmadığını veya başarısız olduğunu düşünüyorsa, düşünceleri kendisini depresif duyguduruma götürür. Depresyona yatkın bireylerde, yaşamın ilk dönemlerinden itibaren kendine

(değersizim, başarısızım vb.), geleceğe (ne faydası var, nasıl olsa her şey hep böyle olacak vb.) ve dünyaya (beni kimse sevmiyor, bana kötü davranıyorlar vb.) yönelik yerleşmiş olumsuz şemalar vardır (Gabbard, 2009). Bu şemalar negatif düşüncelere, yargılara ve tutumlara yol açmaktadır. Birey önce olayların olumsuz yanlarını düşünür ve algılar. Bu düşünceler otomatiktir, birden akla gelirler, gerçekleri tam anlamıyla yansıtmazlar, engelleyicidirler, akıldan atılmaları zordur ve gerçeklere uygunmuş veya doğruymuş gibi görünürler. Bu nedenle, depresyonun sürmesine neden olurlar. 255 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin, normal bireylere göre, depresyonla ilgili fonksiyonel olmayan daha fazla tutum ve otomatik düşünce geliştirdikleri gösterilmiştir (Gökdağ ve Akar, 2016). Ayrıca, depresif kişiler yaşam olayları karşısında karamsar ve olumsuz senaryolar üretirler. Bu olumsuz şemalardan ve düşüncelerden dolayı duygudurum bozukluğu gelişir. Bu olumsuz düşüncelerin bilgi işleme süreçlerinin bazı özellikleri vardır. Örneğin, bu kişiler çok az veri ile veya yeterli kanıt olmadan sonuç çıkarma gibi keyfi çıkarsama yapabilirler. Bütünün diğer yanlarını göz ardı etmek ve ayrıntıya odaklanmak gibi seçici soyutlama yapabilirler. Tek bir olay ile genellemeye ulaşmak gibi aşırı genelleme yapabilirler. Kendisi ile ilgili olmayan olayları kendisine yönelik değerlendirmek gibi kişiselleştirme yapabilirler. Olayların önemini çarpıtma gibi olumluyu azımsama, olumsuzluğu abartma yapabilirler. Ya da bütün olayları iki zıt kategoride değerlendirmek veya uçlarda düşünmek gibi hep ya da hiç tarzı düşünme gerçekleştirebilirler. Depresif kişiler hem kendileri hem de dünya hakkında, depresif olmayan kişilere göre hem gelecekle ilgili hem de kendi gelecekleri ile ilgili oldukça olumsuz düşünürler.

Davranışçı görüşe göre depresyon, öğrenilmiş çaresizlik görüşü sonucunda oluşur. Bunu ilk kez Martin Seligman, laboratuvar ortamında hayvan araştırmaları ile gözlemlemiştir. Örneğin, köpeklerle hem elektrik akımı verilip hem kaçınma davranışları engellenirse, köpekler bir süre sonra kaçma çabalarını bırakarak durgun ve üzüntülü bir çaresizlik içine girerler. Daha sonra Seligman ve arkadaşları (1969) öğrenilmiş çaresizlik hipotezini insanlar için geliştirmişlerdir. İnsanlar da yaşamın erken dönemlerinden itibaren acılı ve olumsuz uyarılarla karşılaştıklarında ve bu uyarılardan nasıl kurtulacaklarını veya kaçacaklarını bilemediklerinde veya denetleyemediklerinde kendilerini çaresiz hissederler ve depresif belirtileri gelişir. Yani, bu görüşe göre depresyonun temelinde öğrenilmiş çaresizlik bulunmaktadır (Maier ve Seligman, 2016).

Psikanalitik görüşte ise, Freud depresyon belirtileri ile yas tutma belirtilerini karşılaştırarak incelemiştir. Yas tutan bireyin yitirdiği gerçek sevgi nesnesine olan bağlılığının derecesine göre değişik sürede ve şiddette yas tutma gerçekleşir. Genellikle, bireyde ağlama, sıkıntı, üzüntü, isteksizlik, uyku bozukluğu, durgunluk gibi belirtiler görülür. Yas belirtileri, zaman içerisinde azalarak söner ve kişi normal yaşamına devam eder. Depresyonda ise, gerçek sevgi nesnesinin yitimi olabilir veya olmayabilir. Bu duygunun gerçek dayanakları olmayabilir ve tamamen bilinçdışı olarak ortaya çıkabilir. Freud'a göre bireyin sevdiği kişi tarafından artık terk edilmiş gibi bir yitim duygusu gibi bilinçdışı imgesel bir yitim de olabilir. Bu duyguya (artık sevilmiyorum, sevdiğim kişiyi yitirdim vb.) bağlı olarak bireyde özsaygı yitimi gerçekleşir. Fakat yaşlı bireyde, bu tür bir duygu ve özsaygı yitimi olmaz. Dinamik açıdan aralarındaki ön ayırıcı fark budur. Psikodinamik kuramın depresyon konusundaki en önemli katkısı, yitimlerin depresyon gelişmesi bakımından önemine ve depresyon ve yas belirtileri arasındaki benzerliklere vurgu yapmasıdır. Freud'un diğer bir hipotezine göre, beslenme ve sevgi gereksinimleri ebeveynleri tarafından karşılanmayan veya annesini yitiren bireylerde depresyona eğilim olacağı belirtilmektedir. Bu durumda bebeğin özsaygısının düşeceği, seilmeye değer olmadığını düşünerek büyüyeceği ve gerçek veya bilinçdışı yitimlerle karşılaştığında depresyon yatkinlığı sergileyeceği belirtilmiştir.

Depresyonun olası nedenleri ego psikolojisi açısından da tanımlanmıştır. Kadınlarda menopoz, hormonal değişiklikler ve doğurganlığın sona ermesi gibi belirli yaş dönümleri vardır. Erkeklerde de benzer dönem, andropoz olarak belirtilmektedir. Kadınlarda bu dönemin 40-50, erkeklerde 50-60 yaşları arasında olduğu söylenmektedir. Kadınlarda, yaşamın bu dönemlerinde önemli fizyolojik değişiklikler meydana gelir, bu değişikliklere verilen anlamların etkisi ile ruhsal sıkıntılar ortaya çıkar ve bu süreç bazıları için oldukça güç geçebilir. 40-50 yaşları arasındaki dönem, çocukların büyüdüğü, evden ayrıldıkları, işe başlama, evlenme gibi durumlarının başladığı, yaşlanma ile ilgili endişelerin başladığı, sağlık sorunlarının arttığı ve emekliliğin yaklaştığı dönemdir. Erikson, üretkenlik duygusu yeterince oluşmayan bireylerde yaşamdan beklentilerinin artık gerçekleşmeyebileceğine dair kaygıların başladığını belirtmiştir ve bu dönemi "Üretkenliğe karşı durgunluk" olarak tanımlamıştır. Bu dönemde, bazı bireylerde eş ve iş yaşamında ulaşılması beklenen hedefler ve mutlulukla ilgili umutlar, yavaş yavaş yerini umutsuzluğa ve karamsarlığa bırakmaktadırlar. Bazı bireyler bu

mutluluğu kabullenirken, bazıları da yeni doyum ve mutluluk kaynakları aramak için artık o yaş için kolay olmasa da çaba içine girmektedir. Bazı bireyler için de eskiden çekilen güçlükler, katlanılan acılar artık çekilemez bir hal almaktadır. Orta yaşlarda görülen bu tür benzer sorunlarda, bazı bireyler çözüm yolları arayıp bulabilirken, bazıları da kendilerini çaresiz hissedebilmektedir. Bedensel ve ruhsal problemlerin arttığı bu dönemde ağır depresyonların sıklıkla görülebildiği belirtilmektedir (Onat ve ark., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

#### **2.2.6. Depresyon ve Obezite İlişkisi**

Obezite modern toplumdaki en yaygın kronik fiziksel hastalık, depresyon ise en yaygın zihinsel bozukluktur. Obezite ve depresyon, tıbbi ve ekonomik açıdan bireyler ve toplum için maliyetli olan iki yaygın hastalıktır (Faith ve ark., 2011). Fazla kilo ve obezitenin çocuklarda ve yetişkinlerde artan yaygınlığı, önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Askari ve ark., 2013). Çünkü, sağlık sorunları ile birlikte ruhsal durumu ve yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (Emre ve Öner, 2018). Depresyonun da obezite gibi küresel morbidite ve mortalite oranları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Ma ve Xiao, 2010).

Obezitenin hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve tip 2 diabetes mellitus gibi çeşitli fiziksel hastalıklara katkıda bulunduğu bilinmesine rağmen, zihinsel bozukluklarla olası bağlantısı hakkında daha az şey bilinmektedir. Prevalanslarının yüksek olması, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi ortak sağlık komplikasyonlarını paylaşmaları nedeniyle, depresyon ve obezite arasında potansiyel bir ilişki olduğu varsayılmaktadır (Luppino ve ark., 2010). Birbirleriyle yakın komorbiditeleri, ortak etkileri, önlenabilir ve yönetilebilir olmaları nedeniyle, son dönemdeki çalışmalar obezitenin depresyonla nasıl ilişkilendirilebileceği konusuna dikkat çekmişlerdir (Kim ve ark., 2010). Genel olarak, obez kişilerin depresyona yol açabilecek daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarına inanılmaktadır (Dong ve ark., 2004; Ma ve Xiao, 2010). Bu nedenle, son yıllarda obezite ve depresyon arasında nedensel bir ilişki olup olmadığını inceleyen araştırmalar yapılmaktadır (Çakmur ve Güneş, 2018). Yapılan araştırmalarda, depresyon ve obezite arasında pozitif bir ilişki olduğu, bir ilişki olmadığı ve aralarındaki ilişkinin cinsiyet veya etnik kökene bağlı olarak değiştiği gibi çeşitli sonuçlar ortaya çıkarılmıştır (Faith ve ark., 2011). Smith ve arkadaşlarının (2018) altı farklı etnik grupta obezite ve depresyon ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada, Hollanda ve Afrika popülasyonunda obezite ve depresif



duygudurum arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu, fakat Güney Asya, Gana, Fas ve Türk gruplarda daha zayıf ve anlamlı olmayan bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Böylelikle, obezite ve depresif ruh hali arasındaki ilişkinin etnik gruplar arasında önemli ölçüde farklılık gösterme eğiliminde olduğu bulunmuştur.

Bazı araştırmalar, depresyonun tıknırcasına yeme de dahil olmak üzere yeme bozukluklarına yol açabileceğini, besinsel alımın kalitesini azaltabileceğini ve obezite riskini artırabilen fiziksel aktivitelerin azaltılmasına neden olabileceğini göstermiştir (Beydoun ve Wang., 2010; Luppino ve ark., 2010). Duygusal aşırı yiyenler, olumsuz ruh hallerine tepki olarak yemek yerler ve duygu düzenleme için birincil başa çıkma stratejisi olarak yiyecekleri kullanırlar. Bu durum da özellikle sık olumsuz ruh hali yaşayan kronik depresyonu olan bireyler için aşırı kilo veya obeziteye neden olabilir (Markowitz ve ark., 2008). Bir araştırmada, 6-19 yaşları arasındaki majör depresyonun, yetişkin yaşamda depresif olmayan kişilere göre daha yüksek beden kütle indeksi öngördüğü ve klinik depresyon varlığının obezite gelişimine neden olduğu gösterilmiştir (Pine ve ark, 2001). Ayrıca, sıkıntı, depresyon gibi durumlara tepki olarak yemenin pekiştirilme nedeninin, yemeğin tadının bireyde hoşnutluk yaşatması ve kişinin duygusal gerilimini azaltması olduğu düşünülmektedir (Butcher ve ark., 2014). Bazı araştırmalar ise ters yönde bir ilişki göstererek, obezitenin depresyona yol açtığını belirtmişlerdir (Ma ve Xiao, 2009; Roberts ve ark., 2003). Luppino ve arkadaşlarının (2010) yürüttükleri bir çalışmada, hem fazla kilo ve obezitenin depresyon riskini arttırdığı, hem de depresyonun fazla kilo ve obezite gelişme riskini arttırdığı gösterilmiştir. Çalışmaya göre, obez kişilerde zamanla depresyon gelişme riski %55 artarken, depresif kişilerde obez olma riski %58 oranında artmıştır. Ayrıca, çalışmada depresyon ve obezite arasındaki ilişki, depresyon ve fazla kilo arasındaki ilişkiden daha güçlü bulunmuştur.

Emre ve Öner'in (2018) kırsalda yaşayan kadınlarda obezite ve ruhsal durum ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada, depresyon düzeyi eşik üstü olan katılımcıların %83,3'ünün fazla kilolu veya obez bireylerden oluştuğu gösterilmiştir. Obez bireylerin yaşam kalitesi ile ilgili skorları anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Sonuç olarak, çalışmada obezitenin depresyon riskini arttırırken, yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu gösterilmiştir. Eren ve Erdi'nin (2003) obez bireylerde psikolojik bozuklukların sıklığı ile ilgili yürüttükleri bir araştırmada, obez bireylerin %81,3'ünde majör depresif bozukluk olduğu gösterilmiştir. Çalışma ile obezitede

yüksek oranda depresif belirtiler görüldüğü desteklenmiştir. Çakmur ve Güneş'in (2018) obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada, obez bireylerde depresyon %69,6 oranında saptanmıştır. Obez olgularda depresyon riskinin, obez olmayanlara göre 2,9 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, obez olgularda, kadınlarda depresyon riskinin erkeklere göre 3,1 kat daha yüksek bulunduğu ve bu nedenle cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, obezite ve cinsiyetin depresyon için risk faktörü olduğu vurgulanmıştır. Ma ve Xiao'nun (2010) Amerika'da 1857 kadın katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada, BKİ'nin orta ve şiddetli depresif belirti olasılığı ve majör depresyon olasılığı ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, depresyon oranının III. derece obez kadınlarda ( $\geq 40$ ) daha yüksek bulunduğu, morbid obez sınırlarda depresyon sıklığının arttığı ve bu nedenle obezite derecesinin obez popülasyonda bile depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

Araştırmalarda çoğunlukla obezite ve depresyon arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Beydoun ve Wang., 2010, Kim ve ark., 2010). Genel olarak, obez insanların depresyona yol açabilecek daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarına inanılmaktadır (Dong ve ark., 2004). Fakat, bazı araştırmalarda da obezite ve depresyon arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Roberts ve ark., 2003). Örneğin, İran'da 400 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, obez ve normal kilolu bireylerin depresyon oranlarında önemli bir fark bulunamamıştır (Askari ve ark., 2013). Carpenter ve arkadaşlarının (2000) Amerika'da 40,086 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, obezitenin erkeklerde artan BKİ'nin depresyon ve intihar düşüncesi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Meksika popülasyonunda obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmada ise, erkek katılımcılarda daha yüksek beden kütle indeksi ve bel çevresi ile depresif belirtiler şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca, her iki cinsiyette de abdominal obezite ve depresyon arasında bir ilişki bulunamadığı ve obezite derecesinin artışı ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Zavala ve ark., 2018).

Yürütülen araştırmada, depresyon riskinde obezitenin rolünü açıklamak, depresyon ve obezite arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek ve obez bireylerde obezite derecesinin depresyon için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır.

## 2.3. BİLGECE FARKINDALIK

### 2.3.1. Bilgece Farkındalık Tanımı

Bilgece farkındalık (mindfulness), andaki mevcut deneyimlere ve olaylara özel bir tutum ile yöneltilmiş farkındalık ve dikkattir (Ayalp ve Şahin, 2018). Günümüzde batı psikoterapistleri tarafından kullanılan şekliyle mindfulness terimi, farkındalık, dikkat ve hatırlama anlamına gelmektedir. Farkında olmak ve dikkat etmek benzer anlamlarda kullanılabilen kelimelerken, hatırlamak kelimesi daha farklı olarak, akşam yemeğinde ne yenildiğini veya yaşanan bir çocukluk travmasını hatırlamak yerine, sürekli olarak dikkatli olmayı ve farkında olmayı hatırlamak anlamında kullanılmaktadır. Bilgece farkındalık, terapötik değişimin gizil ve temel süreçlerinden biri olarak kabul edilmekte ve sadece “farkındalık” kavramından daha kapsayıcı olarak tanımlanmaktadır. Diğer deyişle, bilgece farkındalık hem farkındalık kavramını içermekte hem de açıklık, merak, şefkat, anlayışla kabullenme ve uzaktan izleme gibi özel tutumları vurgulamaktadır (Şahin ve Yeniçeri, 2015). Bilgece farkındalık, sadece şimdiki anı fark etmek veya şimdiki anda yaşamak değildir. Şimdiki anın içinde olanların farkında olma ve aynı zamanda fark edilenleri karşılama biçimidir. Bu nedenle, mindfulness hem algının hem de algılananı kabul etmenin karışımıdır. Algılamak, dikkat etmek demektir, bilgece farkındalık mevcut anı sevgi ve şefkat dolu bir kalple algılamak demektir (Pollak ve ark., 2019).

Tarihsel olarak mindfulness, Budist meditasyonunun “kalbi” olarak adlandırılmıştır ve Buda’nın öğretilerinin merkezinde yer almaktadır. (Kabat-Zinn, 2003). Aslen 2500 yıl önce Budist düşünceden ve meditasyon egzersizlerinden gelen farkındalık kavramı, psikoloji alanında Jon Kabat-Zinn (1994) tarafından tanıtılmıştır. Kabat-Zinn bilgece farkındalığı Budist geleneğe yakın bir yaklaşımla “Şu andaki eylemlerin ve düşüncelerin amaçlı olarak farkına varılması, bedenden gelen sinyallerin ve zihinden geçenlerin merakla, açıklıkla, kabullenişle, anlayışla ve şefkatle yaklaşımının gerçekleşmesi” olarak tanımlamıştır (Ouwens ve ark., 2015). Ayrıca, Kabat-Zinn bilgece farkındalığın, doğu felsefesinin batı bilimiyle birleştirilmiş, öğrenilebilen ve öğretilen bir müdahale yöntemi olduğunu, amacının ise, iyilik, olgunlaşma, huzur hali ve kişisel gelişim olduğunu ifade etmiştir (Şahin ve Yeniçeri, 2015). Yaklaşımın diğer bir öncüsü olan Langer ise, bilgece farkındalığı doğu felsefeleri ile ilgisi olmayan bir yaklaşımla “Dikkatin mevcut anda bedende, zihinde ve çevrede olanlara karşı açık, fakat onlardan etkilenmeden mevcut

anda yapılan iş üzerinde tutulabildiği bir beceriye yönelik zihinsel süreç” olarak tanımlamıştır (Ayalp ve Şahin, 2018). Budist bir araştırmacı olan John Dunne, mindfulnessı başka bir boyutta daha tanımlamıştır. “Bir binanın tepesinde düşmanı hedef alan özel kuvvetler keskin nişancısı, o sırada hem farkında hem de dikkatli olur. Zihni her dağıldığında dikkatini yeniden toplar ve işine odaklanması gerektiğini hatırlar. Fakat, keskin nişancının bu tür odağı, duygusal sıkıntılarla ilgili çalışmak için ve terapötik varlığın geliştirilmesi için yeterli olmayabilmektedir. Çünkü keskin nişancıda kabullenme, yargısızlık, şefkatli, arkadaşıl ve samimi bir tutum eksiktir” demiştir. Bu nedenle mindfulness, mevcut deneyimlere yargısızca, amaçlı bir şekilde dikkat ederek ve kabullenerek ortaya çıkan farkındalık olarak da tanımlanmaktadır. Kabullenme tutumu, psikoterapide önemli bir role sahiptir; şimdi ve burada gerçekleşen deneyimlerin, yargısız bir şekilde benimsenmesi olarak açıklanmaktadır (Pollak ve ark., 2019). Ayrıca, diğer terapi türleri için verilen başka tanımlar da bulunmaktadır. Örneğin, Diyalektik Davranışçı Terapi bilgece farkındalığı, “Mevcut andaki gerçeği, etkili ve niyetli bir şekilde tanımlama, gözleme ve yaşama süreci” olarak tanımlanmaktadır (Dimidjian ve Linehan, 2003).

Bilgece farkındalığın tanımlamaları tekniklere, sürece veya sonuca göre değişiklik göstermektedir. Diğer deyişle mindfulness, hem deneyimlenen anlık öznel bir yaşantı olarak kavramsallaştırılmakta hem de farkında olunmadan edinilen bir kişilik özelliği gibi geliştirilebilen bir beceri olarak değerlendirilmektedir. Bilgece farkındalık kişilik özelliği olarak değerlendirildiğinde, mindfulness özelliğine sahip olan bireylerin yüksek düzeyde otonomluk duygusuna, özsaygıya, empatiye, yaşam doyumuna, yönetici işlevlere, hoş duygulanımlara, iyimserliğe, titizliğe ve kişisel yeterlilik algısına sahip oldukları belirtilmektedir. Düşük düzeyde bilgece farkındalığa sahip olanların ise, olumsuz düşünceleri tekrar etme, unutkanlık, bilişsel tepkisizlik, yaşantısal kaçınma, depresyon, genel psikolojik belirtiler ve duygu yönetimindeki sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Yeniçeri, 2015).

Bilgece farkındalık, yıllar içerisinde zihinsel egzersizler ile oluşan durumsal bir yaşantı (state) veya yerleşik kişilik özelliği (trait) olarak ele alınmıştır. Bir kişilik özelliği ve anlık bir yaşantı oluşu özelliği olarak bilgece farkındalığın, fiziksel ve psikolojik sağlıkla, beyin yapısında meydana gelen olumlu değişimlerle ve sağlıklı beslenme gibi olumlu davranışlarla ilgili duygu yönetimiyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Lvyers ve ark., 2014). Bilgece farkındalıkta, anlık bir yaşantı oluşu özelliği ile oluşturulan müdahale programları vardır. Bu programlar, bireylerin

andaki deneyimlerine odaklanarak onlardan etkilenmemelerini sağlayan ve yaşadıkları acılardan özgürleştirmek için tasarlanan egzersizlerden oluşmaktadır. Bu egzersizler, sedef hastalığı hastalarında, HIV hastalarında, prostat ve göğüs kanseri hastalarında, nükseden depresyonda veya yeme bozuklukları olan hastalarda hem tedavi hem de müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır (Ayalp ve Şahin, 2018; Proulx, 2008).

Bilgece farkındalık, terapötik değişimin temel süreçlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Şahin ve Yeniçeri, 2015). Yapılan araştırmalar, farkındalık özelliğindeki yüksek puanların daha düşük depresyon öngördüğünü göstermektedir (Brown ve Ryan, 2003; Leahey ve ark., 2008). Ayrıca, yüksek farkındalık başarılı bir özdenetimle, duygusal uyaranlara karşı daha az tepkisel olmayla ve daha düşük otomatik ve dürtüsel reaksiyonlarla ilişkilidir. Bal ve arkadaşlarının (2018) 60 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, BKİ ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki olduğunu, mindfulness ve dürtüsellik arasında ise negatif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca, eğer bireyin farkındalığı düşükse, negatif otomatik düşünceler kişiyi şimdiki andan uzaklaştırmakta ve olumsuz ruminasyona (tekrarlayan olumsuz düşünceler) sokmaktadır. Bir araştırmada, bilgece farkındalık düzeyindeki artışın, algılanan stres ve ruminasyondaki azalmalara aracılık ettiği gösterilmiştir (Shapiro ve ark., 2008). Farkındalığı yüksek olan bir birey, olumsuz otomatik düşünceleri kabul edebilir ve etkilerini zayıflatabilir. Olumsuz düşüncelerini değiştirmeden ya da onlardan kurtulmaya çalışmadan ortaya çıkmalarına izin verir ve onlarla özdeşleşmeden gözlemleyebilme becerisine sahip olur. Bilgece farkındalık, olumsuz otomatik düşüncelerle gelen acıya odaklanmaz; olumlu, olumsuz veya nötr tüm anları ve tüm deneyimleri kabul eder (Ayalp ve Şahin, 2018; Mantzios ve ark., 2015; Ouwers ve ark., 2015).

### **2.3.2. Bilgece Farkındalıkta Tutum**

Bilgece farkındalık, fark edilenlerin nasıl bir tutumla ele alınacağını öğretir. Algıların içindeki geçmiş ve gelecek etkilerinin fark edilmesini, yargıların fark edilmesini, acı zamanlarda şefkatli olabilmeyi ve kabulü gibi mevcut deneyimlerin nasıl karşılanacağını öğretir. Bu tutumlar, anda kalabilme, yargılamama, kabul, sabır, şefkat, akışına bırakmak ve başlangıç ruhu olmak üzere yedi şekilde olmaktadır.

Anda kalabilme, şimdiki anın içinde kalmak, geçmiş ve geleceğe gitme eğiliminde olan dikkatimizi fark ederek şimdiki ana geri getirmektir. Yaşam

içerisinde nötr anlar; diğer deyişle hoş giden veya gitmeyenden herhangi biri olmayan bazı anlar ziyan edilebilmekte ve o anda farkında olmadan geçirilebilmektedir. Örneğin, günlük rutinin içinde sabah uyanıldıktan sonra el yüz yıkanırken hangi kıyafetlerin giyileceği, kıyafetlerin giyildiği sırada gidilecek yolu, yolda giderken o gün yapılacakların ne olduğu gibi devam eden şekilde mevcut anlar başka anları düşünerek geçirilebilmektedir. Mindfulness, böyle zamanlarda durarak fark etmek ve dikkati tekrar mevcut ana geri getirmektir.

Yargılamamak, yargıların fark edilmesi anlamındadır. Birey, herhangi bir kişiyi, deneyimi veya karşı karşıya gelinen bir nesneyi yargılama eğiliminde olur. Zihin de gördüğü şeyleri bunu seviyorum veya sevmiyorum gibi sınıflandırır ve kategorize eder. Sınıflandırma eğilimi, olayların tanınmasını kolaylaştırır da görüş açısının netleşmesi için yargıların farkında olmak gerekmektedir. Bir şeyi yargılamamak, düşünce sahibi olmamak, her şeyi sevmek, kötü yönlerini görmemek veya hiç eleştirmemek demek değildir. Yargıları fark edebilmek, sevilen veya sevilmeyen durumlarda verilen tepkileri fark edebilmektir. İnsanın kendisine “Mevcut deneyimi şu an ilk kez geçmiş ve geleceğin etkisi olmadan yaşıyor olsaydım nasıl algılardım” diye sorabilmesidir. Ayrıca, bir şeylerin zihinde yargılandığı fark edildiği zaman, onu hemen durdurmak gerekmemektedir. Çünkü bu durum yargılamayı yargılamaya neden olmaktadır ve yargılamadan kurtulmak yerine daha güçlü bir hale getirebilmektedir.

Kabul, deneyimlerin kabul edici bir tutum ile işlenmesidir ve bilgece farkındalığa şefkati ve samimiyeti dahil etmektedir. Kabul, sıkıntıya ve zevke eşit bir şekilde açık olmayı, kazanmayı veya kaybetmeyi eşit derecede karşılamayı ve yapılan hatalara yönelik olumsuz tepkiler vermeden önce durabilmeyi sağlar. Pes etmek veya değiştirme çabasından vazgeçmek demek değildir. Kişiliğin saklanmak veya yok edilmek istenen kısımları kabul edilir ve kişiliği tanımlayan esas özellikler olmaktan çıkarılır. Bu şekilde, bilgece farkındalık ile birlikte, korku, üzüntü, bağımlılık, fiziksel acı, endişe gibi zorlukların üstesinden gelinmesi sağlanır.

Sabır, bilgece farkındalıkta her şeyin vakti olduğunu ve bazen olayların kendi zamanlarında ortaya çıkması gerektiğini kabul ederek, anlamaktır. Jon Kabat-Zinn sabır ile ilgili “Bir çocuk kozayı kırarak kelebeğin ortaya çıkmasına yardım etmeye çalışabilir, fakat genelde kelebek bundan fayda görmez. Bir yetişkin ise, kelebeğin ancak kendi zamanı geldiğinde ortaya çıkabileceğini ve bu nedenle sürecin aceleye getirilemeyeceğini bilir” demiştir. İstekler için kısa vadede veya uzun vadede

sabretmek zor olabilmektedir. Örneğin, trafikte yeşil ışığın yanmasını veya bilgisayarda bir dosyanın açılmasını beklerken bile sabır göstermeye ihtiyaç olabilmektedir. Dahası, çocukken hemen büyümek, öğrenciyken hemen iş yaşamına geçmek, iş yaşamında hemen terfi etmek gibi yaşam sürecinde de isteklerin bir an önce gerçekleşmesi ile ilgili sabırsızlık gösterilebilmektedir. Bilgece farkındalıkta hep sabır vardır; beklemek, tahammül etmek, sabretmek; değişimin ve gelişimin hemen olmamasına sabretmek gerekmektedir.

Şefkat, bilgece farkındalıkta acıyla ortaya çıkar ve acıyla kalmakla ve acıyı anlamakla ilgili bir tutum gerektirir. Zorlanılan durumlarla baş edebilmede en alışıldık yollar, zorlanılan durumu ortadan kaldırmak veya daha hoş bir durumla yer değiştirmek üzerinedir. Şefkat, bu duruma alternatif bir yol sağlayarak, acıyı ve acının doğasını anlama yolunu sunar. İnsanların acı çektiklerinde ya da zor zamanlardan geçtiklerinde kendilerini veya diğer insanları şanssız, dezavantajlı, eksik, beceriksiz, farklı görmelerindense, acının evrenselliğini fark etmelerini sağlar. Şefkatin hiyerarşi yoktur; yani acı çeken birey, acı çekmeyen bireyden daha güçsüz veya dezavantajlı durumda değildir. Bu nedenle, şefkat duyan veya yardım eden birey de diğerinden daha üstün değildir. Bunlara ek olarak, şefkat insanların kendilerini veya başkalarını sıkıntıya sokan, üzen durumları veya duyguları göz ardı etmeden, özdeşleşmeden ya da bastırmadan kabul etmeyi içerir. Diğer deyişle, herhangi bir acıyı hissetmek, değiştirmek veya dönüştürmekle ilgili değildir. Ayrıca, şefkatin en önemli özelliklerinden biri öz-şefkattir. İnsanların sadece diğer insanlara değil, kendilerine de şefkatli olmaları gerekir. Dalai Lama “Başkalarının mutluluğunu istiyorsanız şefkatli olun, kendinizi mutlu etmek istiyorsanız yine şefkatli olun” demiştir. Öz şefkat, insanların yaşadıkları zorlayıcı durumlarda kendilerini eleştirmemelerini, sadece bu zorlanmaları kendileri yaşıyormuş gibi hissetmemelerini ve bu durumların hem geçmiş hem de gelecekle olan bağlantılarını fark ederek acıyla özdeşleşmeden sadece gözlemleyebilmelerini gerektirir.

Akışına bırakmak, bilgece farkındalıkta düşünmemek, hissetmemek, unutmak, önemsememek veya boş vermek demek değildir; tutunulan şey ne ise onu fark etmek, geçmiş ve gelecek bağlantılarını anlamak, özdeşleşmemek ve ona mesafe almaktır. Bunun en kolay yolu şimdiki ana odaklanarak, mevcut deneyimlerimizle ilgili düşünmek yerine, anın akışı içinde olmaktır.

Başlangıç ruhu, bilgece farkındalıkta, her deneyimi ilk deneyimmiş gibi yaşayabilme becerisidir. Yaşanılan deneyimleri aslında biliyor olmak, onları daha iyi

anlayabilmenin ve keyfini yaşayabilmenin önüne geçebilmektedir. En çok yapılan şeyler veya en yakın kişiler bir süre sonra daha az fark edilir hale gelebilir. Çünkü zaten onların bilindiği veya tanındığı düşünülebilir. Böylece farkındalıktan uzaklaşılır. Başlangıç ruhu, yaşamdaki birçok şeyi sanki ilk defa keşfediyormuş gibi ve amaçlı bir şekilde yeniden tanımak için fırsat sağlar. Bu şekilde, deneyim daha zengin bir şekilde yaşanır, her deneyimin diğer deneyimden farklı olduğu, kendine özgü ve biricik olduğu fark edilir. Merak etmek, mevcut anı keşfetmenin motivasyonudur. Her anın yeni olduğunu, yeni şeyler getirdiğini fark etmek ve ilk defa deneyimleneceğini bilerek merak etmek demektir (Atalay, 2019; Pollak ve ark., 2019).

### **2.3.3. Bilgece Farkındalık ve Obezite İlişkisi**

Bilişsel ve psikolojik süreçlerin, besin alımı üzerinde güçlü etkileri vardır. Örneğin, gözlemsel çalışmalarda televizyon izleme gibi başka bir aktivite gerçekleştirirken yemek yemenin, kilo alımı veya obezite olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (Liebman ve ark., 2003). Çünkü, bireyin dikkatinin dağılması ve tüketilen besin miktarı ile ilgili görsel bilgi eksikliğinin olması, yiyeceklerin çok hızlı bir şekilde tüketilmesini ve daha sonra tekrar alımını arttırmaktadır. Bu nedenle, beslenme ve yeme sürecine yönelik farkındalığın artırılması, uzun süreli kilo kaybı üzerinde çok az etkisi olan kısıtlayıcı diyetlere yönelik etkili bir alternatif olmaktadır (Camilleri ve ark., 2015).

Kilo alımını engellemede, meyve-sebze tüketiminin teşvik edilmesi, diyet ve fiziksel aktivite eğitiminin birleştirilmesi ve kilonun korunmasının teşvik edilmesi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Fakat, bu geleneksel yaklaşımlar kısa vadede orta derecede başarılı olabilmektedir veya uzun vadede başarılı olamamakta; yani kiloda kalıcı azalmalara neden olamamaktadır. Bu nedenle, son yıllarda mindfulness gibi daha yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç duyulmuştur. Mindfulness, mevcut anın yargılamadan farkında olmaktır. Bu nedenle, Framson ve arkadaşları (2009) “mindful” yemeyi, “Yemek yerken veya yiyeceklerle ilgili bir ortamda oluşan fiziksel ve duygusal duyuların yargısal olmayan farkındalığı” olarak tanımlamışlardır. Mindful beslenme, kişinin neden yediğine dair farkındalık yarattığı için, faydalı bir kilo verme veya kiloyu koruma becerisi olabilmektedir. Yemek yerken mindful olmak, yemek yerken neyin tüketildiğinin bilincinde olmak, yemeğin tadının ve lezzetinin farkında olmak, can sıkıntısı, endişe gibi durumlarda vücudun verdiği açlık



ipuçlarını fark ederek tepki vermemeyi sağlamak, yeme davranışlarındaki ve kilodaki değişikliklerle bağlantılı olabilecek tüm faktörlerle ilgili doyum ve tokluk hissinin farkında olmaktır. Böylece, farkındalığı arttıran müdahaleler daha sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile sonuçlanmaktadır. Türkiye’de 368 üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, pre-obez ve obez grubun diğer BKİ sınıflarına göre daha düşük yeme farkındalığı ölçeği (MEQ) puanına sahip oldukları ve katılımcıların yaşı arttıkça, beden kütle indeksinin arttığı ve mindful yemenin de azaldığı gösterilmiştir (Köse ve Çıplak, 2020). Ayrıca, mindful yemenin diğer bir özelliği de sezgisel yemedir. Diğer deyişle, bireyin fizyolojik açlık veya tokluk ipuçlarına dayanan yeme hızı ve yeme alışkanlıklarıdır (Grinnel ve ark., 2011). Örneğin, kadın katılımcılar ile yapılan bir araştırmada, yavaş yemenin hızlı yemeye göre daha çabuk ve daha üst düzeyde doyum hissini sağladığı ve yemek sırasındaki genel enerji alımını azaltmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, araştırma ile bilgece farkındalığın, öz farkındalık duygularını ve yemek yemeyi etkileyen duyguları geliştirerek kilo vermenin önemli bir bileşeni olabileceği belirtilmiştir (Andrade ve ark., 2008).

Farkındalık temelli müdahaleler ilk olarak hastaların stres, ağrı ve sakatlıkla başa çıkmalarına yardımcı olmak amacıyla, tedavinin bir tamamlayıcısı olarak tıp ve sağlık hizmetlerine dahil edilmiştir (Kabat-Zinn, 2003) ve farkındalık temelli stres azaltma programlarının kullanışlılığı ve etkililiği gösterilmiştir (Grossman ve ark., 2004). Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (FTSP) Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilerek, 1979 yılında Massachusetts Institute of Technology (MIT) Üniversitesi’nin Tıp Merkezi’nde kronik ağrılı hastaların tedavisi için uygulanmıştır (Kabat-Zinn, 2003). Günümüzde Türkiye’de dahil olmak üzere otuzdan fazla ülkede uygulanmaktadır. Program ile zihinsel veya fiziksel acıdan yakınan hastalara stres azaltma amacıyla düzenlenen bilgece farkındalık yaklaşımları uygulanmaktadır. Programın sadece kendisi bir yöntem olarak uygulanabileceği gibi tamamlayıcı, önleyici ve destekleyici olarak da kullanılabilir. Kronik fiziksel ağrıları olan, kanser, kaygı, tükenmişlik, depresyon gibi sorunlar yaşayan kişilere uygulanmaktadır. FTSP programı ile, herhangi bir anda neler olduğunu kabul edici bir tutum ile daha da farkında olunması amaçlanmaktadır. İnsanların negatif duygular, düşünceler veya duygulardan kaçınmaları yerine, artan farkındalıkla kabul etmelerine ve başa çıkmalarına yardım edilmektedir. Ayrıca, eğitim beynin stres tepkilerinden ve duygu düzenlemeden sorumlu bölgelerinde değişim meydana

getirmektedir. Meydana gelen bu değişimler de bağışıklık fonksiyonları, kalp atışı ve nefes alma gibi biyolojik süreçleri etkilemektedir (Atalay, 2019). Son yıllarda ise, bilgece farkındalık temelli müdahaleler obezite ve ilişkili yeme davranışlarının tedavisine eklenerek genişletilmiştir (Godsey, 2013, Ouwens ve ark., 2015). Çeşitli bilgece farkındalık temelli müdahalelerin, fazla kilolu veya obez bireylerde kilonun korunmasında veya kilo kaybı üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Lillis ve ark., 2009; Mantzios ve ark., 2014). Özellikle, stresli ortamlarda kilo alımı sıklıkla görölmektedir. Farkındalığın yüksek olmasının kilo alımını düşürmesi beklenmektedir; çünkü birey teorik olarak farkındalık ile birlikte stresli durumların kabulüne izin vermektedir. Böylece, birey başa çıkma mekanizması olarak aşırı yeme arzusunu azaltabilmekte ve duygusal yemeyi engelleyebilmektedir. Bu şekilde, farkındalık potansiyel olarak kilo alımını engelleyebilecek bir faktör olarak ortaya çıkarak, daha sağlıklı beslenme davranışlarının oluşmasını sağlamaktadır (Ayalp ve şahin, 2018; Camilleri ve ark., 2015). Bir araştırmada, 8 haftalık farkındalık temelli müdahale programına katılan 26 kadın katılımcının, kontrol grubundaki katılımcılara göre yeme isteğinde, beden imajı kaygısında ve duygusal yemede daha fazla düşüş gösterdikleri bildirilmiştir. Çalışmada, mindfulness uygulamalarının, sorunlu yeme davranışıyla ilişkili faktörleri azaltmanın etkili bir yolu olabileceği belirtilmiştir (Alberts ve Raes, 2012). 62 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen başka bir araştırmada, 6 aylık farkındalık temelli stres azaltma programına katılan katılımcıların, kontrol grubuna göre, fiziksel aktivitede önemli ölçüde daha fazla artış gösterdikleri ve beden kütle indekslerinde daha fazla azalma meydana geldiği bulunmuştur. Katılımcıların BKİ'lerinin azalmasında öncelikle aşırı yemedeki azalmaların etkili olduğu ve müdahale programının değişim yaratmada başarılı olduğu belirtilmiştir (Tapper ve ark., 2009). Asadollahi ve arkadaşlarının (2015) beden kütle indeksi 30 üzerinde olan 60 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise, diyetle eşlik eden mindfulness eğitiminin obez hastalarda kilo kaybını meydana getirdiği gösterilmiştir. Fakat, başka bir araştırmada, farkındalık temelli stres azaltma programının yeme davranışındaki olumlu değişikliklerle ilişkili olduğuna dair bir ilişki bulunamamıştır. 48 gazi katılımcı ile yürütölen araştırmada, farkındalık temelli müdahale programına katılımın, duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve tüketilen gıdanın türü ve miktarındaki değişiklikler yoluyla katılımcıların yeme davranışlarını ve besin alımını olumlu etkileyeceği varsayılmış, ancak programa katılımın yeme davranışındaki değişikliklerle ilişkili olduğu bulunamamıştır (Kearney ve ark., 2012).

Obez bireylerin bozuk yeme davranışlarının belirleyicilerini incelemek, yeme davranışlarına yönelik müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu belirleyicilerden biri de bireylerin bilgece farkındalık düzeyleri olduğu için (Ouwens ve ark., 2015), araştırmalarda çoğunlukla bilgece farkındalık düzeyi ve yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lillis ve ark., 2009). Örneğin, Mantzios ve arkadaşlarının (2015) 97 katılımcı ile bilgece farkındalık ve kilo alımı arasındaki ilişkiyi ve kendine yönelik şefkat tutumunun ek katkısını inceledikleri bir araştırmada, kilo veren katılımcıların bilgece farkındalık ve öz-şefkat konusunda anlamlı olarak daha yüksek puanlar bildirdiklerini ve aynı zamanda olumsuz bilişin (negative cognition) kilo alımında rol oynayabileceği sonucuna varmışlardır. Ayrıca, bilgece farkındalığın çeşitli boyutları (Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeğinin alt faktörleri olan “Gözlemlene, tanımlama, farkındalıkla hareket etme, içsel deneyimi yargılamama ve içsel deneyime tepkisel olmama”) ile yeme patolojisi arasında pozitif ilişki olduğu gösterilerek, bilgece farkındalığın ve alt ölçeklerinin yaşla ve cinsiyetle ilgili farklılıkları bildirilmiştir (Camilleri ve ark., 2015).

Lavender ve arkadaşlarının (2011) 276 kadın katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, “Farkındalıkla hareket etme”, “İçsel deneyime tepkisel olmama” ve “İçsel deneyimi yargılamama” alt ölçeklerinin daha düşük yeme patolojisi seviyesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın sonuçları, yeme patolojisinin, duygu düzenleme bozukluğu ile pozitif ilişkili olduğunu ve bilgece farkındalık ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Camilleri ve arkadaşlarının (2015) 63,628 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise, tüm alt faktörlerin ağırlık durumu ile ters orantılı olduğu ve en güçlü ilişkinin “Gözlemlene” alt faktörü ile bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca, erkeklerin bilgece farkındalık puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre “Farkındalıkla hareket etme”, “İçsel deneyimi yargılamama” ve “İçsel deneyime tepkisel olmama” alt faktörlerinde daha yüksek puanlar gösterdiklerini, “Gözlemlene” ve “Tanımlama” alt ölçeklerinde ise daha düşük puanlar gösterdiklerini bildirmişlerdir. Buna ek olarak, daha yüksek farkındalık puanına sahip kadınların daha az fazla kilolu veya obez oldukları ve daha düşük beden kütle indeksine sahip oldukları, daha yüksek farkındalık puanına sahip erkeklerin ise daha düşük obezite olasılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çalışmada farkındalık puanları daha yüksek olan hem erkek hem de kadın katılımcıların, daha fazla fiziksel aktivite yaptıkları, daha yüksek eğitim seviyesine

sahip oldukları, gevşeme tekniklerini daha sık uyguladıkları ve yaşlarının daha büyük olduğu bulunmuştur.

Yürütülen araştırmada, obezite ile bilgece farkındalık düzeyi ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi, geçerliliği kabul edilen “Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği” ile değerlendirmektir. Ayrıca, araştırmada bilgece farkındalık düzeyi ve obezite derecesi arasındaki ilişkide cinsiyetin ve yaşın rolü olup olmadığının incelenmesi amaçlanmaktadır.

## **2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI**

### **2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Yaygınlığı**

UNICEF (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)’in Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi’nde, her bireyin erken yaşta reşit olma durumu haricinde, on sekiz yaşına gelene kadar çocuk olarak sayılması gerektiği belirtilmiştir (UNICEF, 1989). UNICEF “mağdur çocuğu”, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin herhangi bir halini yaşamış olan 18 yaş altındaki birey, “cinsel istismar mağduru çocuğu” ise cinsel istismar eylemini yaşayan 18 yaş altındaki birey olarak tanımlamıştır (International Rescue Committee, 2012).

Çocuğa yönelik şiddet, 18 yaşın altındaki kişilere yönelik her türlü şiddeti içermektedir. Bebeklere ve küçük çocuklara yönelik şiddet, ebeveynlerin veya diğer otorite figürlerinin çocuklara yönelik uyguladıkları kötü muameleyi (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal) içermektedir. Erkek ve kız çocukları eşit fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal riski altındadır. Kızlar daha fazla cinsel istismar riski altındadır. Çocuklar ergenlik dönemine yaklaştıkça, çocuklara yönelik kötü muamelenin yanı sıra akran şiddeti ve yakın partner şiddeti de oldukça yaygın hale gelmektedir (WHO, 2016). UNICEF, dünyanın her yerindeki tüm yaş gruplarından çocukların ev, okul, kamusal yerler gibi asıl güvende olmaları gereken yerlerde şiddete maruz kaldıklarını, şiddetin yarattığı travmanın ise çocuğun hayatı boyunca devam edebileceğini ve sonraki nesilleri etkileyebileceğini belirtmiştir (UNICEF, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocukluk çağı travmalarını, 18 yaşın altındaki çocuklarda görülen istismar ve ihmal olarak tanımlamakta ve bu davranışların çocuğun sağlığını, yaşamını, fiziksel ve psikosoyal gelişimini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir (WHO, 2016). Çocukluk çağı travmaları, yaşam boyu süren ve ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Tekrarlanabilir olması, genellikle

çocuğa en yakın kişiler tarafından yapılması ve çocuğun ileriki yaşamını da olumsuz etkileyebilmesi nedeniyle tanımlanması ve tedavi edilmesi oldukça zor olan bir travma türüdür. Aynı zamanda yasal sistemleri, toplumu, eğitim sistemini, sosyal kuruluşları ve iş alanlarını da etkileyen önemli halk sağlığı sorunudur. Ayrıca, çocuk istismarı ve ihlalinin sıklığı ve yaygınlığının belirlenmesi de oldukça zordur (Çelik ve Hocaoglu, 2018). İstismarın bir suç olması ve istismarı yapan bireylerin mağdur çocuk ve aileye gizlemeleri konusunda baskı yapması ve rapor edilmesindeki yetersizlikler bu duruma neden olmaktadır. Örneğin, cinsel istismara maruz kalan olguların bilinen oranlardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü' nün uluslararası verilerine göre, 2-4 yaşları arasındaki her 4 çocuktan 3'ünün veya 300 milyon çocuğun düzenli olarak ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından fiziksel cezaya veya psikolojik şiddete maruz kaldığı, her 5 kadından 1'inin veya 13 erkekten 1'inin 0-17 yaşları arasında çocukken cinsel istismara uğradığını bildirdikleri ve 20 yaşın altındaki 120 milyon genç kızın bir tür zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığı bildirilmiştir. Ayrıca, kadınların yaklaşık %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun çocukken cinsel istismara uğradıkları ve çocukların %25-50'sinin fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (WHO, 2020).

UNICEF'in uluslararası verilerine göre ise, bir yaşındaki her 10 çocuktan 6'sının şiddet içeren disiplin önlemlerine maruz kaldığı, 4'te 1'inin fiziksel olarak cezalandırılmak amaçlı sarsıldığı, 10 çocuktan 1'inin ise başına, yüzüne veya kulaklarına darbe aldığı bildirilmiştir. Dünya genelinde 5 yaşından küçük her 4 çocuktan birinin veya 177 milyon çocuğun eşinden ya da partnerinden şiddet gören anne ile birlikte yaşadığı belirtilmiştir. Yaklaşık 732 milyon okul çağındaki çocuğun okullardaki fiziksel cezanın kesin olarak yasaklanmadığı ülkelerde yaşadığı ve son 25 yıl içerisinde okulda silahla ateş açılması olarak belgelenmiş olayların 4'te 3'ünün Amerika'da yaşandığı açıklanmıştır. Cinsel istismar verilerine göre ise, dünya genelindeki 1-19 yaş arasındaki yaklaşık 15 milyon genç kızın cinsel eyleme veya cinsel ilişkiye zorlandığını ve 28 ülkeden ulaşılan verilere göre %90'ının olayın failini tanıdıklarını bildirdikleri tespit edilmiştir. Erkeklere yönelik cinsel istismar verilerine göre ise olayın faileri olarak partnerlerin, sınıf arkadaşların ve arkadaşların bildirildiği belirlenmiştir (UNICEF, 2017).

Türkiye'de UNICEF tarafından çocuk istismarı ve aile içi şiddetin toplumdaki yaygınlık oranını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, duygusal

istismar oranının %51, fiziksel istismar oranının %45 ve cinsel istismar oranının %3 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2010). Türkiye’de İzmir ilinde okuyan 12-17 yaş arasındaki 1606 çocuk ile yapılan başka bir çalışmada, fiziksel istismar oranının %48, cinsel istismar oranının %8, duygusal istismar oranının %60, duygusal ihmal oranının %17 ve aile içi şiddete tanık olma oranının %55 olarak bulunduğu bildirilmiştir (Irmak, 2008). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Psikiyatri polikliniğine başvuran 150 kadın katılımcı ile yapılan bir araştırmada ise, çocukluk çağı fiziksel istismar oranının %15,3, duygusal istismar oranının %18,7, cinsel istismar oranının %22, duygusal ihmal oranının %24,7, fiziksel ihmal oranının %17,3, enstest oranının %11,3 ve enstest dışı fiziksel istismarın ise %11,3 olduğu bildirilmiştir (Yanık ve Özmen, 2002).

Amerika’da 15,197 genç yetişkinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcılar çocukluk dönemlerinde %11,8 oranında fiziksel ihmal, %28,42’sinin fiziksel istismar ve %4,5’inin cinsel istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir (Hussey ve ark., 2006). Beş ülkede fiziksel ve duygusal istismar yaygınlığının araştırıldığı başka bir araştırmada, Şili’de %4-%84, Filipinler’de %21-%82, Mısır’da %26-%72, Hindistan’da %36-%70 ve ABD’de %4-%85 arasında değiştiği bildirilmiştir (Runyan ve ark., 2002). İsveçli 17 yaşındaki katılımcılarla gerçekleştirilen ve ergenlerin çocuk cinsel istismar deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, kız ve erkek öğrenciler arasında cinsel istismar bildirme oranları sırasıyla %11,2 ve %3,1 olarak bulunmuştur (Edgardh ve Ormstad, 2007). Kolombiya, Rusya, İzlanda ve Hindistan’da 459 çocuğun katılımı ile gerçekleştirilen uluslararası bir araştırmada ise, son bir yılda çocukların %55’inin fiziksel istismara, %18’inin cinsel istismara, %66’sının duygusal istismara, %37’sinin ihmale ve %51’inin ise evde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Zolotor ve ark., 2009).

#### **2.4.2. İstismar ve İhmal Kavramları**

Türk Dil Kurumu “istismar” kavramını, bireyin iyi niyetinin kötüye kullanılması veya sömürülmesi olarak, “ihmal” kavramını ise bireye gereken ilginin gösterilmemesi, savsaklanması ve önem verilmemesi olarak tanımlamıştır (TDK Sözlüğü, 2019). Çocuk istismarı ve ihmali, ebeveyn, bakım veren veya başka bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimini kısıtlayan veya engelleyen eylem veya eylemsizliklerdir. Profesyonel kişiler ve toplumsal kurallar tarafından zarar verici ve uygunsuz görülen bu eylemler, çocuğun cinsel, sosyal veya ruhsal

olarak zarar görmesine, güvenliğini ve sağığının tehlikeye girmesine neden olmaktadır (Çelik ve Hoccoğlu, 2018).

Dünya Sağık Örgütü (DSÖ), beş tür çocuk istismarı ve ihmali tanımlamaktadır. Bunlar fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ihmali ve çocuk sömürüsüdür (WHO, 2016).

#### **2.4.2.1. Fiziksel İstismar**

Çocuğı yönelik fiziksel istismar, çocuğı yönelik uygulanan kasıtlı fiziksel güç sonucunda, çocuğın gelişiminin, sağığının ve yaşamının olumsuz şekilde etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler, çocuğı vurma, sarsma, tekmeleme, boğızını sıkma, boğıma, yakma, fırlatma, zehirleme gibi fiziksel hasar veren davranışlardır. Evlerde, çoğı zaman çocuklara yönelik fiziksel şiddet cezalandırma şeklinde olmaktadır (WHO, 2006). Fiziksel istismar tespiti en kolay yapılabilen türdür. Fakat, bazı toplumlarda veya kültürlerde bu tür cezalandırma eylemleri istismar olarak tanımlanmamaktadır. Çünkü, çocuğın terbiye edilmesi veya disiplin edilmesi için gerekli eylemler olarak düşünölmektedir. Bu nedenle, istismarın tespiti zorlaşmaktadır (Topbaş, 2004). Türkiye’de yapılan “Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı” araştırmasında, çocukların %37’sinin ev içerisinde en az bir kez fiziksel istismar yaşantısının olduğunu ve en çok yaşadıkları fiziksel istismar deneyimlerinin ise tokat atma, kulakların ve saçların çekilmesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, araştırmada bu tür eylemlerin çocuğın ev içerisindeki kurallara uymasını sağılamak için kullanıldığı, bir tür cezalandırma yöntemi olduğu ve fiziksel şiddet ile çocuğın eğitildiğı belirtilmiştir (Cankur ve ark., 2012).

Fiziksel istismar sonucunda, bazı fiziksel istismar sendromları ortaya çıkabilmektedir. Münhausen by Proxy Sendromu (MPS), Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome) ve Hırpalanmış Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome) bunlar arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Münhausen by Proxy sendromu, çocukta ebeveyn tarafından istemli bir şekilde hastalık belirtileri oluşturulmasıdır (Akgündüz ve ark., 2018). Sarsılmış bebek sendromu (SBS), bebeğın ilk aylarındaki sık ağlama krizlerinin, bakım verende meydana getirdiğı kızgınlık ve hayal kırıklığı sonucundaki bebeğı kuvvetli bir şekilde sarsması ile beliren beyin hasarı, kafa içi veya göz dibi kanaması gibi ciddi ve ölüm ile sonuçlanabilen bir sendromdur. Ciddi şekilde sarsılan bebeklerin yaklaşık üçte birinin hayatını kaybettiğı, hayatta kalanların ise çoğıunun kalıcı beyin

hasarı, zekâ geriliği, serebral palsi veya körlük gibi uzun süreli sonuçlara maruz kaldıkları bilinmektedir (İnce ve ark., 2014; Runyan ve ark., 2002). Hırpalanmış çocuk sendromunda, fiziksel istismara eşlik eden kafa travması, ciltte, iskelet sisteminde veya sinir sisteminde tekrarlayan ve tahrip edici hasarlar görülür. Bebeklikten ergenlik dönemine kadar her yaşta rastlanabilmektedir, ancak sıklıkla üç yaş altında görülmektedir (Önal ve ark., 2013).

#### **2.4.2.2. Cinsel İstismar**

Çocuk cinsel istismarı, bir çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı, bilgilendirilmiş rızasının olamadığı ve tam olarak anlayamadığı, toplumun sosyal tabularını ve kanunları ihlal eden, çocuğun üzerinde gücü olan başka birinin ihtiyaçlarını yerine getirmeyi veya tatmin etmeyi amaçlayan cinsel eylemlere dahil edilmesi anlamındadır. Olayın failleri, çocuk üzerinde sorumluluk, yetki ve otoriteye sahip yetişkinler veya başka çocuklar olabilmektedir (WHO, 2006). Cinsel istismar, çocuğun duygusal gelişimini, özgüvenini, kişilerarası ilişkilerini ve cinsel gelişimini önemli ölçüde etkileyen kronik bir travmadır (Aktepe, 2009).

Aile içi cinsel istismar, aile üyesinin çocuğu cinsel eylemin içine dahil etmesi veya cinsel eyleme maruz bırakmasıdır. Aile üyesi, sadece kan bağı olan bir yakını değil, üvey baba, aile dostu veya ebeveyn rolünü üstlenen biri gibi aileden görülen birini de kapsamaktadır. Genellikle cinsel istismar faili çocuğu tanıyan, ancak aile dışından bir kişi de olabilmektedir. Olay çoğunlukla çocuğun kandırılması ile gerçekleştirilir. Failin çoğu zaman bir tanığı yoktur ve büyük oranda durumu inkâr eder (Aktepe, 2009). Mağdur çocuk ise kendisine inanılmayacağını düşünerek olayı açıklamaz, kimseye söylemez ve durum tesadüfi olarak keşfedilir. Çocuğun yakınları da çoğunlukla olaya inanmama eğilimi gösterebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Çocuk cinsel istismarı, genellikle beden temasını içermektedir. Fakat, cinsel organına dokunma, giysilerinin üzerinden cinsel organına ya da bedenine dokunma veya öpüşme, oral, vajinal veya anal cinsel birliktelik de dahil edilmektedir. Çocuğu, başkalarının cinsel eylemlerine veya tecavüze şahit olmaya zorlamak, özel bölgelerini göstermeye ya da cinsel içerikli film izlemeye zorlamak, cinsel eylemi gerçekleştirmek için çocuğu tehdit veya tahrik etmek, çocuğu sözlü olarak cinsel birlikteliğe zorlamak, porno veya fuhuş gibi eylemler için sömürerek kullanmak da cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Butcher ve ark., 2014).



#### **2.4.2.3. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar, sürekli olarak çocuğun duygusal gelişimine zarar verecek şekilde uygunsuz duygusal davranışlarda bulunulması ve çocuğun psikolojik hasara uğratılmasıdır. Çocuk, ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılır. Genellikle çocuğun yakın çevresindeki ve çocuk üzerinde güç sahibi olan kişi veya kişiler tarafından yapılır. Çoğunlukla temel bakım verenler ile yaygın olarak görülebilmektedir. Duygusal istismar, bakım verenin uygun ve destekleyici bir ortam sağlayamamasını ve çocuğun duygusal sağlığı ve gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olan eylemlerini içermektedir. Bu tür eylemler, çocuğa değersiz ve yetersiz olduğunu hissettirme, önemsememe, aşağılama, alay etme, suçlama, terk etme ile tehdit etme, kendisine bağımlı hale getirme, sindirme, reddetme, sevilmediğini hissettirme, gelişim dönemine uygun olmayan beklentiler içinde olma ve taleplerde bulunma, başka birine yapılan kötü muameleyi izlettirme, ayrımcılık yapma (kardeş ayırımı yapma vb.) ve sosyal etkileşimini kısıtlama gibi fiziksel olmayan düşmanca muameleyi içermektedir (Öztürk ve Uluşahin, Sarı ve ark., 2016; 2016; WHO, 2006). Çocuklukta yaşanan duygusal istismar, yetişkinlik döneminde düşük benlik saygısı, zayıf kişilerarası beceriler, düşmanlık, saldırganlık, depresyon, intihar eğilimi, somatizasyon gibi durumlara neden olabilmektedir (Riggs, 2010).

Duygusal istismar oldukça sık görülmesine rağmen, yasal olarak kanıtlanması güç olmakta ve çocuk için oldukça yıkıcı olmaktadır. Bir araştırmada, en yaygın görülen duygusal istismarın, çocuğa bağırma (%75,1), alay edici isimlerle seslenmek (%31,2), küfürlü konuşmak (%29,8) ve çocuğu terk etmekle tehdit etmek (%27,4) olduğu belirtilmiştir (Lynch ve ark., 2008). Cinsel ve fiziksel istismar bir kez yaşanabilir veya tekrarlanabilir. Duygusal istismar ise fiziksel ve cinsel istismara eşlik etmektedir ve fiziksel belirtiler iyileştikten sonra veya yaşam süresince etkisini sürdürebilmektedir. Bu olguların %90'ında duygusal istismar ve ihmalin de gerçekleştiği saptanmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

#### **2.4.2.4. İhmal**

İhmal, çocuğun gelişiminde ve sağlığında ciddi bozulmalara neden olabilecek temel psikolojik ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmaması, çocuğun ihtiyacı olan sağlıklı ve güvenilir ortamın sağlanmaması, çocuğun tehlikelere karşı korunmaması ve yapılması gerekenlerin yapılmamasıdır (Sarı ve ark., 2016). Dört tür ihmal bulunmaktadır.

Fiziksel ihmal, çocuğun terk edilmesi veya yeme içme, giyinme barınma ve hijyen gibi ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Çocuğun sağlık hizmetlerinin geciktirilmesi veya hiç verilmemesi, yeterince yemek verilmemesi, uzun süre yalnız bırakılması, bakımının sağlanmaması, dışlanması, çocuğun evden kovulması, evden kaçan çocuğun tekrar eve alınmaması ve çocuğa zarar verebilecek maddelerden korunması konusunda yeterli önlemlerin alınmaması gibi eylemler de fiziksel ihmal olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, fiziksel ihmal yaşayan çocukta soluk renk ten, bakımsız saçlar ve iyi beslenmemiş bir görünüm olabilmektedir. Bunlara ek olarak fiziksel ihmalin, evlilik dışı doğan çocuğu ölüme terk etmek veya istem dışı olan gebelikte annenin kendisini aç bırakarak gebeliği sonlandırması gibi ciddi sonuçları olabilmektedir. Bu çocuklarda, akademik ve bilişsel bozulmalar, kısıtlı akran ilişkiler, içe atım sorunları ve sosyal geri çekilme görülebilmektedir. Bilişsel ihmal, çocuğu okula göndermeme, birlikte oyun oynamama ve yeterince konuşmama gibi eylemleri içermektedir. Duygusal ihmal, bakım verenlerin çocuğa psikolojik anlamda ulaşılmaz olması, duygusal ipuçlarını görmezden gelmeleri ve sıcaklık göstermemeleri sonucunda oluşan ihmaldir. Duygusal ihmal yaşayan çocukların duygusal ve fiziksel gelişimleri ciddi anlamda bozulabilmektedir. Bunlara ek olarak, fiziksel olarak küçük olabilmekte ve sosyal iletişim kurmakta oldukça güçlük yaşayabilmektedirler. Gözetim eksikliği ise, sağlık hizmetlerinin alınmasındaki yetersizlik veya güvenli olmayan bakıcılara iş verilmesi gibi durumları kapsamaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

#### **2.4.2.5. Çocuk Sömürüsü**

Çocuk sömürüsü, çocuklara dilencilik yaptırılması, işçi olarak çalıştırılmaları, askerlik yaptırılması, porno sektöründe kullanılmaları ve çocuk fahişeliği gibi eylemleri kapsamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

#### **2.4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtilerle İlişkisi**

İstismara uğrayan çocuklarda, çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. İstismar sonrasında ortaya çıkan istismara özgün bir sendrom veya istismarın varlığını tek başına kanıtlayan herhangi bir belirti kümesi bulunmamaktadır. Cinsel istismar da dahil, istismara uğrayan çocuklarda herhangi bir belirti görülmeyebilir. Fakat, olay sonrasında psikiyatrik belirti görülmemesi, çocuğun hayatı boyunca herhangi bir psikiyatrik bozukluk geliştirmeyeceğini göstermez. İstismar olayı az veya çok çocuğun yaşamını ve gelişimini olumsuz

olarak etkiler. Bazen çocukluk döneminde yaşanan veya unutulduğu varsayılan bir istismar yaşantısı, bireyin ileriki iş yaşantısında, sosyal yaşantısında veya evlilik yaşantısında bazı sorunların veya psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

İstismarın oldukça geniş kapsamlı olumsuz etkileri olabilmektedir. Saldırganlık, akademik başarısızlık, akranlarla ilişkilerde bozulmalar, sosyal geri çekilme, yıkıcı saldırgan davranışlar, duygudurum düzenlenmesinde bozulma ve güvensiz bağlanma biçimleri gibi etkileri olabilmekte ve ek psikopatolojik durumlara yol açabilmektedir.

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda, yakın ilişki kurmakta güçlük yaşama gibi sosyal işlevsellikte görülen bazı eksiklikler meydana gelmektedir. Duygusal yoğunluğu az olan, çatışmalı, öfkeli ve istismar davranışları içeren ilişkileri olabilmektedir. Bunlara ek olarak, bu çocuklarda akademik başarısızlıklara, saldırgan ve suça yönelik davranışlara, bilişsel yetilerdeki bozukluklara ve nörolojik bozukluklara sıklıkla rastlanmaktadır. Özkıyım düşünceleri veya girişimleri fiziksel istismara maruz kalan bireylerde daha fazla görülmektedir (Tackett, 2002). Ayrıca, madde kötüye kullanımı, kaygı bozuklukları, karşıt olma- karşı gelme bozukluğu, tehlikeli cinsel deneyimler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu daha fazla saptanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Ağır fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu veya fiziksel istismara uğrayanlarda majör depresyon, bipolar bozukluk veya şizofreni gibi psikopatolojik bozukluklar görülebilmektedir. Bunlara ek olarak, yeme bozuklukları, okuldan kaçma, okula uyumsuzluk, riskli ortamlarda bulunma, bağımlılık yapan maddeleri kullanma, öfke kontrol problemi, kendine zarar verme ve intihar girişimi gibi durumların görülmesinde de artış olabilmektedir (Sarı ve ark., 2016).

Cinsel istismar, kısa veya uzun vadeli bazı psikiyatrik belirtilere neden olabilmektedir. Kısa dönemdeki etkileri oldukça belirgin ve bakım verenleri tedirgin edici olabilmektedir. Küçük çocuklarda, artan cinsel merak, yaşı ile uyumsuz cinsel bilgiler, baştan çıkarıcı veya uygunsuz cinsel davranışlar, cinsel saldırgan davranışlar ve diğer çocuklarla oynanan cinsel içerikli oyunlar bunlar arasında sayılmaktadır. Okul öncesi çocuklar, genellikle saldırgan davranışlar, mastürbasyon, kabuslar, karın ağrısı, vajinal ağrı, şişlik gibi davranışsal ve fiziksel belirtiler gösterirler. Daha büyük çocuklarda ve ergenlerde ise rastgele cinsel deneyimler, eşcinsel ilişkiler ve cinsel dışavurum davranışları görülmektedir.

Cinsel istismarın uzun dönemdeki psikopatolojik etkileri arasında, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler gibi anksiyete bozuklukları, cinsel fobiler, ketlenme, saldırgan cinsel davranışlar, cinsel aşırı uyarılma gibi davranım bozuklukları, depresyon ve dissosiyatif bozukluklar görülebilmektedir. Bunlara ek olarak, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, somatoform bozukluklar, borderline kişilik bozukluğu, cinsel kimlik bozukluğu, cinsel yaşam problemleri ve evlilik sorunları gibi psikiyatrik tablolar da gelişebilmektedir. Ayrıca, çocuklarda erken cinsel olgunlaşma görülebilmekte veya intihar girişimi ve ölüm gibi ciddi sonuçları olabilmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2018; Sarı ve ark., 2016).

#### **2.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obezite İlişkisi**

Son yıllardaki çalışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmatik olaylara maruz kalmanın, erişkin dönem obezitesinde bir risk etkeni olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının uzun vadeli olumsuz sonuçları olabilmektedir. Çocuğa kötü muamele, erken beyin gelişiminde bozulma ile ilişkili strese neden olmaktadır. Aşırı stres de bağışıklık ve sinir sistemlerinin gelişimine zarar verebilmektedir. Çocukluklarında kötü muamele gören bireyler (cinsel istismar, fiziksel istismar vb.), yetişkinliklerinde depresyon, anksiyete bozuklukları, bazı kişilik bozuklukları, yüksek riskli cinsel davranışlar, istenmeyen gebelik, şiddet uygulama veya şiddete maruz kalma, alkol ve madde kullanımı ve obezite gibi fiziksel, davranışsal ve zihinsel sağlık problemleriyle ilgili yüksek risk altında olabilmektedirler (Anık ve Şahin, 2020; Nemeroff, 2004; WHO, 2016).

Depresyondan tıknırcasına yeme bozukluğuna kadar çeşitli psikopatolojilerin obezitenin hem gelişmesi hem de sürdürülmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ve ihmal gibi travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın da yetişkin dönemde gelişen obezite riskinin artması ile ilişkili diğer bir psikososyal durum olduğu bilinmektedir (Bentley ve Widom, 2009; Gunstad ve ark., 2006; Williamson ve ark., 2002). Çocukluk çağı travmaları ile yetişkin dönem obezite gelişimi arasındaki ilişkinin mekanizması veya hangi ölçüde ilişkili olduğu henüz tam olarak bilinmemektedir (Fuemmeler ve ark., 2009; Sağlam ve ark., 2019). Ancak, travmatik yaşam olayına verilen psikolojik tepkilerin ve yeme davranışlarındaki meydana gelen bozulmaların obezite riskindeki artıştan sorumlu

olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve ark., 2020). Örneğin, çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar öyküsünün, yetişkin obez bireyler arasında yaygın olduğu bilinmektedir (Gustafson ve Sarwer, 2004; Tackett, 2002). Türkiye’de biri 112, diğeri 71 obez katılımcı ile gerçekleştirilen iki araştırmada, obez bireylerde çocukluk çağı travmaları ve problemlili yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Akduman, 2018; Sağlam ve ark., 2019). Travmatik yaşam sonucunda ortaya çıkan stres ile birlikte kortizol gibi stres hormonlarındaki artışın da obezitenin nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve ark., 2020).

California Kadın Sağlığı Araştırması’ndan alınan verilerle ve 18 yaş ve üstündeki 11.115 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, kadınların %19,3’ü çocukluklarında fiziksel istismara maruz kaldıklarını, %11,6’sı ise cinsel istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada, kadınların %22,6’sının obez olduğu bulunmuştur. Obez kadınların çocuk istismarına maruz kaldıklarını bildirme oranları obez olmayan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Diğer deyişle, çocuk istismarına maruz kalma, yetişkin dönem obezite gelişimi ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuştur (Alvarez ve ark., 2007). 9367 kadın ve 7970 erkek katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, dört veya daha fazla olumsuz çocukluk çağı deneyimi bildiren katılımcıların, BKİ 35 ve üzeri olarak tanımlanan ikinci derece obezite riskine 1,9 kat daha fazla sahip olduğu bildirilmiştir (Anda ve ark., 2005). Önemli bir tıbbi veya psikiyatrik öyküsü olmayan 696 yetişkinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, erkeklerde erken yaşam stresörlerine maruz kalmanın yetişkin dönem obezitesini yordadığı gösterilirken, kadınlarda erken yaşam stres faktörleri ile yetişkin dönem obezitesi arasında bir ilişki olduğu bulunmamıştır. Erkek katılımcılarda spesifik olarak, zorbalığa uğrama, reddedilme öyküsü ve duygusal istismar öyküsü ile yetişkin dönem obezitesi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Gunstad ve ark., 2006). 4.641 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, çocukluk çağında yaşanan istismarın, kadın sağlığını etkileyen, iki yaygın ve ilişkili durum olan obezite ve depresyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmada, çocukluk döneminde yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın daha yüksek obezite ve depresyon oranları ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel istismar, yetişkin dönemdeki obezite ve depresyon olasılığının iki katına çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (Rohde ve ark., 2008). Ergenlik dönemindeki 15.197 katılımcı ile yapılan diğeri bir araştırmada ise, katılımcıların %23,9’unun obez olduğu, normal kilolu erkeklerle karşılaştırıldığında,

çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan genç yetişkin erkeklerin aşırı kilo ve obezite riskinin arttığı gösterilmiştir. Çocukluk çağı fiziksel istismar öyküsü bildiren kadınlarda ise farklı olarak öğün atlamanın daha yaygın olduğu, cinsel veya fiziksel taciz öyküsü bildiren kadınlarda, yeme bozuklukları ve kontrollerini kaybedebilecekleri için yemekten korktuklarını bildirme oranları daha yüksek bulunmuştur (Fuemmeler ve ark., 2009). 71 obezite tanısı olan birey ile yapılan bir araştırmada, obezite tanısı olan katılımcıların fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada sosyoekonomik durum ve cinsiyet ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Sağlam ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönem obezitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada ise, obez bireylerin %89,22'si en az bir alanda çocukluk çağında kötü muameleye maruz kaldığını, %59,2'sinin duygusal istismar, %26,1'inin fiziksel istismar %31,2'sinin cinsel istismar, %89,8'inin duygusal ihmal, ve %80,3'ünün fiziksel ihmal yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada, obez bireylerin çocukluk çağı travmaları yaşamış olma olasılıklarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Mutlu, 2015).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın erişkin dönem obezitesinde bir risk etmeni olabileceği ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bazı araştırmalarda, çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilirken, bazı araştırmalarda da aralarında bir ilişki olduğu gösterilmemiştir. 109 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, çocukluk çağı travmaları ile obezite arasında bir ilişki bulunmamıştır (Yılmaz ve ark., 2020). Pederson ve Wilson'ın (2009) çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada, sadece duygusal ihmal ile obezite arasında bir ilişki olduğu bulunmuş, diğer travma türleri ile obezite arasında bir ilişki bulunamamıştır. 713 katılımcı ile gerçekleştirilen ve 30 yıl süren bir izlem çalışmasında ise, sadece fiziksel istismar ile obezite arasında bir ilişki olduğu bulunmuş, diğer alt boyutları ile bir ilişkisi olduğu gösterilmemiştir (Bentley ve Widom, 2009).

Bu çalışmada, erişkin dönem obezite gelişiminde çocukluk çağı travmalarının rolünü incelemek; çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal puanlarının obez bireylerde yüksek olduğunu ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini bulmak amaçlanmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırmada obezite tanısı olan bireylerin depresyon ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin erişkin dönem obezite gelişimlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gözlemsel bir çalışmadır. Tanımlayıcı/betimsel tip bir araştırmadır. İlişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Eylül-Aralık 2020 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki Klinik Obezite ve Metabolik Cerrahi Kliniği'ne ve Kocaeli ilindeki Üç İki Bir Diyet Danışma Merkezi'ne başvuruda bulunan veya düzenli olarak tedavi gören obezite tanısı olan bireylerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni, obezite tanısı olan katılımcılardan oluşturulmuştur. Araştırmanın örnekleme ise, Klinik Obezite ve Metabolik Cerrahi Kliniği'ne ve Üç İki Bir Diyet Danışma Merkezi'ne tedavi için başvuran, obezite tanısı olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan 88 kadın ve 28 erkekten oluşan toplam 116 katılımcıdan oluşmuştur.

#### **3.4. Veri Toplama Yöntemi**

Katılımcılara ait veriler öz bildirim yöntemi ve yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir. Araştırmadaki veriler anket yöntemi ile toplanmıştır.

Katılımcıların beden kütle indeksi (BKİ) değerleri, vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak  $BKİ (kg/m^2) = Vücut Ağırlığı (kg) / Boy Uzunluğu (m^2)$  formülü ile hesaplanmıştır.

Araştırmaya beden kütle indeksi değeri 30 ve üzerinde olan ( $BKİ \geq 30 kg/m^2$ ) 20-65 yaş arasındaki katılımcılar dahil edilmiştir. 20 yaşından küçük, 65 yaşından

büyük ve beden kütle indeksi değeri 30'un altında ( $BKİ < 30 \text{ kg/m}^2$ ) olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **3.5. Araştırma Yöntemi**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılara uygulanmak üzere dört adet anket formu hazırlanmıştır. İlk form katılımcılara ait bilgilerin yer aldığı sosyodemografik bilgi formudur. Ardından, katılımcılara üç adet ölçek uygulanmıştır. Depresyon belirtilerinin derecesini ölçmek için “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, bilgece farkındalığının derecesini ölçmek için “Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)” ve çocukluk çağı travmalarının derecesini ölçmek için de “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)” kullanılmıştır. Formlar katılımcıların öz bildirimlerine dayalı ve yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

##### **3.5.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Sosyodemografik bilgi formu yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, sigara-alkol-madde kullanım durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, eşlik eden fiziksel hastalıklar, psikoterapi sürecinde olup olunmadığı gibi katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik çoktan seçmeli sorular içermektedir (EK 2).

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

Beck depresyon ölçeği, depresyonda görülen duygusal, bilişsel, motivasyonel ve vegetatif belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı, depresyon belirtilerinin derecesini objektif bir şekilde sayılara dökmektir; depresyon tanısı koymak değildir.

Ölçeğin orijinali 1961 yılında Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1961). Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği 1988 yılında Nesrin Hisli Şahin tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988).

Ölçek depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış, azdan çoğa doğru giden (0-3) dört adet değerlendirme seçeneği olan toplam 21 maddeden oluşmaktadır. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan dörtlü Likert tipi ölçüm yapılmaktadır. Ölçek maddeleri kendini değerlendirme cümleleri içermektedir. Maddeler depresyonun belirtilerine ve görünümüne ilişkindir ve depresyonun etiyolojisine ilişkin herhangi bir kuramı



yansıtmamaktadır. Her madde depresyona özgü davranışsal örüntüyü belirlemektedir.

Ölçekten alınabilecek puanlar, 0-63 arasında değişmektedir. Alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise depresif belirtilerin çokluğuna işaret etmektedir. BDÖ'nün kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. 17 ve üstü puanlar normalin üzerinde depresyonu belirleyen kesme noktaları olarak kabul edilmektedir (Hisli, 1988; Hisli, 1989) (EK 3).

Bu araştırmada, depresyon Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .85 olarak bulunmuştur.

### **3.5.1.3. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)**

Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeği, bireylerin bilgece farkındalık düzeylerini ölçmek ve bireylerin günlük yaşamındaki farkındalık düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kişilere her maddede verilmiş olan durumları hangi sıklıkla deneyimledikleri sorulmaktadır.

Ölçek ilk olarak 2006 yılında Baer ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 39 madde ve 5 alt ölçekten oluşan Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) ölçeğinin kısaltılmış formudur (Baer ve ark, 2006). Ölçek, 2013 yılında Tran ve arkadaşları tarafından faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik seviyeleri korunarak 20 maddeye indirgenmiştir. Orijinal formda bulunan beş faktörün (Gözlemleme, tanımlama, farkındalıkla hareket etme, içsel deneyimi yargılamama ve içsel deneyime tepkisel olmama) kısa formda da birebir aynı kaldığı ve her bir faktör için elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının .78, .89, .80, .85 ve .69 olduğu görülmüştür (Tran ve ark., 2013). Five Facet Mindfulness Questionnaire kısa formunun Türkçe'ye uyarlama çalışması ise 2017 yılında Şahin ve Ayalp tarafından yapılmıştır ve ölçek "Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Kısa Formu" olarak adlandırılmıştır (Ayalp ve Şahin, 2018).

Her faktörde dörder madde bulunmaktadır. 9, 10, 11, ve 12. maddeler dikkati düzenleyebilme, 13, 14, 15, 16. maddeler yargılamadan gözleme ve izleme, 17, 18, 19, 20. maddeler etkilenmeden gözleme ve izleme, 1, 2, 3, 4. maddeler duyumsal farkındalık, 5, 6, 7, ve 8. maddeler duygularını isimlendirebilme alt ölçeklerinin maddeleridir.

Ölçek maddelerinin kullanılması amacıyla 5'li likert tipi değerlendirme (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sıklıkla, 5=Hemen her zaman)

kullanılmıştır. 20 maddenin 10 tanesi (5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, ve 16. maddeler) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen puan arttıkça, bireylerin bilgece farkındalık düzeyleri de artmaktadır. Toplam ölçek için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla .85, .76, .71, .69, .69 ve .71'dir (Ayalp ve Şahin, 2018) (EK 4).

Bu araştırmada, bilgece farkındalık Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .75 olarak bulunmuştur.

#### **3.5.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)**

Çocukluk çağı travmaları ölçeği, 20 yaş öncesi ihmal ve istismar yaşantılarını niceliksel ve geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin orijinal biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiştir ve 53 maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışması 1996 yılında Vedat Şar tarafından yapılmış ve maddeleri kısaltılmıştır. Ölçekte toplam 28 madde bulunmaktadır. Maddelerin üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçmektedir.

Ölçeğin çocukluk çağı fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalden oluşan beş faktörü bulunmaktadır. Fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle, duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle ve duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

Puanların hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (Madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrililmektedir. 10, 16, ve 22. maddeler travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Bu nedenle, olumlu ifade olmalarına rağmen puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını vermektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alfa değeri .93'tür (Şar ve ark., 2012) (EK 5).

Bu araştırmada, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur.

#### **3.5.2. Verilerin Analizi**

Katılımcılara uygulanan ölçek formlarından elde edilen veriler elektronik ortama aktarılmıştır. BDÖ, BFBFÖ-K ve ÇÇTÖ ölçeklerine ait puanlar tespit edilmiştir. Ölçeklerden ve alt faktörlerinden alınan toplam verilere göre obez

katılımcıların depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisi belirlenmiştir.

Araştırma verilerinin analizi, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. İlk aşamada, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik analizlerde ortalama ve frekans değerleri hesaplanmıştır. Veri analiz tekniğine karar vermeden önce ölçekler için “Normallik testi” yapılarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiştir. Normalliğe ilişkin çizelge aşağıda sunulmuştur.

**Çizelge 3.5.2.1:** Normallik testi için basıklık çarpıklık dağılımları

|                                |           | Z      | Standart Hata |
|--------------------------------|-----------|--------|---------------|
| Dikkati Düzenleme              | Basıklık  | -,260  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | -,553  | ,446          |
| Yargılamadan Gözleme ve İzleme | Basıklık  | -,387  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | -,236  | ,446          |
| Etkilenmeden Gözleme ve İzleme | Basıklık  | -,287  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | -,707  | ,446          |
| Duyumsal Farkındalık           | Basıklık  | -,577  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | ,274   | ,446          |
| Duygularını İsimlendirebilme   | Basıklık  | -,086  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | -,455  | ,446          |
| Duygusal İstismar              | Basıklık  | ,108   | ,225          |
|                                | Çarpıklık | ,104   | ,446          |
| Farkındalık Toplam             | Basıklık  | 1,63   | ,225          |
|                                | Çarpıklık | 2,131  | ,446          |
| Fiziksel İstismar              | Basıklık  | 3,082  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | 9,205  | ,446          |
| Fiziksel İhmal                 | Basıklık  | 1,617  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | 2,684  | ,446          |
| Duygusal İhmal                 | Basıklık  | 1,112  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | ,469   | ,446          |
| Cinsel İstismar                | Basıklık  | 4,399  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | 24,680 | ,446          |
| Travma Toplam                  | Basıklık  | 1,535  | ,225          |
|                                | Çarpıklık | 2,208  | ,446          |
| Depresyon Toplam               | Basıklık  | ,620   | ,225          |
|                                | Çarpıklık | ,104   | ,446          |

Normal dağılım durumunun incelenmesinden sonra Dikkati Düzenleme, Yargılamadan Gözleme ve İzleme, Etkilenmeden Gözleme ve İzleme, Duyumsal Farkındalık, Duygularını İsimlendirebilme, Duygusal İstismar, Farkındalık Toplam, Duygusal İhmal, Travma Toplam ve Depresyon Toplamın normal dağılım gösterdiği; Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Cinsel İstismar verilerinin ise normal dağılım göstermediği saptanmıştır (Ghasemi ve Zahediasl, 2012). Bu durumda parametrik ve non-parametrik testler çalışma kapsamında kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren boyutlarda, bağımsız örneklemeler için t-testi, varyans analizi (ANOVA) ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Non-parametrik boyutların analizi için ise Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis-H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.



#### 4. BULGULAR

**Çizelge 4.1.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı

| Demografik Değişkenler |                  | <i>N</i> | %     |
|------------------------|------------------|----------|-------|
| Cinsiyet               | Kadın            | 88       | 75,9  |
|                        | Erkek            | 28       | 24,1  |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |
| Yaş                    | 20-30 arası      | 38       | 32,8  |
|                        | 31-40 arası      | 38       | 32,8  |
|                        | 41-50 arası      | 24       | 20,7  |
|                        | 51-65 arası      | 16       | 13,8  |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |
| Öğrenim Durumu         | İlköğretim       | 31       | 26,7  |
|                        | Lise             | 38       | 32,8  |
|                        | Üniversite       | 40       | 34,5  |
|                        | Yüksek Lisans    | 7        | 6,0   |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |
| Medeni Durum           | Evli             | 36       | 31,0  |
|                        | Bekar            | 73       | 62,9  |
|                        | Boşanmış         | 3        | 2,6   |
|                        | Dul              | 4        | 3,4   |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |
| Çalışma Durumu         | Çalışıyorum      | 60       | 51,7  |
|                        | Çalışmıyorum     | 51       | 44,0  |
|                        | Emekliyim        | 5        | 4,3   |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |
| Ekonomik Durum         | 500-2500TL       | 32       | 27,6  |
|                        | 2501-5000TL      | 40       | 34,5  |
|                        | 5001 TL ve üzeri | 44       | 37,9  |
|                        | Toplam           | 116      | 100,0 |

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların 88'i (%75,9) kadın, 28'i (%24,1) ise erkektir. Katılımcıların 38'i (%32,8) 20-30 yaş, 38'i (%32,8) 31-40 yaş, 24'ü (%20,7) 41-50 yaş ve 16'sı (%13,8) 51-65 yaş arasındadır. Katılımcıların 31'i (%26,7) ilköğretim, 38'i (%32,8) lise, 40'ı (34,5) üniversite ve 7'si (%6,0) yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların 36'sı (%31,0) evli, 73'ü (%62,9) bekar, 3'ü (%2,6) boşanmış ve 4'ü (%3,4) duldur. Katılımcıların 60'ı (%51,7) çalışmakta, 51'i (%44,0) çalışmamakta ve 5'i (%4,3) ise emeklidir. Gelir açısından ise 32 (%27,6) katılımcı 500-2500 TL arası, 40 (%34,5) katılımcı 2501-5000 TL arası ve 44'ü (%37,9) 5001 TL ve üzeri gelire sahiptir.

**Çizelge 4.2.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı

| Demografik Değişkenler                 |                                            | N   | %     |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----|-------|
| Bilinen Bir Hastalık Var mı?           | Evet                                       | 45  | 38,8  |
|                                        | Hayır                                      | 71  | 61,2  |
|                                        | Toplam                                     | 116 | 100,0 |
| Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu | Evet                                       | 36  | 31,0  |
|                                        | Hayır                                      | 80  | 69,0  |
|                                        | Toplam                                     | 116 | 100,0 |
| Egzersiz Yapma Sıklığı                 | Her gün düzenli egzersiz yapıyorum         | 19  | 16,4  |
|                                        | Haftada 4-5 gün düzenli egzersiz yapıyorum | 9   | 7,8   |
|                                        | Haftada 1-3 gün düzenli egzersiz yapıyorum | 8   | 6,9   |
|                                        | Egzersiz yapmıyorum                        | 80  | 69,0  |
|                                        | Toplam                                     | 116 | 100,0 |
| Egzersiz Tipi                          | Yapmıyorum                                 | 81  | 69,8  |
|                                        | Yürüyüş                                    | 25  | 21,6  |
|                                        | Yürüyüş, Yüzme, Pilates                    | 3   | 2,6   |
|                                        | Yürüyüş, Pilates                           | 4   | 3,4   |
|                                        | Pilates                                    | 3   | 2,6   |
|                                        | Toplam                                     | 116 | 100,0 |

Çizelge 4.2'ye göre, katılımcıların 45'inin (%38,8) bilinen bir hastalığı olduğu, 71'inin (%61,2) ise bilinen bir hastalığının olmadığı görülmektedir. Katılımcıların 36'sı (%31,0) düzenli fiziksel aktivite yaptığını ifade ederken, 80'i ise (%69,0) egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu açısından ise katılımcıların çoğunun (n=80, %69,0) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sadece %31,0'ı (n=36) belli aralıklarla egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Egzersiz yapan katılımcıların ise en fazla yürüyüş (n=25, %21,6) yaptığı saptanmıştır.

**Çizelge 4.3.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı

| Demografik Değişkenler                |                  | N   | %     |
|---------------------------------------|------------------|-----|-------|
| Depresyon Tanısı                      | Evet             | 41  | 35,3  |
|                                       | Hayır            | 75  | 64,7  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Depresyon Teşhisi Alınan Süre         | 6 ay-1 yıl       | 2   | 1,7   |
|                                       | 1 yıl ve üzeri   | 39  | 33,6  |
|                                       | Toplam           | 41  | 35,3  |
| Cerrahi Operasyon Durumu              | Evet             | 30  | 25,9  |
|                                       | Hayır            | 86  | 74,1  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Psikoterapi                           | Hayır            | 116 | 100,0 |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Kullanılan Psikiyatrik İlaç           | Evet             | 9   | 7,8   |
|                                       | Hayır            | 107 | 92,2  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Ailede Obezite Durumu                 | Evet             | 55  | 47,4  |
|                                       | Hayır            | 61  | 52,6  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu | Evet             | 32  | 27,6  |
|                                       | Hayır            | 84  | 72,4  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| Çocuklukta Obezite Durumu             | Evet             | 46  | 39,7  |
|                                       | Hayır            | 70  | 60,3  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |
| BKİ Düzey                             | I. Derece Obez   | 43  | 37,1  |
|                                       | II. Derece Obez  | 34  | 29,3  |
|                                       | III. Derece Obez | 39  | 33,6  |
|                                       | Toplam           | 116 | 100,0 |

Çizelge 4.3'e göre, katılımcıların 41'i (%35,3) daha önce depresyon tanısı aldığını ifade ederken, 75'i (%64,7) daha önce depresyon tanısı almadığını belirtmiştir. Depresyon tanısı olan katılımcılardan, 2 katılımcının (%1,7) 6 ay- 1 yıl öncesinde, 39 katılımcının (%33,6) en az 1 yıl öncesinde depresyon teşhisi aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %25,9'u (n=30) obezite ile ilgili cerrahi bir operasyon geçirirken, %74,1'i (n=86) herhangi bir cerrahi operasyon geçirmemiştir. Katılımcıların hiçbirisi psikoterapi sürecinde olduğunu belirtmemiştir. Fakat, katılımcıların 9'u (%7,8) psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirtmiştir.

Çizelgeye göre, katılımcıların 55'inin (%47,4) ailesinde obezite problemi varken, 61'inin (%52,6) ise ailesinde obezite problemi olmadığı görülmektedir. Katılımcıların 32'sinin (%27,6) ailesinde psikiyatrik rahatsızlıklar bulunurken, 84'ünün (%72,4) ailesinde psikiyatrik rahatsızlıklar bulunmamaktadır. Katılımcılardan 46'sı (%39,7) çocukluk döneminde obezite problemi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, beden kütle indeksi (BKİ) düzeyi açısından, katılımcıların 43'ü (%37,1) I. Derece Obez, 34'ü (%29,3) II. Derece Obez ve 39'u (%33,6) III. Derece Obez (Morbid Obez) olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.4.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı

| Demografik Değişkenler     |                       | <i>N</i> | %     |
|----------------------------|-----------------------|----------|-------|
| Sigara Kullanımı           | Kullanmıyorum         | 60       | 51,7  |
|                            | Ara Sıra kullanıyorum | 7        | 6,0   |
|                            | Düzenli kullanıyorum  | 36       | 31,0  |
|                            | Bıraktım              | 13       | 11,2  |
|                            | Toplam                | 116      | 100,0 |
| Alkol Kullanımı            | Kullanmıyorum         | 77       | 66,4  |
|                            | Ara Sıra kullanıyorum | 31       | 26,7  |
|                            | Düzenli kullanıyorum  | 6        | 5,2   |
|                            | Bıraktım              | 2        | 1,7   |
|                            | Toplam                | 116      | 100,0 |
| Uyuşturucu Madde Kullanımı | Kullanmıyorum         | 114      | 98,3  |
|                            | Bıraktım              | 2        | 1,7   |
|                            | Toplam                | 116      | 100,0 |

Çizelge 4.4'e göre, katılımcıların 60'ı (%51,7) sigara kullanmadığını, 36'sı (%31,0) düzenli sigara kullandığını, 77'si (%66,4) alkol kullanmadığını, 6'sı (%5,2) düzenli alkol kullandığını, 114'ü (%98,3) uyuşturucu madde kullanmadığını, 2'si (%1,7) ise madde kullanmayı bıraktığını belirtmiştir.

**Çizelge 4.5.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı (N=116)

| Demografik Değişkenler |           | <i>N</i> | %     |
|------------------------|-----------|----------|-------|
| Kilo Problemi Yıl      | 2-10 yıl  | 54       | 46,5  |
|                        | 11-20 yıl | 50       | 43,1  |
|                        | 21-30 yıl | 12       | 10,3  |
|                        | Toplam    | 116      | 100,0 |

Çizelge 4.5'e göre, katılımcıların 54'ü (%46,5) 2-10 yıldır, 50'si (%43,1) 11-20 yıldır, 12'si (%10,3) 21-30 yıldır kilo problemi yaşamaktadır.



**Çizelge 4.6.** Katılımcılarla ilgili demografik bilgilerin dağılımı (N=116)

| Demografik Değişkenler |                                                                                                         | N   | %     |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| Teşhis                 | Belirli bir hastalığı bulunmuyor                                                                        | 71  | 61,2  |
| Edilen                 | Kalp-damar hastalıkları                                                                                 | 1   | ,9    |
| Fiziksel               | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Şeker hastalığı                                                 | 1   | ,9    |
| Hastalıklar            | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Şeker hastalığı, Sindirim sistemi hastalıkları                  | 2   | 1,7   |
|                        | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Şeker hastalığı, Sindirim sistemi hastalıkları, Eklem hastalığı | 1   | ,9    |
|                        | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Şeker hastalığı, Uyku apnesi                                    | 1   | ,9    |
|                        | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Şeker hastalığı, Eklem hastalığı                                | 1   | ,9    |
|                        | Kalp-damar hastalıkları, Hipertansiyon, Uyku apnesi                                                     | 1   | ,9    |
|                        | Hipertansiyon                                                                                           | 7   | 6,0   |
|                        | Hipertansiyon, Şeker hastalığı                                                                          | 3   | 2,6   |
|                        | Hipertansiyon, Sindirim sistemi hastalıkları                                                            | 1   | ,9    |
|                        | Hipertansiyon, Bel fıtığı                                                                               | 1   | ,9    |
|                        | Şeker Hastalığı                                                                                         | 16  | 13,8  |
|                        | Şeker hastalığı, Uyku apnesi                                                                            | 1   | ,9    |
|                        | Şeker hastalığı, Eklem hastalığı                                                                        | 1   | ,9    |
|                        | Sindirim sistemi hastalıkları                                                                           | 1   | ,9    |
|                        | Eklem hastalığı                                                                                         | 3   | 2,6   |
|                        | İltihaplı romatizma                                                                                     | 3   | 2,6   |
|                        | Toplam                                                                                                  | 116 | 100,0 |

Çizelge 4.6'ya göre, katılımcıların çoğunluğunun belirli bir fiziksel hastalığının olmadığı (n=71, %61,2) saptanmıştır. En fazla görülen hastalık şeker hastalığı (n=16, %13,8) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, 3 kişinin eklem hastalığı olduğu (%2,6) ve 3 kişinin ise iltihaplı romatizma hastalığı olduğu (%2,6) görülmektedir.

Çalışmada hipotez testlerine geçmeden önce değişkenlere ilişkin maksimum, minimum ve ortalama puanlar ve standart sapma gibi betimsel istatistikler aşağıda sunulmuştur.

**Çizelge 4.7.** Depresyon, bilgece farkındalık çocukluk çağı travmalarına maruz kalma toplam ve alt boyutlarına göre betimsel veriler

|                                | Max.  | Min.  | X <sub>ort</sub> | SS       |
|--------------------------------|-------|-------|------------------|----------|
| Dikkati Düzenleme              | 20,00 | 4,00  | 12,9224          | 4,01552  |
| Yargılamadan Gözleme ve İzleme | 20,00 | 4,00  | 12,8017          | 3,80439  |
| Etkilenmeden İzleme            | 20,00 | 7,00  | 14,0086          | 3,51270  |
| Duygusal Farkındalık           | 20,00 | 5,00  | 14,7241          | 3,16664  |
| Duygularını İsimlendirme       | 20,00 | 7,00  | 14,7414          | 2,94625  |
| Farkındalık Toplam             | 93,00 | 44,00 | 69,1983          | 9,97581  |
| Duygusal İstismar              | 22,00 | 5,00  | 7,9655           | 4,02801  |
| Fiziksel İstismar              | 19,00 | 5,00  | 6,1293           | 2,94450  |
| Fiziksel İhmal                 | 18,00 | 5,00  | 7,2069           | 2,86362  |
| Duygusal İhmal                 | 23,00 | 5,00  | 9,3103           | 4,51936  |
| Cinsel İstismar                | 25,00 | 5,00  | 5,9052           | 2,64732  |
| Travma Toplam                  | 88,00 | 34,00 | 47,3793          | 11,12588 |
| Depresyon Toplam               | 45,00 | ,00   | 16,0517          | 9,26503  |

Çizelge 4.7'ye göre, bilgece farkındalık alt boyutu Dikkati Düzenleme ortalama puanı 12,92, standart sapması 4,02, Yargılamadan Gözleme ve İzleme ortalama puanı 12,80, standart sapması 3,80, Etkilenmeden İzleme ortalama puanı 14,00, standart sapması 3,51, Duygusal Farkındalık ortalama puanı 14,72, standart sapması 3,17 ve ölçeğin toplamına yönelik olarak ortalama puan 69,20 ve standart sapması 9,98 olarak belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutlarından Duygusal İstismar ortalama puanı 7,97, standart sapması 4,02, Fiziksel İstismar ortalama puanı 6,13, standart sapması 2,94, Fiziksel ihmal ortalama puanı 7,20, standart sapması 2,86, Duygusal İhmal ortalama puanı 9,31, standart sapması 4,51, Cinsel İstismar ortalama puanı 5,91, standart sapması 2,65 ve toplam travmaya maruz kalma ortalama puanı 47,38, standart sapması 11,13 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, depresyon ortalama puanı 15,05 ve standart sapması 9,27 olarak saptanmıştır.

**Çizelge 4.8.** Çocukluk Çağı Travmalarına Maruz Kalmanın Kesme Puanına Göre

| İncelenmesi       |      |
|-------------------|------|
| Değişkenler       | %    |
| Duygusal İstismar | 58.6 |
| Fiziksel İstismar | 20.7 |
| Fiziksel İhmal    | 37.1 |
| Duygusal İhmal    | 23.3 |
| Cinsel İstismar   | 19.0 |
| Travma Toplam     | 96.6 |

Çizelge 4.8'e göre, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma kesme puanı için; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan, toplam puan için ise bu sınırın 35 dolayında olabileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları kesme puanları açısından değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutlarında duygusal istismar %58,6, fiziksel istismar %20,7, fiziksel ihmal %37,1, duygusal ihmal %23,3, cinsel istismar %19,0 ve travma toplam ise %96,6 ile kesme puan üzerinde değer almıştır.

**Çizelge 4.9.** Depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasındaki ilişki

| Değişkenler                              | 1       | 2       | 3      |
|------------------------------------------|---------|---------|--------|
| 1.Depresyon                              | 1       | -,366** | ,262** |
| 2.Bilgece Farkındalık                    | -,366** | 1       | -,136  |
| 3.Çocukluk Çağı Travmalarına Maruz Kalma | ,262**  | -,136   | 1      |

\*\*p<.001; \*p<.05

Çizelge 4.9'a göre, depresyon ile bilgece farkındalık arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki bulunmaktadır ( $r=-.37$ ;  $p<.01$ ). Depresyon ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki ( $r=.26$ ;  $p<.05$ ) olduğu saptanmıştır. Bilgece farkındalık ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu görülmemiştir ( $r=-.14$ ;  $p>.05$ ).

#### 4.1. Hipotezler

**H<sub>1</sub>:** Obezite düzeyi (BKİ) ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

**Çizelge 4.10.** Obezite düzeyi (BKİ) ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki (N=116).

|           | Depresyon | BKİ DÜZEY |
|-----------|-----------|-----------|
| Depresyon | 1         |           |
| BKİ DÜZEY | ,060      | 1         |

Çizelge 4.10'a göre, depresyon düzeyleri ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r = .060$ ;  $p > .05$ ). H<sub>1</sub> hipotezi desteklenmemiştir.

**H<sub>2</sub>:** Obezite tanısı olan kadınların depresyon puanları obezite tanısı alan erkeklere göre daha yüksektir.

**Çizelge 4.11.** Obezite tanısı olan kadınlar ve erkeklere ilişkin T testi sonuçları

| Gruplar | N  | $\bar{x}$ | ss      | $t$ Testi |      |
|---------|----|-----------|---------|-----------|------|
|         |    |           |         | $t$       | $p$  |
| Kadın   | 88 | 17,2045   | 9,44818 | 2,426     | ,017 |
| Erkek   | 28 | 12,4286   | 7,74802 |           | *    |

\* $p < .05$

Çizelge 4.11'e göre, bağımsız örneklem t testi, kadın ve erkeklerin depresyon düzeyleri arasında cinsiyete göre farklılık olup olmadığını ortaya koymak için kullanılmıştır. Analiz sonucunda, kadın ( $X = 17,20$ ) ve erkek ( $X = 12,43$ ) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $t = 2,43$ ,  $p = 0,017$ ) saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, kadınların depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksektir (Ghasemi ve Zahediasl, 2012). H<sub>2</sub> hipotezi desteklenmiştir.

**H<sub>3</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

**Çizelge 4.12.** Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki (N=116)

|                                   | 1     | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7 |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. BKİ DÜZEY                      | 1     |        |        |        |        |        |   |
| 2. Dikkati Düzenleyebilme         | -,065 | 1      |        |        |        |        |   |
| 3. Yargılamadan Gözleme ve İzleme | -,029 | ,241** | 1      |        |        |        |   |
| 4. Etkilenmeden Gözleme ve İzleme | -,091 | ,231*  | -,041  | 1      |        |        |   |
| 5. Duyumsal Farkındalık           | -,166 | ,030   | -,025  | ,191*  | 1      |        |   |
| 6. Duygularını İsimlendirebilme   | -,091 | ,425** | ,218*  | ,119   | ,176   | 1      |   |
| 7. Farkındalık Toplam             | -,149 | ,711** | ,521** | ,525** | ,439** | ,647** | 1 |

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

Çizelge 4.12'ye göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin “Farkındalık Toplam” ve “Dikkati Düzenleyebilme” alt boyutu toplam puanları arasında ( $r=.425$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin yüksek düzey bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. En düşük ilişkinin ise “Duyumsal Farkındalık” alt boyutu ile “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme” alt boyutu arasında ( $r=.191$ ;  $p<.05$ ) olduğu görülmektedir. Ayrıca, tabloya göre BKİ ile bilgece farkındalık alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>.05$ ). BKİ puanı ile bilgece farkındalık toplam puanı arasındaki ilişkinin ise ( $r=-.149$ ;  $p>.05$ ) anlamlı olmadığı saptanmıştır.  $H_3$  hipotezi desteklenmemiştir.

**H<sub>4</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

**Çizelge 4.13.** Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki (N=116)

|                                   | 1       | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7 |
|-----------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. Depresyon                      | 1       |        |        |        |        |        |   |
| 2. Dikkati Düzenleyebilme         | -,382** | 1      |        |        |        |        |   |
| 3. Yargılamadan Gözleme ve İzleme | -,331** | ,241** | 1      |        |        |        |   |
| 4. Etkilenmeden Gözleme ve İzleme | -,210*  | ,231*  | -,041  | 1      |        |        |   |
| 5. Duyumsal Farkındalık           | ,022    | ,030   | -,025  | ,191*  | 1      |        |   |
| 6. Duygularını İsimlendirebilme   | -,065   | ,425** | ,218*  | ,119   | ,176   | 1      |   |
| 7. Farkındalık Toplam             | -,366** | ,711** | ,521** | ,525** | ,439** | ,647** | 1 |

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.001$

Çizelge 4.13'e göre, obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin “Dikkati Düzenleyebilme” ve “Duygularını İsimlendirebilme” alt boyutu toplam puanları arasında ( $r=.425$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. En düşük ilişkinin ise “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme” ile “Duyumsal Farkındalık” alt boyutları arasında ( $r=.191$ ;  $p<.05$ ) olduğu görülmektedir. Ayrıca, çizelgede depresyon ile bilgece farkındalık alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. En yüksek ilişki depresyon ile “Etkilenmeden İzleme” ( $r=-.210$ ;  $p<.05$ ) arasında iken, en düşük ilişki “Dikkati Düzenleyebilme” ( $r=-.382$ ;  $p<.01$ ) ile arasındaki ilişkidir. “Duyumsal Farkındalık” ve “Duygularını İsimlendirebilme” alt boyutları ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir. Depresyon toplam puanı ile bilgece farkındalık puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=-.366$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin düşük düzey bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür.  $H_4$  hipotezi kısmen desteklenmiştir.

**H<sub>5</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

**Çizelge 4.14.** Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişki (Spearman Korelasyon N=116)

|                      | 1     | 2      | 3      | 4     |
|----------------------|-------|--------|--------|-------|
| 1. BKİ DÜZEY         | 1,000 |        |        |       |
| 2. Fiziksel İstismar | ,062  | 1,000  |        |       |
| 3. Fiziksel İhmal    | -,048 | ,386** | 1,000  |       |
| 4. Cinsel İstismar   | ,064  | ,314** | ,313** | 1,000 |

\*p<.05; \*\*p<.001

Çizelge 4.14'e göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin fiziksel istismar ile fiziksel ihmal arasında ( $r=.386$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Fiziksel ihmal ile fiziksel istismar arasındaki ilişkinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, çizelgeye göre BKİ ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ).

**Çizelge 4.15.** Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişki (Pearson Korelasyon N=116)

|                      | 1     | 2      | 3      | 4 |
|----------------------|-------|--------|--------|---|
| 1. BKİ DÜZEY         | 1     |        |        |   |
| 2. Duygusal İstismar | -,034 | 1      |        |   |
| 3. Duygusal İhmal    | -,063 | ,560** | 1      |   |
| 4. Travma Toplam     | -,017 | ,787** | ,781** | 1 |

\*p<.05; \*\*p<.001

Çizelge 4.15'e göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin duygusal istismar ile duygusal ihmal alt boyutları toplam puanları arasında ( $r=.560$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Duygusal istismar ve duygusal ihmal arasındaki bu ilişkinin orta düzey olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, çizelgeye göre BKİ ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ). Çizelge 4.14 ve Çizelge 4.15'e göre,  $H_5$  hipotezi desteklenmemiştir.

**H<sub>6</sub>:** Obezite tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

**Çizelge 4.16.** Obezite tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre T testi sonuçları

| Boyutlar       | Gruplar | N  | $\bar{X}$ | SS      | $t$ Testi |      |
|----------------|---------|----|-----------|---------|-----------|------|
|                |         |    |           |         | $t$       | $p$  |
| Duygusal       | Kadın   | 88 | 8,2500    | 4,34239 | 1,353     | ,179 |
| İstismar       | Erkek   | 28 | 7,0714    | 2,69332 |           |      |
| Duygusal İhmal | Kadın   | 88 | 9,3977    | 4,70397 | ,368      | ,714 |
|                | Erkek   | 28 | 9,0357    | 3,94858 |           |      |
| Travma Toplam  | Kadın   | 88 | 48,0000   | 12,1985 | 1,066     | ,289 |
|                | Erkek   | 28 | 45,4286   | 6,52306 |           |      |

Çizelge 4.16'ya göre, kadınların çocukluk çağı travmalarına maruz kalma puan ortalaması ( $X=48.0000$ ,  $S=12.19$ ), erkeklerin puan ortalamasından ( $X=45,52$ ,  $Ss=6.52$ ) yüksek olmasına rağmen, aralarında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı ( $t=1.06$ ,  $p>.05$ ) görülmektedir. Ayrıca, çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasında (Duygusal İstismar, Duygusal İhmal) cinsiyete göre anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p=>.05$ ).

**Çizelge 4.17.** Obezite tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre Mann-Whitney U testi sonuçları

| Boyutlar        | Sıra     |     |            |              | U        | Z        | p     |
|-----------------|----------|-----|------------|--------------|----------|----------|-------|
|                 | Cinsiyet | N   | Ortalaması | Sıra Toplamı |          |          |       |
| Fiziksel        | Kadın    | 88  | 60,97      | 5365,50      | 1014,500 | 1420,500 | .047* |
| İstismar        | Erkek    | 28  | 50,73      | 1420,50      |          |          |       |
|                 | Toplam   | 116 |            |              |          |          |       |
| Fiziksel İhmal  | Kadın    | 88  | 58,69      | 5165,00      | 1215,000 | 1621,000 | .909  |
|                 | Erkek    | 28  | 57,89      | 1621,00      |          |          |       |
|                 | Toplam   | 116 |            |              |          |          |       |
| Cinsel İstismar | Kadın    | 88  | 60,73      | 5344,00      | 1036,000 | 1442,000 | .064  |
|                 | Erkek    | 28  | 51,50      | 1442,00      |          |          |       |
|                 | Toplam   | 116 |            |              |          |          |       |

\* $p<.05$

Çizelge 4.17'ye göre, kadınların fiziksel istismar puan ortalamasının, erkeklerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde ( $p<.05$ ) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, kadınların ( $X=60.97$ ) fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri erkeklere ( $X=50.73$ ) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak, tabloya göre fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Kadınların cinsel istismara maruz kalma ortalama puanları ( $X=60.73$ ) erkeklere ( $X=51.50$ ) göre yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı söylenebilmektedir.  $H_6$  hipotezinde sadece fiziksel istismar alt boyutu desteklenmiştir.

## 4.2. Araştırma Soruları

1. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyinin obezite düzeyine etkisi var mıdır?

Değişkenler arasında korelasyonel anlamlı bir ilişki olmadığı için regresyon analizi çıkarılmıştır.

2. Bilgece farkındalığın çeşitli boyutları, ağırlık durumu (BKİ) ve cinsiyete göre farklılık gösteriyor mu?

**Çizelge 4.18.** Bilgece farkındalığın çeşitli boyutlarının cinsiyete göre T testi sonuçları

| Boyutlar                       | Gruplar | N  | $\bar{x}$ | ss      | $Sh_{\bar{x}}$ | $t_{\text{Testi}}$ |      |      |
|--------------------------------|---------|----|-----------|---------|----------------|--------------------|------|------|
|                                |         |    |           |         |                | $t$                | $Sd$ | $p$  |
| Dikkati Düzenleyebilme         | Kadın   | 88 | 12,2273   | 4,09296 | ,43631         | -3,459             | 114  | ,001 |
|                                | Erkek   | 28 | 15,1071   | 2,85889 | ,54028         |                    |      |      |
| Yargılamadan Gözleme ve İzleme | Kadın   | 88 | 12,3750   | 3,92842 | ,41877         | -2,176             | 114  | ,032 |
|                                | Erkek   | 28 | 14,1429   | 3,07576 | ,58126         |                    |      | *    |
| Etkilenmeden Gözleme ve İzleme | Kadın   | 88 | 13,7841   | 3,59261 | ,38297         | -1,223             | 114  | ,224 |
|                                | Erkek   | 28 | 14,7143   | 3,20713 | ,60609         |                    |      |      |
| Duyumsal Farkındalık           | Kadın   | 88 | 14,8864   | 3,07915 | ,32824         | ,978               | 114  | ,330 |
|                                | Erkek   | 28 | 14,2143   | 3,43573 | ,64929         |                    |      |      |
| Duygularını İsimlendirebilme   | Kadın   | 88 | 14,7045   | 2,89335 | ,30843         | -,238              | 114  | ,813 |
|                                | Erkek   | 28 | 14,8571   | 3,15893 | ,59698         |                    |      |      |
| Farkındalık Toplam             | Kadın   | 88 | 67,9773   | 9,42115 | 1,00430        | -2,384             | 114  | ,019 |
|                                | Erkek   | 28 | 73,0357   | 10,8507 | 2,05060        |                    |      | *    |

\*p<.05

Çizelge 4.18'e göre, erkeklerin bilgece farkındalık puan ortalamasının ( $X=73.04$ ,  $Ss=10.85$ ), kadınların puan ortalamasından ( $X=67.98$ ,  $Ss=9.42$ ) anlamlı düzeyde ( $t=-2.39$ ,  $p<.05$ ) yüksek olduğu görülmektedir. Bilgece farkındalık alt boyutları cinsiyete göre incelendiğinde ise, "Dikkati Düzenleyebilme", "Yargılamadan Gözleme ve İzleme" ve "Farkındalık Toplam" alt boyutları arasında erkeklerin puan ortalamasının kadınların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu ( $p<.05$ ), ancak "Etkilenmeden Gözleme ve İzleme", "Duyumsal Farkındalık" ve "Duygularını İsimlendirebilme" alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>.05$ ) saptanmıştır.



**Çizelge 4.19.** Bilgece farkındalığın çeşitli boyutlarının BKİ düzeyine göre varyans analizi (ANOVA) sonuçları

|                                |               | Kareler Toplamı | df  | Kareler Ortalaması | F     | p.   |
|--------------------------------|---------------|-----------------|-----|--------------------|-------|------|
| Dikkati Düzenleyebilme         | Gruplar arası | 33,849          | 2   | 16,924             | 1,051 | ,353 |
|                                | Gruplar içi   | 1820,453        | 113 | 16,110             |       |      |
|                                | Toplam        | 1854,302        | 115 |                    |       |      |
| Yargılamadan Gözleme ve İzleme | Gruplar arası | 18,251          | 2   | 9,126              | ,626  | ,536 |
|                                | Gruplar içi   | 1646,189        | 113 | 14,568             |       |      |
|                                | Toplam        | 1664,440        | 115 |                    |       |      |
| Etkilenmeden Gözleme ve İzleme | Gruplar arası | 12,430          | 2   | 6,215              | ,499  | ,608 |
|                                | Gruplar içi   | 1406,561        | 113 | 12,447             |       |      |
|                                | Toplam        | 1418,991        | 115 |                    |       |      |
| Duyumsal Farkındalık           | Gruplar arası | 32,606          | 2   | 16,303             | 1,644 | ,198 |
|                                | Gruplar içi   | 1120,567        | 113 | 9,917              |       |      |
|                                | Toplam        | 1153,172        | 115 |                    |       |      |
| Duygularını İsimlendirebilme   | Gruplar arası | 12,583          | 2   | 6,291              | ,721  | ,488 |
|                                | Gruplar içi   | 985,659         | 113 | 8,723              |       |      |
|                                | Toplam        | 998,241         | 115 |                    |       |      |
| Farkındalık Toplam             | Gruplar arası | 276,683         | 2   | 138,341            | 1,400 | ,251 |
|                                | Gruplar içi   | 11167,757       | 113 | 98,830             |       |      |
|                                | Toplam        | 11444,440       | 115 |                    |       |      |

Çizelge 4.19'a göre, bilgece farkındalık alt faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının BKİ düzeyine göre ANOVA sonuçları görülmektedir. Çizelgeye göre, bilgece farkındalık alt boyutları ile BKİ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı söylenebilmektedir ( $p > .05$ ).

**3. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?**

**Çizelge 4.20.** Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları

|                                        | Gruplar | N  | $\bar{x}$ | ss       | $t$ Testi |       |
|----------------------------------------|---------|----|-----------|----------|-----------|-------|
|                                        |         |    |           |          | $t$       | $p$   |
| Depresyon                              | Evet    | 36 | 12,3611   | 6,67256  | -2,975    | ,004* |
|                                        | Hayır   | 80 | 17,7125   | 9,80983  |           |       |
| Çocukluk Çağı Travmalarına Maruz Kalma | Evet    | 36 | 44,8056   | 9,21744  | -1,685    | ,095  |
|                                        | Hayır   | 80 | 48,5375   | 11,75482 |           |       |
| Bilgece Farkındalık                    | Evet    | 36 | 69,3889   | 9,20024  | ,137      | ,891  |
|                                        | Hayır   | 80 | 69,1125   | 10,36058 |           |       |

\* $p < .05$

Çizelge 4.20'ye göre, depresyon, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t = -2.975$ ;  $p < .05$ ). Düzenli fiziksel aktivite

yapanların depresif olma düzeyleri yapmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık ise, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1.685$ ;  $.137$ ;  $p>.05$ ).

4. Ailede obezite durumuna göre, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?

**Çizelge 4.21.** Ailede obezite durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları

|                                        | Gruplar | N  | $\bar{x}$ | SS       | $t$ Testi |       |
|----------------------------------------|---------|----|-----------|----------|-----------|-------|
|                                        |         |    |           |          | $t$       | $p$   |
| Depresyon                              | Evet    | 55 | 16,2727   | 9,52279  | ,243      | ,808  |
|                                        | Hayır   | 61 | 15,8525   | 9,10098  |           |       |
| Çocukluk Çağı Travmalarına Maruz Kalma | Evet    | 55 | 49,5273   | 12,43480 | 2,000     | ,048* |
|                                        | Hayır   | 61 | 45,4426   | 9,48951  |           |       |
| Bilgece Farkındalık                    | Evet    | 55 | 69,0364   | 9,72771  | -,165     | ,869  |
|                                        | Hayır   | 61 | 69,3443   | 10,27276 |           |       |

\* $p<.05$

Çizelge 4.21'e göre, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma, ailede obezite bulunma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.000$ ;  $p<.05$ ). Buna göre, ailesinde obezite durumu olanların, olmayanlara göre çocukluk çağı travma puan ortalamaları daha yüksektir. Depresyon ve bilgece farkındalık ise, ailede obezite durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=.243$ ;  $-.165$ ;  $p>.05$ ).

5. Depresyon tanısı alma durumuna göre, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve bilgece farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?

**Çizelge 4.22.** Depresyon tanısı alma durumu ile depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık arasındaki T testi sonuçları

|                                        | Gruplar | N  | $\bar{x}$ | SS       | $t$ Testi |       |
|----------------------------------------|---------|----|-----------|----------|-----------|-------|
|                                        |         |    |           |          | $t$       | $p$   |
| Depresyon                              | Evet    | 41 | 19,0000   | 10,22986 | 2,597     | ,011* |
|                                        | Hayır   | 75 | 14,4400   | 8,32976  |           |       |
| Çocukluk Çağı Travmalarına Maruz Kalma | Evet    | 41 | 48,8780   | 11,55031 | 1,073     | ,285  |
|                                        | Hayır   | 75 | 46,5600   | 10,87800 |           |       |
| Bilgece Farkındalık                    | Evet    | 41 | 66,0244   | 9,20730  | -2,596    | ,011* |
|                                        | Hayır   | 75 | 70,9333   | 10,00991 |           |       |

\* $p<.05$

Çizelge 4.22'ye göre, depresyon ( $t=2.597$ ) ve bilgece farkındalık ( $t=-2.596$ ) daha önce depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<.05$ ). Buna göre, daha önce depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanları ( $x=19.00$ ), depresyon tanısı almayanlara ( $x=14.44$ ) göre daha yüksek, daha önce depresyon tanısı alan ( $x=66.02$ ) bireylerin, depresyon tanısı almayan bireylere göre ( $x= 70.93$ ) bilgece farkındalık puanları daha düşüktür. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ise depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı olarak değişmemiştir ( $t=1.073$ ;  $p>.05$ ).

## 5. SONUÇLAR

1. Çalışmaya 116 obez birey katılmıştır. Katılımcıların %75,9'u kadın (n=88), %24,1'i erkektir (n=28).
2. Katılımcıların 38'i (%32,8) 20-30 yaş, 38'i (%32,8) 31-40 yaş, 24'ü (%20,7) 41-50 yaş ve 16'sı (%13,8) 51-65 yaş arasındadır.
3. Katılımcıların 31'i (%26,7) ilköğretim, 38'i (%32,8) lise, 40'ı (34,5) üniversite ve 7'si (%6,0) yüksek lisans mezunudur.
4. Katılımcıların 36'sı (%31,0) evli, 73'ü (%62,9) bekar, 3'ü (%2,6) boşanmış ve 4'ü (%3,4) duldur.
5. Katılımcıların 60'ı (%51,7) çalışmakta, 51'i (%44,0) çalışmamakta ve 5'i (%4,3) ise emeklidir. Gelir açısından, 32 (%27,6) katılımcı 500-2500 TL arası, 40 (%34,5) katılımcı 2501-5000 TL arası ve 44'ü (%37,9) 5000 TL üzeri gelire sahiptir.
6. Katılımcıların 45'inin (%38,8) bilinen bir hastalığı olduğu, 71'inin (%61,2) ise bilinen bir hastalığının olmadığı görülmektedir.
7. Katılımcıların çoğunluğunun belirli bir fiziksel hastalığının olmadığı (n=71, %61,2) saptanmıştır. En fazla görülen fiziksel hastalığın şeker hastalığı (n=16, %13,8) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, 3 kişinin eklem hastalığı olduğu (%2,6) ve 3 kişinin iltihaplı romatizma hastalığı olduğu (%2,6) görülmektedir.
8. Katılımcıların 36'sı (%31,0) düzenli fiziksel aktivite yaptığını ifade ederken, 80'i (%69,0) egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu açısından, katılımcıların çoğunun (n=80, %69,0) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sadece %31,0'ı (n=36) belli aralıklarla egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Egzersiz yapan katılımcıların ise en fazla yürüyüş (n=25, %21,6) yaptığı saptanmıştır.
9. Katılımcıların %25,9'u (n=30) obezite ile ilgili cerrahi bir operasyon geçirirken, %74,1'i (n=86) herhangi bir cerrahi operasyon geçirmemiştir.
10. Katılımcıların 41'i (%35,3) daha önce depresyon tanısı aldığını ifade ederken, 75'i (%64,7) daha önce depresyon tanısı almadığını belirtmiştir. Depresyon tanısı

- olan katılımcıların teşhis aldığı süre açısından, 2 katılımcının (%1,7) 6 ay ile 1 yıl arasında, 39 katılımcının (%33,6) ise 1 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir.
11. Katılımcıların hiçbiri psikoterapi sürecinde olduğunu belirtmemiştir. Fakat, katılımcıların 9'u (%7,8) psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirtmiştir.
  12. Katılımcıların 55'inin (%47,4) ailesinde obezite problemi varken, 61'inin (%52,6) ailesinde obezite problemi olmadığı görülmüştür.
  13. Katılımcıların 32'sinin (%27,6) ailesinde psikiyatrik rahatsızlıklar bulunurken, 84'ünün (%72,4) ailesinde psikiyatrik rahatsızlıklar bulunmamaktadır.
  14. Katılımcılardan 46'sı (%39,7) çocukluk döneminde obezite problemi olduğunu belirtmiştir.
  15. Beden kütle indeksi (BKİ) düzeyi açısından, katılımcıların 43'ü (%37,11) I. Derece Obez, 34'ü (%29,3) II. Derece Obez ve 39'u (%33,6) III. Derece (Morbid Obez) olarak belirlenmiştir.
  16. Katılımcıların 60'ı (%51,7) sigara kullanmadığını, 36'sı (%31,0) düzenli sigara kullandığını, 77'si (%66,4) alkol kullanmadığını, 6'sı (%5,2) düzenli alkol kullandığını, 114'ü (%98,3) uyuşturucu madde kullanmadığını ve 2'si (%1,7) madde kullanmayı bıraktığını belirtmiştir.
  17. Katılımcıların 24'ü (%20,7) 10 yıldır, 20'si (%17,2) 20 yıldır, 13'ü (%11,2) 15 yıldır kilo problemi yaşamaktadır.
  18. Bilgece farkındalık alt boyutu Dikkati Düzenleme ortalama puanı 12,92, standart sapması 4,02, Yargılamadan Gözleme ve İzleme ortalama puanı 12,80, standart sapması 3,80, Etkilenmeden İzleme ortalama puanı 14,00, standart sapması 3,51, Duygusal Farkındalık ortalama puanı 14,72, standart sapması 3,17 ve ölçeğin toplamına yönelik olarak ortalama puan 69,20 ve standart sapması 9,98 olarak belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutlarından Duygusal İstismar ortalama puanı 7,97, standart sapması 4,02, Fiziksel İstismar ortalama puanı 6,13, standart sapması 2,94, Fiziksel ihmal ortalama puanı 7,20, standart sapması 2,86, Duygusal İhmal ortalama puanı 9,31, standart sapması 4,51, Cinsel İstismar ortalama puanı 5,91, standart sapması 2,65 ve toplam travmaya maruz kalma ortalama puanı 47,38, standart sapması 11,13 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, depresyon ortalama puanı 15.05 ve standart sapması 9,27 olarak saptanmıştır.
  19. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma kesme puanı için; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu

sınırın 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan, toplam puan için ise bu sınırın 35 dolayında olabileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları kesme puanları açısından değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutlarında duygusal istismar %58,6, fiziksel istismar %20,7, fiziksel ihmal %37,1, duygusal ihmal %23,3, cinsel istismar %19,0 ve travma toplam ise %96,6 ile kesme puan üzerinde değer almıştır.

20. Depresyon ile bilgece farkındalık arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki bulunmaktadır ( $r=-.37$ ;  $p<.01$ ). Depresyon ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki ( $r=.26$ ;  $p<.05$ ) olduğu saptanmıştır. Bilgece farkındalık ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu görülmemiştir ( $r=-.14$ ;  $p>.05$ ).
21. Depresyon düzeyleri ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r=.060$ ;  $p>.05$ ).  $H_1$  hipotezi desteklenmemiştir.
22. Bağımsız örneklem t testi, kadın ve erkeklerin depresyon düzeyleri arasında cinsiyete göre farklılık olup olmadığını ortaya koymak için kullanılmıştır. Analiz sonucunda, kadın ( $X=17,20$ ) ve erkek ( $X=12,43$ ) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $t = 2,43$ ,  $p=0,017$ ) saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, kadınların depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksektir.  $H_2$  hipotezi desteklenmiştir.
23. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin “Farkındalık Toplam” ve “Dikkati Düzenleyebilme” alt boyutu toplam puanları arasında ( $r=.425$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin yüksek düzey bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. En düşük ilişkinin ise “Duyumsal Farkındalık” alt boyutu ile “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme” alt boyutu arasında ( $r=.191$ ;  $p<.05$ ) olduğu görülmektedir. Ayrıca, tabloya göre BKİ ile bilgece farkındalık alt boyutları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>.05$ ). BKİ puanı ile bilgece farkındalık toplam puanı arasındaki ilişkinin ( $r=-.149$ ;  $p>.05$ ) anlamlı olmadığı saptanmıştır.  $H_3$  hipotezi desteklenmemiştir.
24. Obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, depresyon ile “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme”, “Dikkati Düzenleyebilme” ve

“Yargılamadan Gözleme ve İzleme” negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresyon ile “Duyumsal Farkındalık” ve “Duyularını İsimlendirebilme” alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir. En yüksek ilişki depresyon ile “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme” ( $r=-.210$ ;  $p<.05$ ) arasında iken, en düşük ilişki “Dikkati Düzenleyebilme” ( $r=-.382$ ;  $p<.01$ ) ile arasındaki ilişkidir. Bilgece farkındalık alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin “Dikkati Düzenleyebilme” ve “Duyularını İsimlendirebilme” alt boyutu toplam puanları arasında ( $r=.425$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. En düşük ilişkinin ise “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme” ile “Duyumsal Farkındalık” alt boyutları arasında ( $r=.191$ ;  $p<.05$ ) olduğu görülmektedir. Farkındalık toplam puanı ile bilgece farkındalık puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=-.366$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin düşük düzey bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür.  $H_4$  hipotezi kısmen desteklenmiştir.

25. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin fiziksel istismar ile fiziksel ihmal arasında ( $r=.386$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Fiziksel ihmal ile fiziksel istismar arasındaki ilişkinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, BKİ ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ).
26. Obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde en yüksek ilişkinin duygusal istismar ile duygusal ihmal alt boyutları toplam puanları arasında ( $r=.560$ ;  $p<.01$ ) olduğu görülmektedir. Duygusal istismar ve duygusal ihmal arasındaki bu ilişkinin orta düzey olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, BKİ ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ).  $H_5$  hipotezi desteklenmemiştir.
27. Kadınların çocukluk çağı travmalarına maruz kalma puan ortalaması ( $X=48.0000$ ,  $S=12.19$ ), erkeklerin puan ortalamasından ( $X=45.52$ ,  $Ss=6.52$ ) yüksek olmasına rağmen, aralarında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı ( $t=1.06$ ,  $p>.05$ ) görülmektedir. Ayrıca, çocukluk çağı travmaları alt boyutları

arasında (Duygusal istismar, duygusal ihmal) cinsiyete göre anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p \geq .05$ ).

28. Kadınların fiziksel istismar puan ortalamasının, erkeklerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde ( $p < .05$ ) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, kadınların ( $X=60.97$ ) fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri erkeklere ( $X=50.73$ ) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak, fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Kadınların cinsel istismara maruz kalma ortalama puanları ( $X=60.73$ ) erkeklere ( $X=51.50$ ) göre yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı söylenebilmektedir.  $H_6$  hipotezinde sadece fiziksel istismar alt boyutu desteklenmiştir.
29. Erkeklerin bilgece farkındalık puan ortalamasının ( $X=73.04$ ,  $Ss=10.85$ ), kadınların puan ortalamasından ( $X=67.98$ ,  $Ss=9.42$ ) anlamlı düzeyde ( $t=-2.39$ ,  $p < .05$ ) yüksek olduğu görülmektedir. Bilgece farkındalık alt boyutları cinsiyete göre incelendiğinde, “Dikkati Düzenleyebilme” ve “Yargılamadan Gözleme ve İzleme” alt boyutları arasında erkeklerin puan ortalamasının kadınların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu ( $p < .05$ ), ancak “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme”, “Duyumsal Farkındalık” ve “Duygularını İsimlendirebilme” alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı ( $p > .05$ ) saptanmıştır.
30. Bilgece farkındalık alt faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının BKİ düzeyine göre ANOVA sonuçları belirlenmiştir. Sonuçlara göre, bilgece farkındalık alt boyutları ile BKİ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı söylenebilmektedir ( $p > .05$ ).
31. Depresyon, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=-.2975$ ;  $p < .05$ ). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve bilgece farkındalık ise, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1.685$ ;  $.137$ ;  $p > .05$ ).
32. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma, ailede obezite bulunma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.000$ ;  $p < .05$ ). Buna göre, ailesinde obezite durumu olanların, olmayanlara göre çocukluk çağı travma puan ortalamaları daha yüksektir. Depresyon ve bilgece farkındalık ise, ailede obezite durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=.243$ ;  $-.165$ ;  $p > .05$ ).

33. Depresyon ( $t=2.597$ ) ve bilgece farkındalık ( $t=-2.596$ ) daha önce depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<.05$ ). Buna göre, daha önce depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanları ( $x=19.00$ ), depresyon tanısı almayanlara ( $x=14.44$ ) göre daha yüksek, daha önce depresyon tanısı alan ( $x=66.02$ ) bireylerin, depresyon tanısı almayan bireylere göre ( $x= 70.93$ ) bilgece farkındalık puanları daha düşüktür. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ise, depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı olarak değişmemiştir ( $t=1.073$ ;  $p>.05$ ).





## 6. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Klinik Obezite ve Metabolik Cerrahi Kliniği'ne ve Üç İki Bir Diyet Danışma Merkezi'ne başvuruda bulunan veya düzenli olarak tedavi gören obezite tanısı olan bireylerin depresyon ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin erişkin dönem obezite gelişimlerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 20-65 yaş arasındaki 116 birey araştırmaya katılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, Türkiye'de bildiğimiz kadarıyla, psikoloji alanında obezite ile bilgece farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bulunmaması ve obez bireylerin depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki bağlantıların incelenmemiş olması nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu bölümde, araştırma verilerinin analizinden elde edilen bulguların, literatür ve araştırma hipotezleri çerçevesinde tartışma ve yorumuna yer verilmiştir.

Araştırmalarda genellikle, obezitenin kadınlarda görülme oranının erkeklerle göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Bhurosy ve Jeewon, 2014; Çakmur ve Güneş, 2018; Emre ve Öner, 2018). Bizim araştırmamızda, kadın obez katılımcıların (%75,9), erkek obez katılımcılardan (%24,1) fazla olması literatürle uyumlu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de obezite yaygınlığı, erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0 olarak bildirilmiştir (SB, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre ise dünya genelinde 18 yaş üzerindeki bireylerin %13'ünün (%11 erkekler, %15 kadınlar) obez oldukları bildirilmiştir (WHO, 2016). Bir araştırmada, morbid obezitenin dünya genelinde erkeklerin %0,64'ünü, kadınların ise %1,6'sını etkilediği belirtilmiştir (Booth ve ark, 2017).

Araştırmamızın bulgularına göre, katılımcıların %38,8'inin komorbid fiziksel rahatsızlığının olduğu, %61,2'sinin ise eşlik eden fiziksel rahatsızlığının olmadığı görülmüştür. Literatürde, obezite ile birlikte birçok fiziksel hastalığın ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Askari ve ark., 2013; Booth ve ark., 2015; Fairburn ve Hawker, 2007). Bizim çalışmamızda, literatürden farklı olarak obez bireylerde eşlik eden fiziksel hastalıkların daha az bulunduğu görülmektedir. Fakat, bu çalışmada

kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, şeker hastalığı, sindirim sistemi hastalıkları, uyku apnesi, bel fıtığı, iltihaplı romatizma gibi hastalıkların obeziteye komorbid olarak bulunduğunun görülmesi literatürle uyumludur (Karslıoğlu, 2019; Luppino ve ark., 2010; Tav ve ark., 2010). Çalışmada, obez bireylerde en fazla şeker hastalığı (%13,8), daha sonra ise eklem hastalığı ve iltihaplı romatizma görüldüğü bulunmuştur (%2,6).

Literatürde obezitenin toplumun tüm kesimlerinde görülebilmesine rağmen, düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Booth ve ark., 2017; Çayır ve ark., 2011). Bir araştırmada, gelir düzeyi azaldıkça obezite oranının arttığı, diğer deyişle aralarında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Çayır ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda ise, obezite tanısı olan katılımcıların büyük bir bölümünün (%37,9) daha yüksek oranda gelire sahip olduğu (5001 TL ve üzeri) saptanmıştır. Bu nedenle, bulguların topluma genellenmesinde dikkatli davranılması gerektiği düşünülmektedir. Katılımcıların gelir seviyesi arttıkça obez kişi sıklığında da artış olduğu bulunmuştur. Bir araştırmada, düşük gelir düzeyinin obezite riskini arttırması beklenmiş, fakat orta ve yüksek ekonomik düzey ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Bakshi ve ark., 2008).

Araştırmamızın bulgularına göre, katılımcıların %31'i düzenli fiziksel aktivite yaptığını ifade ederken, %69'u egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Araştırmalarda, artan obezite prevalansında, enerji tüketimindeki azalmanın etkisi olduğu düşünülmektedir. Amaçlı veya boş zaman fiziksel aktivitelerinin artışı, obezite oranlarının azalmasıyla ilişkilidir (Banks ve ark., 2011; Cameron ve ark., 2003). Bu çalışmada, obez katılımcıların büyük bir bölümünün fiziksel aktivite yapmadıklarını bildirmeleri literatürü desteklemektedir. Obez bireylerin katılımı ile gerçekleştirilen başka bir araştırmada, benzer olarak egzersiz yapma oranı beklenen değerlerin altında bulunmuştur (Pınar, 2002). Banks ve arkadaşlarının (2011) Tayland'da 74,981 katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada, boş zamanlarında televizyon izleyen ve bilgisayar oyunları ile zaman harcayan katılımcıların obez olma riskinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aktif bir şekilde günlük ev veya bahçe işleriyle ilgilenen katılımcıların ise, bu aktiviteleri nadiren yaptıklarını veya hiç yapmadıklarını bildirenlerle kıyasla %33 daha düşük obez olma riskine sahip oldukları gösterilmiştir.

Araştırmamızın bulgularına göre, ailesinde obezite problemi olan obez katılımcı sayısının daha az olduğu görülmüştür. Katılımcıların %47,4'ünün ailesinde obezite problemi varken, %52,6'sının ailesinde obezite problemi olmadığı saptanmıştır. Başka bir araştırmada, obez bireylerin, obez olmayanlara göre, ailelerinde obez birey bulunma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erkol ve Khorshid, 2004). Diğer araştırmalarda da aile üyelerinin, kardeşlerden birinin veya eşlerden birinin obez olmasının obez olma riskini önemli ölçüde arttırdığı gösterilmiştir (Christakis ve Fowler, 2007; Cunningham ve ark., 2012; Fairburn, 2019). Ayrıca, bu araştırmada çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın, ailede obezite durumu bulunmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ailesinde obezite durumu olanların, olmayanlara göre çocukluk çağı travma puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Depresyon ve bilgece farkındalık ise, ailede obezite bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Bizim araştırmamızda, katılımcıların %39,7'si çocukluk döneminde obezite problemleri olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %46,5'inin 2-10 yıldır, %43,1'inin 11-20 yıldır, %10,3'ünün ise 21-30 yıldır kilo problemi yaşadıkları saptanmıştır. İsveç'te 10 yıllık aralıklarla takip edilen ve 40 yıl süren bir izlem çalışmasında, hastaneye yatırılan fazla kilolu 504 çocuğun %47'sinin yetişkinlik döneminde de fazla kilolu oldukları bulunmuştur. Çalışma ile ailedeki obezite öyküsünün, derecesinin ve pubertal dönemdeki obezite derecesinin yetişkinlik dönemindeki obezitenin kalıcılığını etkileyen önemli faktörler olduğu gösterilmiştir (Mossberg, 1989). Dünya Sağlık Örgütü, müdahale edilmeyen ve obezitesi olan çocukların ve ergenlerin, yetişkinlik dönemlerinde de obez olmaya devam edebilmelerinin yüksek ihtimal olduğunu vurgulamıştır (WHO, 2020). Bizim araştırmamızda da katılımcıların büyük bir bölümü yıllarca obezite veya aşırı kilo problemi yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Bu araştırmada, katılımcıların %35,3'ünün daha önce depresyon tanısı aldığı, %64,7'sinin ise daha önce depresyon tanısı almadığı saptanmıştır. Depresyon teşhisi olan katılımcıların %1,7'sinin 6 ay-1 yıl öncesinde, %33,6'sının en az 1 yıl öncesinde depresyon teşhisi aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, depresyon ve bilgece farkındalık, daha önce depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Daha önce depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanları, depresyon tanısı almayanlara göre daha yüksek, daha önce depresyon tanısı alan bireylerin, depresyon tanısı almayan bireylere göre bilgece farkındalık puanları daha

düşük bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ise, depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı olarak değişmemiştir. Bazı araştırmalar, depresyonun tıknırcasına yeme de dahil olmak üzere yeme bozukluklarına yol açabileceğini, besinsel alımın kalitesini azaltabileceğini ve obezite riskini arttırabilen fiziksel aktivitelerin azaltılmasına neden olabileceğini göstermiştir (Beydoun ve Wang., 2010; Luppino ve ark., 2010). Bir araştırmada, 6-19 yaşları arasındaki majör depresyonun, yetişkin yaşamda depresif olmayan kişilere göre daha yüksek beden kütle indeksi öngördüğü, diğer deyişle klinik depresyon varlığının obezite gelişimine neden olduğu gösterilmiştir (Pine ve ark, 2001). Fakat, bizim araştırma bulgularımıza göre, depresyon varlığının obezite gelişimine neden olabileceği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmada, aralarında nedensel bir ilişki olup olmadığı hakkında bir sonuca ulaşamamaktadır.

Bu araştırmada, obez katılımcıların sigara kullanımı değerlendirildiğinde, %36'sının düzenli sigara kullandığı, %6'sının ara sıra kullandığı, %11,2'sinin sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Literatüre göre, sigarayı bırakan bireylerde kilo alımı sıklıkla görülmektedir (Adams ve ark., 2012; Meyers ve ark., 1997). Bazı araştırmalarda, eskiden beri sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan bireylere göre obez olma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Dare ve Mackay, 2017; Karaoğlu, 2018). Bizim araştırmamızda, obezite riski ile sigara kullanımı veya sigaranın bırakılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu söylenememektedir. 450 kişinin katılımı ile yürütülen bir araştırmada, obezite ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, fakat sigara içen bireylerin obezite oranının, hiç sigara içmeyen veya sigara içmeyi bırakmış olanlardan daha az olduğu saptanmıştır (Çayır ve ark., 2011).

Bizim araştırmamızda, araştırmaya katılan obez bireylerin %96,6'sı bir alanda kötü muamele ile karşılaştığını bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönem obezitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada ise, obez bireylerin %89,22'si en az bir alanda çocukluk çağında kötü muameleyle maruz kaldığını bildirmişlerdir (Mutlu, 2015). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin katılımı ile yapılan başka bir araştırmada, benzer sıklık %83 olarak bildirilmiştir (Grilo ve Masheb, 2001).

Bizim çalışmamızda, obez katılımcılar en fazla duygusal istismara (%58,6) ve en az cinsel istismara (%19,0) maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Diğer alt boyutlar sırasıyla, fiziksel ihmal %37,1, duygusal ihmal %23,3 ve fiziksel istismar %20,7

olarak bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönem obezitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, obez bireylerin %59,2'si duygusal istismar, %31,2'si cinsel istismar, %80,3'ü fiziksel ihmal, %89,8'i duygusal ihmal ve %26,1'i fiziksel istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir (Mutlu, 2015). UNICEF tarafından çocuk istismarı ve aile içi şiddetin toplumdaki yaygınlık oranını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, duygusal istismar oranının %51 olduğu bildirilmiştir (UNICEF, 2010). Başka bir araştırmada, duygusal istismar oranı %60 olarak bildirilmiştir (Irmak, 2008). Literatürde duygusal istismarın oldukça sık görüldüğü, fiziksel ve cinsel istismara eşlik ettiği ve fiziksel belirtiler iyileştikten sonra veya yaşam süresince etkisini sürdürebildiği belirtilmektedir. Olguların %90'ında duygusal istismar ve ihmalin de gerçekleştiği belirtilmiştir (Lynch ve ark., 2008; Taner ve Gökler, 2004). Bizim çalışmamızda, obez bireylerde en fazla duygusal istismarın, sonrasında en fazla fiziksel ihmal ve duygusal ihmal bildirilmesinin anlamlı ve literatüre uygun olduğu düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda cinsel istismar oranı %19,0, fiziksel istismar sıklığı ise %20,7 olarak belirlenmiştir. Bir araştırmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranının %22, fiziksel istismar oranının %15,3 olduğu bildirilmiştir (Yanık ve Özmen, 2002). Başka bir araştırmada, cinsel istismar oranının %3 ve fiziksel istismar oranının %45 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2010). Türkiye'de İzmir ilinde okuyan 12-17 yaş arasındaki katılımcılarla yapılan başka bir çalışmada, cinsel istismar oranının %8, fiziksel istismar oranının ise %48 olarak bulunduğu bildirilmiştir (Irmak, 2008). Cinsel istismar bildirimlerinin ve bildirim güçlükleri göz önünde bulundurulduğunda, araştırmamızdaki obez popülasyonda %19 gibi yüksek bir sıklığın olması dikkat çekicidir. Gorey ve Leslie'nin (1991) gerçekleştirdikleri bir araştırmada, kadınların %22,3'ünün, erkeklerin ise %8,5'inin cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. 511 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, cinsel istismar öyküsü olan katılımcıların, olmayanlara göre obezite oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Springs ve Friedrich, 1992). Bizim araştırmamızda, kadınların cinsel istismara maruz kalma ortalama puanları erkeklere göre yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Cinsel istismar öyküsü ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmada sadece fiziksel istismar ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların fiziksel istismar puan ortalamasının, erkeklerin puan ortalamasından

anlamli düzeyde yu'kse'k olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu g r lm şt r.

Çalışmanın  $H_1$  hipotezi kapsamında, obezite düzeyi (BK ) ile depresyon puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre, katılımcıların depresyon düzeyleri ile BK  düzeyleri arasında anlamli bir ilişki olduğu bulunmamıştır. Bazı araştırmalarda, bizim araştırmamıza benzer olarak obezite derecesinin artışı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Askari ve ark., 2013; Carpenter ve ark., 2000, Zavala ve ark., 2018). Meksika popülasyonunda obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, erkek katılımcılarda daha yu'kse'k beden kütle indeksi ve bel çevresi ile depresif belirtiler şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki bulunamamıştır (Zavala ve ark., 2018). Bazı araştırmalarda ise, BK  ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Beydoun ve Wang., 2010; Eren ve Erdi, 2003; Kim ve ark., 2010; Luppino ve ark., 2010). Bir araştırmada, kadın katılımcılarda artan BK , majör depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Fakat, obezitenin erkeklerde artan BK 'nin depresyon ve intihar düşüncesi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Carpenter ve ark., 2000). Başka bir araştırmada, BK 'nin orta ve şiddetli depresif belirti olasılığı ve majör depresyon olasılığı ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Morbid obez sınırlarda depresyon sıklığının arttığı ve bu nedenle obezite derecesinin obez popülasyonda bile depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Ma ve Xiao, 2010). Emre ve  ner'in (2018) gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise, depresyon düzeyi eşik üstü olan katılımcıların %83,3'ünün fazla kilolu veya obez bireylerden oluştuğu gösterilmiştir.

Çalışmanın  $H_2$  hipotezi kapsamında, obezite tanısı olan kadınların depresyon puanlarının obezite tanısı alan erkeklere göre farklılıkları incelenmiştir. Bulgulara göre, kadın ve erkek katılımcı grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark olduğu saptanmıştır. Kadınların depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yu'kse'k olduğu bulunmuştur. Literatürde, kadınların depresyon riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Faravelli ve ark., 2013; Zhao ve ark., 2012). Bir araştırmada, obez kadınlarda depresyon riskinin erkeklere göre 3,1 kat daha yu'kse'k bulunduğu ve bu nedenle cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir ( akmur ve Güneş, 2018). Başka bir araştırmada, benzer olarak obez kadınların depresyon puanları erkeklere göre daha yu'kse'k bulunmuştur (Carpenter ve ark.,

2000). Bizim çalışmamızda, obezite tanısı olan kadınların depresyon puanlarının obezite tanısı alan erkeklere göre daha yüksek olması literatüre uyumlu bulunmuştur.

Çalışmanın H<sub>3</sub> hipotezi kapsamında, obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, BKİ ile bilgece farkındalık alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmemiştir. BKİ puanı ile bilgece farkındalık toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bir araştırmada benzer olarak, katılımcıların BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kearney ve ark., 2012).

Araştırmalarda, genellikle obez bireylerin beden kütle indeksleri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Alberts ve Raes, 2012). Bir araştırmada, bilgece farkındalığın yüksek olmasının daha düşük aşırı kilo ve obezite riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Camilleri ve ark., 2015). Başka bir araştırmada, pre-obez ve obez grubun diğer BKİ sınıflarına göre daha düşük yeme farkındalığı ölçeği puanına sahip oldukları gösterilmiştir (Köse ve Çıplak, 2020). Diğer bir araştırmada, 6 aylık farkındalık temelli stres azaltma programına katılan katılımcıların, kontrol grubuna göre, beden kütle indekslerinde daha fazla azalma meydana geldiği ve BKİ'leri ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Tapper ve ark., 2009). Mantzios ve arkadaşlarının (2015) bilgece farkındalık ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada, kilo veren katılımcıların bilgece farkındalık puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Asadollahi ve arkadaşlarının (2015) obez katılımcılar ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise diyetle eşlik eden mindfulness eğitiminin obez hastalarda kilo kaybını meydana getirdiği gösterilmiştir.

Çalışmanın H<sub>4</sub> hipotezi kapsamında, obezite tanısı olan bireylerin depresyon puanları ile bilgece farkındalık puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre, bireylerin depresyon ile bilgece farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Bu ilişkilere göre depresyon bilgece farkındalığın alt boyutları olan “Etkilenmeden Gözleme ve İzleme”, “Dikkati Düzenleyebilme” ve “Yargılamadan Gözleme ve İzleme” ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermektedir. Kısaca, depresyon puanları düştükçe etkilenden gözleme ve izleme, dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme puanları artmaktadır. Yapılan araştırmalar, farkındalık özelliğindeki yüksek puanların daha

düşük depresyon öngördüğünü göstermektedir (Brown ve Ryan, 2003; Leahey ve ark., 2008; Şahin ve Yeniçeri, 2015; Tran ve ark., 2013) ve nükseden depresyonda veya yeme bozuklukları olan hastalarda hem tedavi hem de müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır (Atalay, 2019; Ayalp ve Şahin, 2018; Proulx, 2008). Bu nedenle çalışmalar, araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bir araştırmada, benzer olarak depresyon puanlarının dikkati düzenleyebilme, etkilenmeden gözleme ve izleme yargılamadan gözleme ve izleme alt ölçekleri ile negatif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu bulunmuştur (Ayalp ve Şahin, 2018). Bunlara ek olarak, depresyonun bilgece farkındalık toplam puanı ile negatif yönde orta düzey bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Bu durumda, depresyonun düşmesi durumunda bilgece farkındalığın yükseldiği söylenebilmektedir. Bunlara ek olarak, depresyonun bilgece farkındalık alt boyutlarından “Duyumsal farkındalık” ve “Duygularını isimlendirebilme” ile anlamlı bir ilişki göstermediği saptanmıştır. Yapılacak olan diğer çalışmalarda daha büyük örneklem grupları ile bu ilişki düzeyi tekrar incelenebilir. Diğer deyişle, ilişkinin anlamlı çıkmaması örneklem sayısına bağlanabilir. Ayrıca, depresyon ve bilgece farkındalık, daha önce depresyon tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Daha önce depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanları, depresyon tanısı almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Daha önce depresyon tanısı alan bireylerin, depresyon tanısı almayan bireylere göre bilgece farkındalık puanları ise daha düşük bulunmuştur.

Çalışmanın H<sub>5</sub> hipotezi kapsamında, obezite tanısı olan bireylerin beden kütle indeksleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bazı araştırmalarda çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bir araştırmada, çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel istismar, yetişkin dönemdeki obezite olasılığının iki katına çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (Rohde ve ark., 2008). 71 obezite tanısı olan birey ile yapılan bir araştırmada, obezite tanısı olan katılımcıların fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Sağlam ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise, obez bireylerin çocukluk çağı travmaları yaşamış olma olasılıklarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Mutlu, 2015).



Bazı araştırmalarda, çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilirken, bazı araştırmalarda aralarında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Bizim araştırmamızın bulgularına göre, obezite tanısı olan bireylerin BKİ düzeyleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde pozitif yönde en yüksek ilişkilerin fiziksel istismar ile fiziksel ihmal arasında ve duygusal istismar ile duygusal ihmal alt boyutları toplam puanları arasında olduğu görölmüştür. Kısacası, fiziksel istismar artarken, fiziksel ihmal de artmaktadır. Duygusal istismar artarken, duygusal ihmal de artmaktadır. Fiziksel ihmal ile fiziksel istismar arasındaki ve duygusal istismar ve duygusal ihmal arasındaki ilişkinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, çalışmada BKİ ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görölmüştür. 109 katılımcı ile gerçekteşirilen başka bir araştırmada, çocukluk çağı travmaları ile obezite arasında bir ilişki bulunmamıştır (Yılmaz ve ark., 2020). Pederson ve Wilson'ın (2009) çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada, sadece duygusal ihmal ile obezite arasında bir ilişki olduğu bulunmuş, fakat diğer travma türleri ile obezite arasında bir ilişki bulunmamıştır. 713 katılımcı ile gerçekteşirilen başka bir çalışmada ise, sadece fiziksel istismar ile obezite arasında bir ilişki olduğu bulunmuş, diğer alt boyutlar ile bir ilişkisi olduğu gösterilmemiştir (Bentley ve Widom, 2009).

Literatürde, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın erişkin dönem obezitesine neden olduğu tartışmalıdır. Fakat, çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesi arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar çoğunluktadır. Bizim çalışmamızda, obez bireylerin en fazla duygusal istismar, daha sonra fiziksel ihmal puanının anlamlı olarak yüksek bulunması, erişkin dönem obezitesinin etiyolojisinde çocukluk çağı travmalarının rolü olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda, obezite tanısı olan bireylerin BKİ'leri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamasının nedeni olarak, ölkemizdeki toplumun yaşam, davranış ve düşünüş biçiminin, bazı töresel etkenlerin, damgalanma, utanma, verilen bilgilerin gizli kalacağından şüphede duyma gibi etkenlerin gerçekte sonuçlara ulaşılamamasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, çalışmamız öz bildirim yöntemi ve yüz yüze görüşme ile gerçekteşirilmiştir. Yüz yüze görüşmeye ek olarak klinik

görüşmelerin veya psikoterapi uygulamalarının daha doğru ve gerçek sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Travma sıklığının, katılımcıların kendilerinin doldurduğu ölçek formları ile değerlendirilmesi, ek olarak kayıtlardan veya aileden alınmaması gerçek travma oranını yansıtmamış olabilmektedir. Bunlara ek olarak, çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, katılımcı sayısının az olması, farklı gelir düzeyi ve popülasyonlardan katılımcı bulunmamasının da sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın H<sub>6</sub> hipotezi kapsamında, obezite tanısı olan bireylerin çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin cinsiyete göre farklılıkları incelenmiştir. Bulgulara göre, kadınların çocukluk çağı travmalarına maruz kalma puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen, aralarında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasında, duygusal istismar ve duygusal ihmalin cinsiyete göre anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Ayrıca, çalışmada kadınların fiziksel istismar puan ortalamasının, erkeklerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda kadınların fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak, fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Kadınların cinsel istismara maruz kalma ortalama puanları erkeklere göre yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı söylenebilmektedir. Bu nedenle, bizim araştırmamızda sadece fiziksel istismar alt boyutu desteklenmiştir. 71 obezite tanısı olan birey ile yapılan başka bir araştırmada, obezite tanısı olan katılımcıların fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada cinsiyet ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sağlam ve ark., 2019). Başka bir araştırmada, çocukluk çağı travmaları ve bileşenlerine ait puan ortalamasının cinsiyet açısından değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2020).

Bazı araştırmalarda ise, obezite tanısı olan bireylerin çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bir çalışmada, kadınlarda çocukluk döneminde yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın, daha yüksek obezite ve depresyon oranları ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel istismar, yetişkin

dönemdeki obezite ve depresyon olasılığının iki katına çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (Rohde ve ark., 2008). Ergenlik dönemindeki 15,197 katılımcı ile yapılan başka bir araştırmada, katılımcıların %23,9'unun obez olduğu, normal kilolu erkeklerle karşılaştırıldığında, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan genç yetişkin erkeklerin aşırı kilo ve obezite riskinin arttığı gösterilmiştir. Çocukluk çağı fiziksel istismar öyküsü bildiren kadınlarda öğün atlamanın daha yaygın olduğu, cinsel veya fiziksel taciz öyküsü bildiren kadınlarda ise yeme bozuklukları ve kontrollerini kaybedebilecekleri için yemekten korktuklarını bildirme oranları daha yüksek bulunmuştur (Fuemmeler ve ark., 2009).



## 7. ÖNERİLER

İlgili literatür incelendiğinde, ülkemizde bildiğimiz kadarıyla, psikoloji alanında obezite ile bilgece farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bulunmaması ve obez bireylerin depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki bağlantıların incelenmemiş olması nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Araştırmanın bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezite, multidisipliner tedavi ve takip gerektiren bir hastalıktır. Çünkü, obezitede iç içe geçmiş psikolojik ve eşlik eden sağlık problemleri ile mücadelede çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir. Özellikle, obezitenin tedavisinde ruhsal durumun değerlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların ek olarak, obez olguların tedavisinde travmatik öykülerinin ve istismar yaşantılarının öyküsünü sorgulaması ve tedavi sürecinde konu ile ilgili çalışmasının tedaviye yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmaların ve aile içi şiddetin, yaşamın ileriki dönemlerinde bireylerin ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebileceği ve obezite gibi fiziksel sağlık ve yeme problemleri için önemli bir risk faktörü olabileceği nedeniyle, ailelerin bilinç düzeylerinin artırılması, farkındalık eğitimiyle yapılan yaşam biçimi düzenlemelerinin, aileleri olmayan çocukların sosyal ve ruhsal anlamda takip ve desteklerinin yeterli düzeyde yapılması, sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanması ve toplumsal bilincin oluşturulması açısından çalışmanın faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, obezite tanısı olan bireylerin beden kütle indeksleri ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamasının nedeni olarak, ülkemizdeki toplumun yaşam, davranış ve düşünüş biçiminin, bazı töresel etkenlerin, damgalanma, utanma, verilen bilgilerin gizli kalacağından şüphe duyma gibi etkenlerin gerçek sonuçlara ulaşılmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmamız öz bildirim yöntemi ve yüz yüze görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşmeye ek olarak klinik görüşmelerin veya psikoterapi uygulamalarının daha doğru ve gerçek sonuçlara ulaşılmasına katkı

sağlayacağı düşünülmektedir. Travma sıklığının, katılımcıların kendilerinin doldurduğu ölçek formları ile değerlendirilmesi, ek olarak kayıtlardan veya aileden alınmaması gerçek travma oranını yansıtmamış olabilir. Ayrıca, katılımcıların doldurması istenilen ölçek formlarının da uzun olması, katılımcıların sıkılmasına, yanlış veya eksik yanıtlar vermelerine neden olmuş olabilir. Bunlara ek olarak, araştırmadaki veriler iki farklı şehir ve klinikten elde edilmiştir. Çalışmayı daha da güçlendirmek için ve genellenebilirlik açısından daha fazla şehirden alınan veriler araştırmaya katkı sağlayabilir. Bu nedenle, daha büyük örneklemle; farklı gelir düzeyi ve popülasyondan katılımcılar ile ve kontrol grubu da çalışmaya dahil edilerek, obez olmayan grupla sonuçları kıyaslamak daha net bulgular ortaya çıkarılmasını sağlayabilir.

Araştırma sonucuna göre, obez kadınların depresyon düzeyinin erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, daha önce depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanlarının, daha önce depresyon tanısı almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak, özellikle kadınlar için psikolojik ve sosyal açıdan depresyona karşı koruyucu ruh sağlığı önlemleri alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, bilgece farkındalık alt boyutları ile BKİ düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenememektedir. Fakat, erkeklerin bilgece farkındalık puan ortalaması, kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve dikkati düzenleme ve yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutları arasında erkeklerin puan ortalamasının, kadınların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, gelecek çalışmalarda obezite ve obeziteyle ilişkili faktörlerin araştırılmasında, bilgece farkındalık gibi olumlu psikolojik ve bilişsel faktörleri hesaba katan bir perspektif değişikliğine yol açması bakımından katkı sağlayabilir. Bu bulguları doğrulamak, daha da iyileştirmek ve nedenselliği belirlemek için daha fazla çalışma gereklidir. Bu çalışmanın, bireylerin bozuk yeme davranışlarının belirleyicilerinden biri olarak gösterilen bilgece farkındalık düzeylerinin incelenmesi, farkındalık (mindfulness) temelli terapiler ile bireylerin sağlıklı beslenme motivasyonlarının artırılması ve depresyon, duygusal ve kontrolsüz beslenmelerini azaltması yönüyle uzmanlara, ruh sağlığı çalışanlarına ve klinik uygulamalara fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezitenin gelişmesine sebep olabilen veya obezitenin sebep olabildiği etki mekanizmalarını belirlemeye ve nedensellik ilişkisi gösterebilmeye yönelik daha

büyük örneklemeler ile klinik ve deneysel çalışmalar gerekmektedir. Obezite tanısı olan bireylerde depresyon, bilgece farkındalık ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyleri arasındaki ilişki bağlamında ve konunun tüm yönleri ile aydınlatılabilmesi adına daha fazla ve büyük çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma ile obezitenin tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi, psikososyal açıdan ele alınması, sadece bireylerin kilo vermelerine odaklanan beslenme programlarının veya cerrahi işlemlerin uygulanması yerine, bireylerin obezite sebebiyle yaşadıkları psikolojik sorunların ve obeziteye yol açabilecek psikolojik etmenlerin açıklığa kavuşturulması amacıyla önleme ve tedavi stratejilerini iyileştirilmesine katkı sağlaması, ulaşılan kilonun kalıcılığını sağlaması ve koruyucu önlemler alınması açısından gelecekteki araştırmalara ilham vermesi umulmaktadır.

## 8. KAYNAKLAR

Adams, E. C., McVay, A. M., Kinsaul, J., Benitez, L., Vinci, C., Stewart, W. D., Copeland, L. A. (2012). Unique relationships between facets of mindfulness and eating pathology among female smokers. *Eating Behaviors*, 13(4), 390-393.

Adaş, M., Mert, M. (2014). Obezitede Medikal Tedavi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 50-55.

Akduman, İ. (2018). Obez bireylerde problemli yeme davranışları ve çocukluk çağı travmaları ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Güzin M. Sevinçer).

Akgündüz, E., Kaya, K., Kalaoğlu, E., Bulut, D. F., Hilal, A. (2018). Munchausen by proxy sendromu: Bir olgu sunumu. *Ahi Evran Medical Journal*, 1, 16-18.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 95-119.

Alberts, H. J., Thewissen, R., Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 55, 160-163.

Allison, d. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L. Blumental, A. J., Fabricatore, N. A., Daumit, L. G., Cope, B. M., Riley, T. W., Vreeland, B., Hibbeln, R. J., Alpert, E. J. (2009). *Am J Prev Med*, 36(4), 341-350.

Almoradi, M., Abdolahi, M., Aryan, L., Vazirijavid, R., Ajami, M. (2016). Cognitive behavioral therapy for treatment of adult obesity. *International Journal of Medical Reviews*, 3(1), 371-379.

Alonso, J., Angermeyer, C. M., Bernert, S. ve ark. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109(420), 21-27.

Alvarez, J., Pavao, J., Baumrind, N., Kimerling, R. (2007). The relationship between child abuse and adult obesity among California women. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(1), 28-33.

Amerikan Psikiyatri Birliği, *Tanı Ölçütleri*, Beşinci Baskı (DSM-5). (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.

Anda, F. R., Felitti, J. V., Bremner, D. J., Walker, D. M., Whitfield, H. C., Perry, D. B., Perry, D. B. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 174-186.

Anderson, W. J., Konz, C. E., Frederich, C. R., Wood, L. C. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American of Clinical Nutrition*, 74(5), 579-584.

Andrade, M. A., Greene, W. G., Melanson, J. K. (2008). Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1186-1191.

Anık, G. G., Şahin, M. (2020). Diyetisyen desteği alan kadınların çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeme tutumu ve psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(13), 140-160.

Apovian, M. C. (2016). Obesity: Definition, Comorbidities, Causes and Burden. *Am J Manag Care*, 22, 176-185.

Asadollahi, T., Khakpour, S., Ahmadi, F., Seyedeh, L., Matoo, S. T., Bermas, H. (2015). Effectiveness of mindfulness training and dietary regime on weight loss in obese people. *J Med Life*, 8(4), 114-124.

Askari, J., Hassanbeigi, A., Khosravi, M. H., Malek, M., Hassabeigi, D., Pourmovahed, Z., Alagheband, M. The relationship between obesity and depression. *Social and Behavioral Sciences*, 84, 796-800.

Atalay, Z. (2019) *Mindfulness. Bilinçli Farkındalık. Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı*. İnkılap Kitabevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ, İstanbul.

Ayalp, D. H., Şahin, H. N. (2018). Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu'nun Türkçe Uyarlaması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(3), 117-127.

Bal, U., Çelikbaş, Z., Batmaz, S. (2018). Association of mindfulness and impulsivity with obesity. *Arch Clin Psychiatry*, 45(5), 130-134.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

Bakhshi, E., Eshraghian, R. M., Mohammed, K., Foroushani, R. A., Zeraati, H., Fotouhi, A., Siassi, F., Seifi, B. (2008). Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *Journal of Public Health*, 30(4), 429-435.

Banks, E., Lim, L., Seubsman, S., Bain, C., Sleigh, A. (2011). Relationship of obesity to physical activity, domestic activities, and sedentary behaviors: Cross-sectional findings from a national cohort of over 70,000 Thai adults. *BMC Public health*, 11 (762), 1-14.



Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. V. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, S. J. (2020) *Bilişsel Davranışçı Terapi*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Bentley, T., Widom, S. C. (2009). A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity (Silver Spring)*, 17(10), 1900-1905.

Beydoun, A. M., Wang, Y. (2010). Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. *J Affect Disord*, 123(3), 52-63.

Bhurosy, T., Jeewon, R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *The Scientific World Journal*, 1-7.

Blazer, G. D., Hybels, F. C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.

Blüher, M. (2009). Adipose tissue dysfunction in obesity. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 117(6), 241-250.

Booth, A., Magnuson, A., Fouts, J., Foster, M. (2015). Adipose tissue, obesity and adipokines: Role in cancer promotion. *Horm Mol Biol and Clin Invest*, 21(1), 57-74.

Booth, P. H., Charlton, J., Guilliford, C. M. (2017). Socioeconomic inequality in morbid obesity with body mass index more than 40kg/m<sup>2</sup> in the United States and England. *Population Health*, 3, 172-178.

Branson, R., Potoczna, N., Kral, G., J., Lentes, U. K., Hoehe, R. M., Horber, F. F. (2003). Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med*, 348(12), 1096-1103.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Brownell, K., Horgen, B. K. (2003) *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis and what we can do about it*. McGraw-Hill, New York.

Bulik, M. C., Sullivan, F. P., Kendler, S. K. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*, 33(3), 293-298.

Burmeister, J. M., Cerels, R. A. (2014). Weight-related humor in the media: Appreciation, distaste and anti-fat attitudes. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 223-238.

Butcher, N. J., Mineka, M. S., Hooley, M. J. (2014) *Abnormal Psychology*. Pearson Education Limited, England.

Cameron, J. A., Welborn, A. T., Zimmet, Z. P., Dunstan, W. D., Owen, N., Salmon, J., Dalton, M., Jolley, D., Shaw, E. J. (2003). Overweight and obesity in Australia: the 1999-2000 Australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Med J Aust*, 178(9), 427-432.

Camilleri, M. G., Mejeen, C., Bellisle, F., Hercberg, S., Peneau, S. (2015). Association between mindfulness and weight status in a general population from the NutriNet-Sante Study. *Plos One*, 10(6), 1-14.

Carpenter, M. K., Hasin, S. D., Allison, B. D., Faith, S. M. (2000). Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health*, 90(2), 251-257.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, E. T., Taylor, A., Craig, W. I., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 18(301), 386-389.

Cooper, Z., Fairburn, G. C., Hawker, M. D. (2007) *Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi. Klinisyenler İçin Bir Rehber*. Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık, İstanbul.

Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165-173.

Cheryl D. Fryar, M.S.P.H.; Margaret D. Carroll, M.S.P.H.; and Cynthia L. Ogden, Ph.D., Division of Health and Nutrition Examination Surveys. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, Trends 1960–1962 Through 2009–2010. [http://creativecatsolutions.com/uploads/1/0/6/4/10642571/prevalence\\_of\\_overweight\\_obesity\\_and\\_extreme\\_obesity\\_among\\_adults.pdf](http://creativecatsolutions.com/uploads/1/0/6/4/10642571/prevalence_of_overweight_obesity_and_extreme_obesity_among_adults.pdf) 2012.

Christakis, A. N., Fowler, H. J. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357, 370-379.

Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker M. D. Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O’Coonor, E. M., Fairburn, G. C. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther*, 48(8), 706-713.

Crona, L., Mossberg, A., Bradvik, L. (2013). Suicidal career in severe depression among long-term survivors: in a followup after 37-53 years suicide attempts apperared to end long before depression. *Depression Research and Treatment*, 7, 1-6.

Cunningham, A. S., Vaquera, E., Maturo, C. C., Narayan, V. K. (2012). Is there evidence that friends influence body weight? A systematic review of empirical research. *Soc Sci Med*, 75(7), 1175-1183.

Çakmur, H., Güneş, B. Ü. Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 22(2), 58-65.

Çayır, A., Atak, N., Köse, K. S. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üni Tıp Fak Mec*, 64(1), 13-19.

Çelik, F., Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.

Çiftçi, H., Yıldız, E., Mercanlıgil, M. S. (2008). Depresyon ve Beslenme Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 369-377.

Dare, S., Mackay, F. D., Pell, P. J. (2015). Relationship between smoking and obesity: A sectional study of 499,504 middle aged adults in the UK general population. *Plos One*, 10(4), 1-12.

Demirci, Ş., Gün. C. (2017). Adipoz doku ve adipoz dokudan salınan bazı proteinler. *Sag. Bil. Enst. Derg*. 5(2), 155-179.

Dimidjian, S., Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *American Psychological Association*, 10, 166-171.

Dong, C., Sanchez, E. L., Price, A. R. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.

Edgardh, K., Ormstad, K. (2007). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 89(3), 310-319.

Eknoyan, G. Adolphe Quetelet (1796-1874) the average man and indices of obesity. *Nephrol Dial Transplant*, 23, 47-51.

Emre, N., Öner, M. (2018). Kırssalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(4), 176-184.

Eren, İ., Erdi, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6, 152-157.

Erkol, A., Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozsan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 14(2), 101-107.

Ervin, B. R. (2009). Prevalence of metabolic syndrome among adults 20 years of age and over, by sex, age, race and ethnicity, and body mass index: United States, 2003-2006. *Natl Health Stat Report*, 5(13), 1-7.

Fairburn, G. C. (2019) *Aşırı Yemeyi Yenmek*. Psikonet Yayınları, İstanbul.

Fairburn, G. C., Brownell, D. K. (2002) *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. The Guilford Press. 2nd ed. New York.

Faith, S. M., Butryn, M., Wadden, A. T., Fabricatore, A., Nguyen, M. A., Heymsfield, B. S. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *International Association for the Study of Obesity*, 12, 438, 453.

Faravelli, C., Scarpato, A. M., Castellini, G., Sauro, L. C. Psychiatry Research. *Psychiatry Res.*, 210(3), 1301-1303.

Fischer, S., Eunice, C., Katterman, S., Roerhig, M., Ricciardi, B. L., Munoz, D. Valentine, D. M., Alverdy, J., Grange, D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778-784.

Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. (1998). Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960–1994. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22, 39–49.

Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. (2012) Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*, 307: 491–7.

Framson, C., Kristal, R. A., Schenk, J., Littman, J. A., Zeliadt, S., Benetizes, D. (2010). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc.*, 109(8), 1439-1444.

Frayn, M., Knauper, B. (2018). Emotional eating and weight in adults: A review. *Curr Psychol*, 37, 924-933.

Fuemmeler, F. B., Dedert, E., McClernon, J., Beckham, C. J. (2009). Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U. S. population-based survey of young adults. *J Trauma Stress*, 22(4), 329-333.

Galal, M. O. (2002). The nutrition transition in Egypt: obesity, undernutrition and the food consumption context. *Public Health Nutr*, 5(1), 141-148.

Galiebeter, A., Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10, 486-489.

Gittelsohn, J., Haberle, H., Vastine, E. A., Dyckman, W., Palafox, A. N. (2003). Macro-and microlevel processes affect food choice and nutritional status in the republic of the Marshall islands. *J. Nutr*, 133(1), 310-313.

Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders. An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 430-439.

Gorey, K. M., Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl*, 21(4), 391-398.

Gökdağ, C., Arkar, H. (2016). Psikobiyolojik kişilik modeli ve bilişsel kuram arasındaki ilişkilerin majör depresyon tanılı hastalarda ve sağlıklı bireylerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 257-265.

Grave, D. R., Sartirana, M., Ghochi E. M. Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 10, 195-206.

Grilo, M. C., Masheb, M. R. (2001). Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge aeting disorder: Frequency and associations with gender, obesity and eating-related psychopathology. *Obes Res*, 9(5), 320-325.

Grinnel, S., Greene, G., Melanson, K., Blissmer, B., Lofgren, E. I. (2011). Anthropometrşc and behavioral measures related to mindfulness in college students. *Journal of American College Health*, 59(6), 539-545.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.

Gunstad,J.,Paul, H. R., Spitznagel, B. M., Cohen, A. R. (2006). Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research*, 142(1), 31-37.

Güleçi G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri*, 9(3), 21-25.

Hamurcu, P., Öner, C., Talatar, P., Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(3), 122-128.

Hall, D. K., Kahan, S. (2018). Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am*, 102(1), 183-197.

Hammen, L. C. (2015). Stress and depression: Old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80-85.

Harris, R. H., Willett, C. W., Michels, B. K. (2013). Parental smoking during pregnancy and risk of overweight and obesity in the daughter. *Int. J. Obes*, 37(10), 1356-1363.

Harrist, w. A., Swindle, M. T., Tait, H. L., Topham, L. G., Shriver, H. L., Page, C. M. (2016). The social and emotional lives of overweight, obese, and severely obese children. *Child Dev*, 87(5), 1564-1580.

Helvacı, F., Hoccoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etiyolojisi, epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.

Hill, O. J., Wyatt, R. H. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *J Appl Physiol*, 99, 765-770.

Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.

Hussey, M. J., Chang, J. J., Kotch, B. J. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942.

Inchinohe, M., Mita, Reizo, Saito, K., Shinkawa, H. (2005). The prevalence of obesity and its relationship with lifestyle factors in Jamaica. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 207(1), 21-32.

Ino, T. (2010). Maternal smoking during pregnancy and offspring obesity: Meta-analysis. *Pediatrics International*, 52(1), 94-99.

Irmak, Y. T. (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Şeyda Aksel).

İnce, G., Dündar, O. N., Çavuşoğlu, D., Dündar, N. B. (2014). Sarsılmış bebek sendromu olgusu. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 24(3), 207-210.

Jacob, S. K. (2012). Depression: a major public health problem in need of a multi-sectoral response. *Indian J Med Res*, 136(4), 537-539.

Jakicic, M. J., Davis, K. K. (2011). Obesity and Physical Activity. *Psychiatr Clin N Am*, 34(4), 829-840.

Jeffery, W. R., Baxter, J., McGuire, M., Linde, J. (2006). Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(2), 1-6.

Joint Health Surveys Unit (2014). Health Survey for England: Trend Tables 2013. Retrieved from London, UK.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *American Psychological Association*, 10(2), 144-156.

Kahraman, S. M., Güriz, O. S., Özdel, K. (2014). Yetişkinlerde obezite: Biyolojik ve psikolojik tedaviler için genel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 17, 28-40.

Kanter, R., Caballero, B. Global gender disparities in obesity: A review. *Advances in Nutrition*, 3(4), 491-498.

Karaoğlu, D. (2018). Sigarayı bırakma ve obezite arasındaki ilişki: Türkiye örneği. *Journal of Research in Economics*, 3(1), 46-57.

Karşlıoğlu, H. Obezite, Tip 2 Diyabet ve Beslenme. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3), 36-43.

Köroğlu, E., Türkçapar, H. (2011) *Psikoterapi Yöntemleri. Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri*. HYB Basın Yayın, Ankara.

Kearney, J. D., Miltoni L. M., Malte, A. C., McDermott, A. K., Martinez, M., Simpson, L. T. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), 413-420.

Kendler, S. K., Gatz, M., Gardner, O. C., Pedersen, L. N. (2006). Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1113-1120.

Kılıç, C. (2020). Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 35(3), 179-187.

Kim, Y. J., Chang, M. H., Cho, J. J., Yoo, H. S., Kim, Y. S. (2010). Relationship between obesity and depression in the Korean working population. *Medicine General and Social Medicine*, 25, 1560-1567.

Cankur, S., Kırımsoy, E. Şekercioğlu, G., Yıldırım, E., Özkol, H., Yıldırım, E., Erdoğan, N., Sav, C., Dülger, K. (2012) *Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması*. Genç Hayat Yayınları, İstanbul.

Lapierre, A. G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides. A meta analysis. *BMC Psychiatry*, 4(37), 1-11.

Lefebvre, S., Hasford, J., Wang, Z. (2019). The effects of guilt and sadness on sugar consumption. *Journal of Business Research*, 100, 130-138.

Lavender, M. J., Gratz, L. K., Tull, T. M. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 174-182.

Lavyers, M., Makin, C., Toms, E., Thorberg, A. E., Samios, C. (2014). Trait mindfulness in relation to emotional self-regulation and executive function. *Mindfulness*, 5, 619-625.

Leahey, T., Crowther, J. H., Irwin, S. R. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 364-375.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.

Lim, Y. G., Tam, w. W., Lu, Y., Ho, S. C., Zhang, W. M., Ho, C. R. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 ve 2014. *Scientific Reports*, 8, 1-10.

Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the global burden of disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140.

Luppino, S. F., Wit, M. L., Bouvy, F. P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, W., Zitman, G. F. (2010). Overweight, Obesity and Depression. *American Medical Association*, 67(3), 220-229.

Lynch, M. A., Saralidze, L., Gogvadze, N., Zolotor, A. (2008) *National Study on Violence Against Children in Georgia*. UNICEF.  
[https://www.unicef.org/georgia/media/2161/file/Violence\\_Study\\_ENG\\_final.pdf](https://www.unicef.org/georgia/media/2161/file/Violence_Study_ENG_final.pdf)

Ma, J., Xiao, L. (2010). Obesity and depression in US women: Results from the 2005-2006 national health and nutritional examination survey. *Obesity*, 18, 347-353.

Maier, F. S., Seligman, M. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev*, 123(4), 349-367.

Mantzios, M., Wilson, C. J., Linnell, M. (2015). The role of negative cognition, intolerance of uncertainty, mindfulness, and self-compassion in weight regulation among male army recruits. *Mindfulness*, 6, 545-552.

Markowitz, S., Friedman, A. M., Arent, M. S. (2008). Understanding the relation between obesity and depression mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 1-20.

Meyers, W. A., Klesges, C. R., Winders, E. S., Ward, D. K., Peterson, A. B., Eck, H. L. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*, 65(3), 448-52.



Mokhtar, F., Elati, J., Chabir, R., Bour, A. (2001). Diet culture and obesity in northern africa. *Journal of Nutrition*, 131(3). 887-892.

Mossberg, O. H. (1989). 40-year follow-up of overweight children. *Child Health*, 2, 491-493.

Mutlu, H. (2015). Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönem obezitesi ile ilişkisinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Muhittin Tayfur).

Müftüoğlu, S. (2016). Majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve aşırı besin isteklerinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Gül Kızıltan).

Naukkarinen, J., Rissanen, A., Kaprio, J., Pietilainen, H. K. (2011). Causes and consequences of obesity: the contribution of recent twin studies. *International Journal of Obesity*, 36, 1017-1024.

NCD Risk Factor Collaboration (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *The Lancet*, 387, 1377-1396.

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 18-28.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., McDowell M. A., Flegal K. M. Obesity among adults in the United States- no change in 2003-2004. NCHS data brief no 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2007.

Oldehinkel, J. A., Bouhuys, L. A., Brilman, I. E., Ormel, J. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 241-248.

Onat, Ş. Ş., Delialioğlu, Ü. S., Biçer, S., Özel, S. (2013). Osteoporozda depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Türk J Osteoporos*, 19(3), 58-64.

Önal, Ç. S., Celbis, O., Özdemir, B., Özdemir, Y. M. (2013). Çocuk İstismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 23(2), 124-127.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, K., Aktaş, A. E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12, 130-136.

Öztürk, O. M., Uluşahin, A. N. (2016) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Bayt Ltd. Şti, Ankara.

Pederson, L. C., Wilson, F. J. (2009). Childhood emotional neglect related to posttraumatic stress disorder symptoms and body mass index in adult women. *Psychol Rep*, 105(1), 111-126.

Pınar, R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 30-41.

Pine, D. S., Goldstein, B. R., Wolk, S., Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.

Pollak, M. S., Pedulla, T., Siegel, R. *Mindfulness. Farkındalık Temelli Psikoterapi Becerileri*. Apamer Psikoloji Yayınları, İstanbul, 2019.

Power, C., Jefferis, J. B. (2002). Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *Int J Epidemiol*, 31(2), 413-419.

Proulx, K. (2008). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *The Journal of Treatment and Prevention*, 16(1), 52-72.

Puhl, M. R., Heuer, A. C., (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17, 941-964.

Rahmani, J., Varkaneh, H. K., Dorosty, A. Z. (2018). The relationship between general and central obesity with anxiety among Iranian young men. *Journal of Nutrition and Food Security*, 3(1), 4-12.

Ramachandrap, S., Farooqi, S. I. (2011). Genetic approaches to understanding human obesity. *J. Clin Invest*, 121(6), 2080-2086.

Riebe, D., Blissmer, J. B., Greaney, L. M. (2009). The relationship between obesity, physical activity, and physical function in older adults. *Journal of Aging and Health*, 21(8), 1159-1178.

Riggs, A. S. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19(1), 5-51.

Roberts, E. R., Deleger, S., Strawbridge, J. W., Kaplan, A. G. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.

Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, E. G., Ludman, J. E., Linde, A. J., Jeffery, W. R., Operskalski, H. B. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Negl*, 32(9), 878-887.

Rojas, G. L., Segovia, P. A., Dunne, H., Gonzales, A. N., Cervilla, A. J. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz. J. Psychiatry*, 1-16.

Runyan, K. D., Chahal, M. C., Hassan, F. *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*. 2002, 57-86.

Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W., Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197-204.

Sağlam, Ö., Salman, Ö., Soylu, Y. (2019). Çocuk yetiştirme stillerine bağlı olarak gelişen çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 136-150.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013) *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması*, Ankara.

Sarı, Y. H., Ardahan, E., Öztornacı, Ö. B. (2016). Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501-511.

Schoeph, D., Uppal, H., Potluri, R., Chandran, S., Heun, R. (2014). Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Journal of Psychiatric Research*, 52, 28-35.

Sevinçer, M. G., Konuk, N. Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178.

Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862.

Smith, G. D., Bot, M., Snijder, M., Nicolaou, M., Derks, M. E., Stronks, K., Brouwer, A. I., Visser, M., Penninx, B. (2018). The relationship between obesity and depressed mood in a multi-ethnic population. The HELIUS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(6), 629-638.

Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., Cauter, V. (2004). Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med*, 141(11), 846-850.

Springs, F. E., Friedrich, W. N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc*, 67(6), 527-532.

Starrings, A. (2017). Editorial: What is depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1287-1289.

Stice, E., Presnell, K., Spangler, D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol*, 21(2), 131-138.

Sullivan, F. P., Neale, C. M., Kendler, S. K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157, 1552-1562.

Şahin, H. N., Yeniçeri, Z. (2015). Farkındalık üzerine üç araç: Psikolojik farkındalık, bütünleyici kendilik farkındalığı ve Toronto bilgece farkındalık ölçekleri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(76), 48-64.

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32(4), 1054-1063.

Şenkal, İ., Işıklı, S. (2015). Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 261-267.

Tackett, K. K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect*, 6(7), 715-730.

Taner, Y. Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86.

Thomson, W. (2012). Long term follow up suicide in a clinically depressed community sample. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 52-55.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.

Tran, U. S., Glück, T. M., Nader, I. W. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a short form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951-965.

Ward, M. M. (2013). Estimating disease prevalence and incidence using administrative data: Some assembly required. *J Rheumatol*, 40(8), 1241-1243.

Wolfe, M. B., Kvach, E., Eckel, H. B. (2016). Treatment of obesity: Weight loss and bariatric surgery. *Circ Res*, 118(11), 1844-1855.

Yalçın, M. B., Öztürk, O. (2017). Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam*, 8(1), 29-37.

Yamauchi, T., Abe, Takashi, Midorikawa, T., Kondo, M. (2004). Body composition and resting metabolic rate of Japanese college Sumo wrestlers and non-athlete students: are Sumo wrestlers obese? *Anthropological Science*, 112, 179-185.

Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 140-146.

Yılmaz, T. S., Gülücü, A., Demirci, H. (2020). Erişkin obezitesinde çocukluk çağı travmalarının rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 261-268.

Zavala, A. G., Kolovos, S., Chiarotto, A., Bosmans, E. J., Ponce, C. M., Rosado, L. J., Garcia, P. O. (2018). Association between obesity and depressive symptoms in Mexican population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 639-646.

Zeller, H. M., Purtill, R. J., Ramey, C. (2009). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity (Silver Spring)*, 16(4), 755-762.

Zhao, X. K., Huang, Q. C., Xiao, Q., Gao, Y. (2012). Age and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of the published literature. *CNS Spectr*, 17(3), 142-154.

Zolotor, J. A., Runyan, K. D., Dunne, P. M., Jain, D., Peturs, R. H., Ramirez, C., Volkova, E., Deb, S., Lidchi, V., Muhammed, T., Isaeva, O. (2009). ISPCAN child abuse screening tool children's version (ICAST-S). Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse and Neglect*, 33, 833-841.

Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Wangting, L., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), 1-14.

WHO, *Preventing Suicide: A Global Imperative Executive Summary*, 2014, Geneva.

Williamson, F. D., Thompson, J. T., Anda, F. R., Dietz, H. W., Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26, 1075-1082.

Windful, K., Kapur, N. (2011). Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK national confidential Inquiry into suicide. *British Medical Bulletin*, 100, 101-121.

### **İnternet Kaynakları**

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html> (11.12.2020)

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> (10.02.2020)

<https://obesity.procon.org/global-obesity-levels/> (11.11.2020)

<https://sozluk.gov.tr> (12.07.2020)

<https://www.unicef.org/turkey/basin-bultenleri/unicef-siddet-ile-disiplin-cinsel-istismar-ve-cinayetler-tum-dunyada-milyonlarca> (12.19.2020)

<https://www.unicef.org/turkey/çocuk-haklarına-dair-sözleşme> (12.02.2020)

<https://www.unicef.org/turkey/media/3626/file/Cinsel%20İstismar%20Mağduru%20Çocuklara%20Bakım%20Kılavuzu.pdf> (12.14.2020)

<https://www.unicef.org/turkey/raporlar/türkiyede-çocuk-istismari-ve-aile-içi-şiddet-arastirmasi-özet-raporu-2010> (11.03.2020)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (11.20.2020)

[https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1) (10.04.2020).

[https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2) (10.07.2020)

[https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1) (11.21.2020)

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365\\_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y) (12.18.2020)

<https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health> (11.15.2020)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (11.17.2020)

## **9. EKLER**

**EK 1:** Bilgilendirilmiş Onam Formu

**EK 2:** Sosyodemografik Bilgi Formu

**Ek 3:** Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

**EK 4:** Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)

**EK 5:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

**EK 6:** Haliç Üniversitesi Etik Kurul Onayı

## EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu ölçekler, obezite tanısı olan bireylerde psikolojik bazı özellikler ile geçmiş ve şimdiki yaşantılar arasındaki ilişkilere dair bilgi edinebilmemiz amacıyla yürüttüğümüz araştırmanın bir parçasıdır. Verilen ölçekler aracılığıyla toplanan veriler, sadece bu araştırma kapsamında kullanılacaktır. Size verilen ölçekleri doldurarak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız. Tüm veriler, araştırma tamamlanana kadar ve en az beş yıl süresince araştırma ekibi tarafından saklanacaktır.

Bu araştırmaya katılmak, tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Verdiğiniz bilgiler, araştırma ekibi dışında kimseyle ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda, kongrelerde ve/veya yayınlarda sunulacaktır. İstedığınız zaman bizimle iletişime geçerek çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilmek isterseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, bize aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Uzm. Psk. Duygu Cengiz  
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı  
Haliç Üniversitesi

Aşağıdaki alanı imzalayarak, bilimsel araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Katılımcı Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:



## EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adı-Soyadı:

2. Cinsiyeti:

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Yaşı:

4. Eğitim Durumu

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek Lisans

☐

Doktora

5. Medeni Durumu:

☐ Bekar

☐ Evli

☐ Boşanmış

☐ Ayrı Yaşıyor

☐ Dul

6. Çalışma durumunuz nedir?

☐ Çalışıyorum

☐ Çalışmıyorum

☐ Emekliyim

7. Ekonomik durumunuz nedir?

☐ 500-2500TL

☐ 2501-5000TL

☐ 5001TL ve üzeri

8. Bilinen bir hastalığınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Cevabınız evet ise, teşhis edilen rahatsızlığınız aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

☐ Kalp-damar hastalıkları

☐ Hipertansiyon

☐ Şeker hastalığı

☐ Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)

☐ Uyku apnesi

☐ Eklem hastalığı

☐ Kanser

☐ Diğer (belirtiniz)

10. Düzenli fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

11. Hangi sıklıkla egzersiz yaparsınız?

☐ 1. Hemen hemen her gün düzenli egzersiz yapıyorum.

☐ 2. Haftada 4-5 gün düzenli egzersiz yapıyorum

☐ 3. Haftada 1-3 gün düzenli egzersiz yapıyorum

☐ 4. Egzersiz yapmıyorum

12. Egzersiz tipi:

☐ Yatakta kısıtlı hareketler

☐ Yürüyüş

☐ Yüzme

13. Sigara kullanımı:

☐ Kullanmıyorum

☐ Ara sıra

☐ Düzenli kullanıyorum

☐

Bıraktım

14. Alkol kullanımı:

☐ Kullanmıyorum

☐ Ara sıra

☐ Düzenli kullanıyorum

☐

Bıraktım

15. Uyuşturucu madde kullanımı:

☐ Kullanmıyorum

☐ Ara sıra

☐ Düzenli kullanıyorum

☐

Bıraktım

16. Daha önce hekim tarafından depresyon teşhisi aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

17. Cevabınız evet ise, ne kadar süre önce teşhis aldınız?

☐ 1-6 ay      ☐ 6 ay-1 yıl      ☐ 1 yıl ve üzeri

**18. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan bir birey var mı?**

☐ Evet (Yakınlık derecesi: .....), (Hastalığın tanısı: .....)

☐ Hayır

**19. Bir psikoterapi sürecinde misiniz?**

☐ Evet      ☐ Hayır

**20. Kullandığınız psikiyatri ilacı/ilaçları var mı?**

☐ Evet (Adını belirtiniz: .....)

☐ Hayır

**21. Kaç yıldır kilo problemi yaşıyorsunuz? .....**

**22. Çocukluk çağınızda obezite probleminiz var mıydı?**

☐ Evet      ☐ Hayır

**23. Ailenizde obezite öyküsü var mı?**

☐ Evet (Yakınlık derecesi: .....)

☐ Hayır

**24. Kilo problemi ile ilgili cerrahi bir operasyon/ameliyat geçirdiniz mi?**

☐ Evet      ☐ Hayır

**25.**

|                               |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kilo (kg)</b>              |                                                                                                                                                          |
| <b>Boy (cm)</b>               |                                                                                                                                                          |
| <b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b> | <input type="checkbox"/> 30-35 kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 35-40 kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 40 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri |

### Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (Şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

|     |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <b>a.</b> Kendimi üzgün hissetmiyorum<br><b>b.</b> Kendimi üzgün hissediyorum<br><b>c.</b> Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum<br><b>d.</b> Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum                                            |
| 2.  | <b>a.</b> Gelecekte umutsuz değilim<br><b>b.</b> Gelecek konusunda umutsuzum<br><b>c.</b> Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok<br><b>d.</b> Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek                                                       |
| 3.  | <b>a.</b> Kendimi başarısız görmüyorum<br><b>b.</b> Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır<br><b>c.</b> Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum<br><b>d.</b> Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum |
| 4.  | <b>a.</b> Her şeyden eskisi kadar doyum ( zevk) alabiliyorum<br><b>b.</b> Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum<br><b>c.</b> Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum<br><b>d.</b> Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı            |
| 5.  | <b>a.</b> Kendimi suçlu hissetmiyorum<br><b>b.</b> Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor<br><b>c.</b> Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum<br><b>d.</b> Kendimi her an suçlu hissediyorum                                                             |
| 6.  | <b>a.</b> Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim<br><b>b.</b> Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim<br><b>c.</b> Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum<br><b>d.</b> Bazı şeyler için cezalandırılıyorum      |
| 7.  | <b>a.</b> Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım<br><b>b.</b> Kendimi hayal kırıklığına uğrattım<br><b>c.</b> Kendimden hiç hoşlanmıyorum<br><b>d.</b> Kendimden nefret ediyorum                                                                              |
| 8.  | <b>a.</b> Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum<br><b>b.</b> Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum<br><b>c.</b> Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum<br><b>d.</b> Her kötü olayda kendimi suçluyorum                |
| 9.  | <b>a.</b> Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok<br><b>b.</b> Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam<br><b>c.</b> Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim<br><b>d.</b> Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm                      |
| 10. | <b>a.</b> Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum<br><b>b.</b> Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum<br><b>c.</b> Şimdilerde her an ağlıyorum                                                                                                      |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <b>d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11. | <b>a. Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam</b><br><b>b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim</b><br><b>c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim</b><br><b>d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim</b>                                                                                                           |
| 12. | <b>a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim</b><br><b>b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim</b><br><b>c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim</b><br><b>d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı</b>                                                                                                           |
| 13. | <b>a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum</b><br><b>b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum</b><br><b>c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum</b><br><b>d. Artık hiç karar veremiyorum</b>                                                                                   |
| 14. | <b>a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum</b><br><b>b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum</b><br><b>c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum</b><br><b>d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum</b> |
| 15. | <b>a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum</b><br><b>b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum</b><br><b>c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum</b><br><b>d. Artık hiç çalışamıyorum</b>                                                                                                   |
| 16. | <b>a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum</b><br><b>b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum</b><br><b>c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum</b><br><b>d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum</b>                                              |
| 17. | <b>a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum</b><br><b>b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum</b><br><b>c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum</b><br><b>d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum</b>                                                                                 |
| 18. | <b>a. İştahım eskisinden pek farklı değil</b><br><b>b. İştahım eskisi kadar iyi değil</b><br><b>c. Şimdilerde iştahım epey kötü</b><br><b>d. Artık hiç iştahım yok</b>                                                                                                                                                                |
| 19. | <b>a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/alduğımı sanmıyorum</b><br><b>b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım</b><br><b>c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım</b><br><b>d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım</b>                                     |
| 20. | <b>a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor</b><br><b>b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var</b><br><b>c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor</b><br><b>d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum</b>                               |
| 21. | <b>a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok</b><br><b>b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum</b><br><b>c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim</b><br><b>d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı</b>                                                                                   |

**EK 4: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)**

Lütfen aşağıdaki sorulara, size uygunlukları açısından, 1-5 aralığındaki puanlardan yalnızca bir tanesini işaretleyerek cevap veriniz. Önemli olan, soruları cevaplandırırken, size en uygun cevabı içtenlikle işaretlemenizdir. 1-5 aralığındaki her bir puanın ifade ettiği anlamlar, aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

| 1<br>(Hiçbir Zaman) | 2<br>(Nadiren) | 3<br>(Bazen) | 4<br>(Sıklıkla) | 5<br>(Hemen Her Zaman) |
|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|

|     |                                                                                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.  | Saçımda esen rüzgârı, yüzüme vuran güneşi ya da buna benzer duyumları fark eder ve dikkatimi bir süreliğine onlara veririm.                                                    |   |   |   |   |   |
| 2.  | Doğadaki ya da bir tablodaki ışıkları, gölgeleri, dokuları, desenleri, renkleri vb. fark edebilirim.                                                                           |   |   |   |   |   |
| 3.  | Çevremdeki kokuları, aromaları fark ederim.                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |
| 4.  | Dikkatimi kuş cıvıltılarına, geçip giden araba seslerine ya da saatin tik-taklarına veririm.                                                                                   |   |   |   |   |   |
| 5.  | Olaylar hakkında neler hissettiğimi ifade edebilecek doğru kelimeleri bulmakta güçlük çekerim.                                                                                 |   |   |   |   |   |
| 6.  | Herhangi bir anda nasıl hissettiğimi, genellikle ayrıntılarıyla tanımlayabilirim.                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 7.  | Doğru sözcükleri bulamadığım için, bedenimde bir şeyler hissettiğimde, onları tanımlamakta güçlük çekerim.                                                                     |   |   |   |   |   |
| 8.  | Yaşadıklarımı ve hissettiklerimi kelimelerle ifade edebilmek, benim doğal bir özelliğimdir.                                                                                    |   |   |   |   |   |
| 9.  | Dikkatim kolayca dağılır.                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |
| 10. | Dikkatimi, o anda olup bitenler üzerinde tutmakta güçlük çekerim.                                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 11. | Hayallere daldığım, kaygı duyduğum ya da dikkatim dağıldığı için, dikkatimi o an yaptığım şeye veremem.                                                                        |   |   |   |   |   |
| 12. | Bir iş yaparken aklım başka yerlere gider ve dikkatim kolayca dağılır.                                                                                                         |   |   |   |   |   |
| 13. | Bazı duygularımın kötü ya da uygunsuz olduğunu ve bunları hissetmemem gerektiğini düşünürüm.                                                                                   |   |   |   |   |   |
| 14. | Kendi kendime, o sırada düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söylerim.                                                                                                    |   |   |   |   |   |
| 15. | Bazı düşüncelerimin kötü ya da anormal olduğuna ve bu şekilde düşünmemem gerektiğini söylerim.                                                                                 |   |   |   |   |   |
| 16. | Aklımdan kaygı/endişe veren düşünce veya hayaller geçtiğinde, o düşünce veya hayalin neyle ilişkili olduğuna bağlı olarak kendimi “iyisin” ya da “kötüsün” şeklinde yargıları. |   |   |   |   |   |
| 17. | Zor durumlarda; hemen tepki vermeden önce, kendimi biraz durdurabilirim.                                                                                                       |   |   |   |   |   |
| 18. | Duygularımı, onlardan etkilenmeden, onların peşine takılmadan gözlemleyebilirim.                                                                                               |   |   |   |   |   |
| 19. | Rahatsız edici düşüncelerim ya da hayallerimin etkisi altına girmeden, geri adım atıp, onların farkına varabilirim.                                                            |   |   |   |   |   |
| 20. | Düşüncelerim ya da hayallerim rahatsız edici olsa bile kısa bir süre sonra sakinleşirim.                                                                                       |   |   |   |   |   |

### EK 5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

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

|     | 1<br>(Hiçbir Zaman) | 2<br>(Nadiren) | 3<br>(Bazen) | 4<br>(Sıklıkla) | 5<br>(Hemen Her Zaman) |
|-----|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1.  |                     |                |              |                 |                        |
| 2.  |                     |                |              |                 |                        |
| 3.  |                     |                |              |                 |                        |
| 4.  |                     |                |              |                 |                        |
| 5.  |                     |                |              |                 |                        |
| 6.  |                     |                |              |                 |                        |
| 7.  |                     |                |              |                 |                        |
| 8.  |                     |                |              |                 |                        |
| 9.  |                     |                |              |                 |                        |
| 10. |                     |                |              |                 |                        |
| 11. |                     |                |              |                 |                        |
| 12. |                     |                |              |                 |                        |
| 13. |                     |                |              |                 |                        |
| 14. |                     |                |              |                 |                        |
| 15. |                     |                |              |                 |                        |
| 16. |                     |                |              |                 |                        |
| 17. |                     |                |              |                 |                        |
| 18. |                     |                |              |                 |                        |
| 19. |                     |                |              |                 |                        |
| 20. |                     |                |              |                 |                        |

|     |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 21. | Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. |  |  |  |  |  |
| 22. | Benim ailem dünyanın en iyisiydi.                                                                                                |  |  |  |  |  |
| 23. | Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.                                                          |  |  |  |  |  |
| 24. | Birisi bana cinsel tacizde bulundu.                                                                                              |  |  |  |  |  |
| 25. | Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.                                               |  |  |  |  |  |
| 26. | İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.                                                                         |  |  |  |  |  |
| 27. | Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.                                                                          |  |  |  |  |  |
| 28. | Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.                                                                                  |  |  |  |  |  |





T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 24.09.2020

Sayı: 118

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Duygu Cengiz

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Dr. Öğr. Üy. Bengisu Nehir Aydın'ın danışmanlığında planladığınız "Obezite Tanısı Olan Bireylerde Depresyon, Bilgece Farkındalık ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkiler" başlıklı tez çalışmanız kurulumuzun 24.09.2020 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer  
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL  
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878  
e-mail: [etikkurul@halic.edu.tr](mailto:etikkurul@halic.edu.tr) www.halic.edu.tr



## 10. ÖZGEÇMİŞ

Duygu Cengiz, ilk, orta ve lise öğrenimini Kocaeli’nde tamamladı. Bilkent Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2014 yılında mezun oldu. 2017 yılında Okan Üniversitesi’nde Gelişim Psikolojisi Yüksek Lisans programını tamamladı. 2018 yılında Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı. Yurt içi ve yurt dışında çeşitli mesleki eğitimler aldı ve almaya devam etmektedir. Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği’nin (EABCT) standartlarına göre verilen “Bilişsel ve Davranışçı Terapi” eğitiminin süpervizyon dönemindedir. Meslek hayatına özel bir hastanede psikolog olarak devam etmektedir.